



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

**TESIS**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TUBERCULOSIS –  
MDR SEGÚN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LAS VIÑAS,  
DISTRITO SANTA ANITA, LIMA - 2013”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR:  
ACUÑA CASTILLO JOHANNA ESTHER**

**ASESORA:  
MG. IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO**

**LIMA - PERÚ, 2018**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TUBERCULOSIS –  
MDR SEGÚN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LAS VIÑAS,  
DISTRITO SANTA ANITA, LIMA - 2013”**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=57 pacientes), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,879); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ( $\alpha=0,981$ ).

### CONCLUSIONES:

Se encontró que en mayor porcentaje se presenta el Factor Socioeconómico, seguido del factor Epidemiológico y en menor porcentaje el Factor Clínico. Teniendo en cuenta las siguientes características: Estudian y trabajan, Tienen carga familiar, tienen familiares con tratamientos de TBC, su estado actual es delegado, a llevado alguna vez su tratamiento para su casa, trabajo, recibe tratamiento de TBC desde hace un años.

**PALABRAS CLAVES:** *Tuberculosis, Factor clínico, Factor epidemiológico, Factor socioeconómico.*

## ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the factors of risk associated to the tuberculosis - MDR according to patients of the center of health Las Viñas, district Santa Anita, Lima - 2013. It is a descriptive cross-sectional investigation, worked with a sample of (n = 57 patients), a Likert-type questionnaire was used to collect the information; the validity of the instrument was carried out by means of the expert judgment concordance test, obtaining a value of (0.879); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of ( $\alpha = 0.981$ ).

### CONCLUSIONS:

It was found that in a greater percentage the Socioeconomic Factor is presented, followed by the Epidemiological factor and in a lower percentage the Clinical Factor. Taking into account the following characteristics: They study and work, They have a family burden, they have relatives with TB treatments, their current status is delegated, they have taken their treatment for their home, work, receives treatment for TB for a year.

**KEYWORDS:** *Tuberculosis, Clinical factor, Epidemiological factor, Socioeconomic factor.*

## INDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	i
<b>ABSTRAC</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	v
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	8
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica	13
2.3. Definición de términos	27
2.4. Hipótesis	29
2.5. Variables	29
2.5.1. Definición conceptual de la variable	29
2.5.2. Definición operacional de la variable	30
2.5.3. Operacionalización de la variable	31

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	32
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	32
3.3. Población y muestra	33
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	34
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	34
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	35
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	39
<b>CONCLUSIONES</b>	42
<b>RECOMENDACIONES</b>	43
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	44
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## **INTRODUCCIÓN**

La tuberculosis (TBC) continúa siendo un gran problema sanitario mundial y la irrupción de cepas multiresistentes a drogas (MDR) agrava esta situación. En las últimas décadas se ha acumulado una gran cantidad de información acerca de la epidemiología de la MDR-TB. Sin embargo, poco se sabe de la interacción de estas cepas con su hospedador y la relevancia de la variabilidad genética dentro de la especie *Mycobacterium tuberculosis* (MTB).

Esta investigación tiene como objetivo determinar los Factores de Riesgo asociados a la Tuberculosis – MDR, según pacientes del Centro de Salud Las Viñas, Distrito Santa Anita, Lima - 2013

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.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Existen múltiples factores asociados para desarrollar Tuberculosis Multidrogo Resistente (TBC MDR). En los últimos años las enfermedades infectocontagiosas han adquirido gran relevancia sobre todo en los países en vías de desarrollo así la tuberculosis se constituye uno de los problemas que afecta a los países que menos tienen como el Perú, se calcula que más de 2000 millones de personas, un tercio de la población mundial están infectadas con el bacilo de la tuberculosis. De estas personas, una de cada 10 contraerá tuberculosis activa en algún momento de su vida. Las personas afectadas por el VIH están expuestas a un riesgo mucho mayor.

Según Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) señala que cada año 8.8 millones de personas, entre niños y adultos, mujeres y hombres; se enferman de TB en todo el mundo. El 80% está en los países en vías de desarrollo y el 75% de los enfermos se encuentran en el rango de edad más productiva (15 a 44 años).

En las Américas, más de 400.000 personas se enferman de TB cada año, pero más de un tercio de los casos no son notificados y no son cuantificados. Según el nuevo informe mundial de la OMS sobre vigilancia



y respuesta en materia de tuberculosis multiresistente y ultrarresistente (Multidrug and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis: 2010 Global Report on Surveillance and Response), se calcula que en 2008 había en el mundo 440 000 personas con tuberculosis MDR, de las que una tercera parte falleció. En meras cifras, Asia es la más afectada por la epidemia. Se estima que a escala mundial, casi el 50% de los casos de tuberculosis MDR se registran en China y la India. En África se sitúan en 69 000 los casos producidos, cuya gran mayoría no llegaron a diagnosticarse.

La TB-MDR y la TB-XDR se concentran en Lima y Callao en un 80 y 90%, respectivamente. Al 2009, la distribución significativa de casos de TB, según grupo de edad, arroja que las personas de 20 a 59 años de edad representan el 67.1%, de 15 a 19 años el 13.8% y de 60 años a más el 11.8%. Es necesario señalar que en el 2008 se notificaron 1841 casos de TB-MDR. En el 2006, según el MINSA y la OMS, sólo los establecimientos del MINSA (sin contar ES Salud) de las provincias de Lima y Callao, notificaron 16,499 casos de TB que largamente supera lo que reportó ese mismo año Colombia, Ecuador, Argentina, Chile o Estados Unidos en todo su territorio. Además, Lima y Callao, tuvieron la tasa de incidencia por 100.000 habitantes más alta en las Américas, por encima de Haití, Bolivia, Guyana y de algunos países del África, lo que refleja la alta Concentración de TB en estas provincias de Perú. Lima y Callao representan en términos epidemiológicos el 58% aproximadamente de la morbilidad por TB y el 83% de la morbilidad por TBMDR del país. En la costa peruana se asienta el 90% de los casos de TB. Ubicándonos a si al Perú en el segundo país con mayor incidencia de casos de TBC MDR. (1)

Por ello un enfermo sin tratamiento puede contagiar a 15 personas en un año. Cada 3 o 4 horas alguien enferma de TBC en el Perú. Las zonas de Lima con más casos de tuberculosis son La Victoria, Barrios Altos, Huaycán, Villa El Salvador, Comas, el callao, El Agustino y el cerro San Cosme, donde una de cada 29 personas presenta esta enfermedad.

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la OMS, 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) que es producida por cepas resistentes a las drogas más efectivas para curar la TB, como son la isoniacida y la rifampicina. Pero más grave aún, es que el MINSA, hasta diciembre de 2008, ha notificado 202 casos de TB extremadamente resistente (TB XDR), enfermedad producida por cepas mutantes que se han hecho resistentes a las drogas más efectivas para curar a la TB MDR como son: las fluoroquinolonas (ciprofloxacina, levofloxacina, moxifloxacina) y una de las tres drogas inyectables de segunda línea (kanamicina, capreomicina amikacina), lo que hace a estas cepas virtualmente incurables, transmisibles y altamente mortales .

Para la OMS y el Centro de Control de Enfermedades de EEUU (CDC) un sólo caso de TB XDR y quienes estuvieron en contacto con él, deben ser manejados como una situación de emergencia sanitaria. En el Perú esta medida aún no ha sido considerada por nuestras autoridades sanitarias competentes.

El problema de la TBC MDR es que genera una serie de complicaciones quienes al final van a aumentar la morbimortalidad por esta enfermedad, las complicaciones generadas por esta enfermedad son meningitis la cual representa en aproximadamente el 30% de estos pacientes , así mismo las cavernas que se desarrollan a nivel pulmonar e insuficiencia respiratoria en 15% , malnutrición 20% , infecciones repetidas 25% , desarrollar TBC XDR (se ha notificado en el país desde el año 1999 y hasta la fecha se han registrado 190 casos acumulados y en lo que va de este año tenemos 58 casos.) a todo esto conlleva esta enfermedad , se calcula q afecta a un tercio de este tipo de pacientes , por otro lado los costos , teniendo el impacto económico de la TBC MDR es más costoso: entre US\$1.500 y US\$3.500 en total por paciente. A sí mismo si el paciente llegará a desarrollar la TBC XDR tiene un costo de tratamiento mucho más alto (puede superar los US\$15.000) y una posibilidad de

recuperación mucho menos, estos fármacos para la tuberculosis extremadamente resistente ya se venden hace unos años en el mercado internacional, pero recién a fines del 2011 el Perú adquirirá un paquete de tratamientos, aunque solo para 10 personas. Si multiplicamos por la tasa de pacientes infectados en nuestro país que va en aumento. Se necesitan un aproximado de US\$ 56 000 millones por año.

Por otro lado están los costos de salud mental que genera en este tipo de población la depresión alcanza el 80 % en pacientes afectados con TBC MDR, siendo la tasa de suicidio el 20 % que tienen el cuadro, estos tipos de pacientes además tienen que recibir una serie de medicamentos que cada vez generan más resistencia, se calcula que dentro de los medicamentos más utilizados, la etionamida ocupa un 58%.

Por ello los Expertos del Departamento Alto a la Tuberculosis de la OMS y de la Alianza Alto a la Tuberculosis advierten que, si los países no actúan ahora para atajar la forma multiresistente, el mundo se enfrentará a un contagio por vía aérea cada vez más difícil de tratar y de alcance más planetario. No habrá frontera que lo detenga e infectará a muchas más personas inocentes.

Los factores asociados que contribuyen a este problema de salud según la OMS son; la pobreza y migración son problemas nacionales que condicionan hacinamiento que no permite cumplir con la indicación efectiva de aislamiento del caso índice, produciéndose contagio y nuevos casos de TB y TB MDR/XDR dentro del grupo familiar. Estos pacientes circulan libremente y se movilizan utilizando nuestro hacinado servicio de transporte público, poniendo en riesgo a quienes comparten el mismo espacio reducido y no ventilado. Un estudio realizado en Lima encontró un riesgo de hasta 4 veces de contraer TB activa si se viaja en el transporte público "combis", la falta de recursos para tratar esta enfermedad tan compleja en el primer nivel de atención que es responsable de los pacientes con TBC MDR, ser contacto de pacientes con TBC MDR en tratamiento, tener una condición de vida de

inmunosupresión ( VIH, diabetes , cáncer ) , tener recaída menor a los 6 meses después de egresar como curado con el esquema uno , abandonar el tratamiento, ser consumidor de drogas o alcohol, ser interno de un penal , ser contacto de pacientes que fracaso a algún tratamiento antituberculosos, ser personal de salud.

Por ello nos formulamos la siguiente pregunta:

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor socioeconómico?

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor epidemiológico?

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor clínico?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013.

### **1.3.2. Objetivo específico**

Identificar los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor socioeconómico.

Identificar los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor epidemiológico.

Identificar los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor clínico.

### **1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

El proyecto de investigación es de gran aporte para la profesión de enfermería, debido a que determinar los factores de riesgo que influyen en incremento de las tasas de personas infectadas con tuberculosis MDR son muy importantes para que los pobladores de toda localidad tomen consciencia y sus pacientes sean responsables de su tratamiento, ya que según informes la situación de TBC Multiresistente en el 2010 nos indicó que el Perú fue el país con más carga estimada de casos (2.190 casos) y que correspondía al 35% de toda la Región. La TB-MDR y la TB-XDR se concentran en Lima y Callao en un 80 y 90%, respectivamente. Lima y Callao representan en términos epidemiológicos el 58% aproximadamente de la morbilidad por TB y el 83% de la morbilidad por TBMDR del país. Ubicándonos a sí al Perú en el segundo país con mayor incidencia de casos de TBC MDR por ello un enfermo sin tratamiento puede contagiar a 15 personas en un año. Cada 3 o 4 horas alguien enferma de TBC en el Perú.

Siendo Las zonas de Lima con más casos de tuberculosis como son la Victoria, Barrios Altos, Huaycán, Villa El Salvador, Comas, el Callao, Ventanilla, el Agustino y el cerro San Cosme del mismo modo es de vital

importancia contar con los cuidados que requieren los pacientes de esta enfermedad. Por otro lado servirá también para cumplir el rol de educadora y/o asistencial, servirá de motivación para que se realice la orientación necesaria, los datos obtenidos serán relevantes no solo para el personal del área de enfermería sino también para el estudiante que trabaja en un inicio con adolescentes haciendo campañas de prevención de salud.

El distrito de Santa Anita Tuberculosis MDR, podemos inferir que aún nos encontramos en riesgo, ya que se han visto incrementados en el último año, la tasa de incidencia se incrementó de 122 x 100,000 habitantes en el 2007, a 137 x 100,000 habitantes en el 2008. Así también, la tasa de morbilidad 150 x 100,000 habitantes en el 2007 a 181 x 100,000 habitantes, en el 2008.

Es importante ya que la población que padece de esta enfermedad va en aumento, lo que demandara un incremento de visitas médicas e instituciones que brinden los programas de control, es necesario que los pacientes reciban una atención de calidad conociéndose su problemática real y los factores de riesgo que causa su incremento; con esa motivación se realiza la investigación y en base a los resultados brindar una atención integral a las personas que padecen de esta terrible enfermedad.

Para el profesional de Enfermería la investigación será útil porque contribuirá con conocimientos acerca de la tuberculosis MDR, según pacientes que la padecen, ya que fortalecerá su rol de liderazgo dentro del equipo de salud, permitiéndole implementar programas preventivos y promocionales que fomenten el autocuidado en los pacientes con tuberculosis MDR. Para las instituciones de formación profesional, los resultados de la investigación contribuyen en la ampliación de los contenidos curriculares referente a la salud del paciente con TBC, además de servir como fuente bibliográfica o de referencia que permita desarrollar futuros trabajos de investigación similares, buscando alternativas de

solución para mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION**

Las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo del fueron las siguientes:

- La diversidad de horarios para entrevistar a los pacientes.
- El escaso tiempo de los pacientes para el llenado de la investigación.

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

#### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**DÍAZ, O. Torres, E. y otros**, Realizaron la tesis titulada “Factores de riesgo asociados a la tuberculosis pulmonar. Municipio Guacara. Estado Carabobo” Venezuela - 2007. La investigación tuvo como objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a la aparición de la tuberculosis pulmonar. Estudio con diseño epidemiológico observacional, analítico, de tipo casos y controles. La muestra fue 67 casos y 2 controles por casos: 134 controles, para un total de 201 personas encuestadas. Y concluyen: “Dentro de los factores de riesgo vinculados a los antecedentes patológicos personales, el primero analizado es la desnutrición, la cual constituyó un factor de riesgo en el análisis bivariado. Otro de los factores que presentó una asociación estadísticamente significativa fue la convivencia con casos de tuberculosis. Concluyeron lo siguiente:

*“Los factores de riesgo vinculados con el nivel socioeconómico, se encontró, en su análisis bivariado, que el bajo nivel escolar constituyó un factor de riesgo, las condiciones malas de la vivienda, el tener un per cápita familiar bajo y el no tener un*



*vínculo de pareja, por ser viudo, soltero o divorciado, constituyeron también factores de riesgo para la tuberculosis pulmonar” (2)*

**PEREZ NAVARRO, Lucia Monserrat; FUENTES DOMINGUEZ, Francisco;** Realizaron la investigación titulada “Factores asociados a tuberculosis pulmonar en pacientes con diabetes mellitus de Veracruz”, México – 2011, En México, el 20% de los casos de tuberculosis (TB) se encuentran asociados a diabetes mellitus (DM). Sin embargo, en México se desconoce el comportamiento de los factores relacionados con esta comorbilidad, por lo que el objetivo del presente trabajo fue estimar los factores de riesgo y desenlace para el binomio TB-DM en la población del estado de Veracruz, México. Se realizó un estudio de diseño doble: casos y controles para estimar factores de riesgo, y cohorte retrospectiva para factores de desenlace. Se encuestaron 67 pacientes con el binomio TB-DM y 109 con diagnóstico de B. Se identificaron como factores de riesgo para TB en población diabética edad  $\geq 35$  con una razón de momios (RM) de 2.5 (intervalo de confianza [IC]:.4-4.3) e índice de masa corporal (IMC)  $\geq 25$  con una RM de 8.5 (IC: 3.1-23.3).En cuanto a las variables de desenlace, los pacientes con TB y DM tuvieron un riesgo 2.8 veces mayor (IC: 2.2-3.4) para desarrollar resistencia a fármacos antituberculosos. En conclusión:

*“La edad y el sobrepeso son factores de riesgo y el fármaco resistencia es un factor de desenlace importante para el binomio TB-DM en población veracruzana. Esta información será de gran valía para establecer sistemas de vigilancia de TB particularizados a las características de la población diabética”. (3)*

**PARRA, Miriam; CHAVARREA LARA, Paola; ORTEGA PALMA, Carina;** Realizaron el presente estudio titulado “Relación entre Adherencia al Tratamiento de Pacientes con Tuberculosis y

su nivel de conocimientos, en el Distrito 06, D05 Guano-Penipe de la Provincia de Chimborazo. 2013”. Ecuador – 2013. Objetivo: determinar la relación entre adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y su nivel de conocimientos sobre la enfermedad Método: La hipótesis planteada fue: A mayor conocimiento sobre tuberculosis, mayor será la adherencia al tratamiento. Se utilizó el método inductivo. La muestra estuvo constituida por 17 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, registrados en el libro de sintomáticos respiratorios en el Distrito 06D05 Guano- Penipe. Las técnicas que se utilizaron son la encuesta y la observación. Conclusiones:

*“El nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la tuberculosis es bueno en los pacientes que están en tratamiento y de los pacientes que abandonaron el tratamiento es deficiente, en los dos casos se debe a la falta de capacitación permanente por parte del personal de salud”. (4)*

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

**CRISPÍN, V. Rumiche, J. y otros,** Realizaron la tesis titulada “Factores asociados a la incidencia de tuberculosis en un centro de salud urbano marginal de Lima”, Lima – 2008. Tuvo como objetivo determinar los factores epidemiológicos y sociales asociados a la tuberculosis en un Centro de Salud urbano marginal, desde enero 1999 hasta diciembre 2008. Estudio observacional, descriptivo de reporte de casos. La población fue de 356 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar. Se concluyó lo siguiente:

*“La incidencia de tuberculosis es alta, predominando la forma pulmonar con Baciloscopía positiva, afectando en gran medida a la población joven; 90% de los pacientes fueron curados. El antecedente personal o familiar de tuberculosis fue un factor frecuente; la mayoría de pacientes tenían familia mayor a 5*

*miembros y eran amas de casa, estudiantes, obreros o desocupados”. (5)*

**CHEN, J. Iglesias, M. y otros;** Realizaron la tesis titulada “Factores asociados a multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis en el departamento de Lambayeque” Lambayeque – 2013. Tiene como objetivo determinar los factores asociados a Multidrogorresistencia en pacientes con Tuberculosis. Estudio analítico, retrospectivo y transversal de casos y controles realizado en 41 pacientes Multidrogoresistente (casos) y 3 controles por cada caso (Tuberculosis Pulmonar no MDR). Se recolectaron los datos directamente de las historias clínicas y de las fichas empleadas por la DIRESA de Lambayeque. *Se llegó a la siguiente conclusión*

*“La mayor fuerza de asociación para el desarrollo de Multidrogorresistencia corresponde a la irregularidad en el Tratamiento. Además, el desempleo, el contacto con TB y, la presencia de comorbilidad son también factores de riesgo en paciente con TB para desarrollar TB-MDR”. (6)*

**RODRIGUEZ H,** Realizó la investigación titulada “Principales características epidemiológicas de la tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en la Región La Libertad – Perú” La Libertad - 2012. Población. La población de estudio estuvo conformada por pacientes de la Región La Libertad con tuberculosis pulmonar registrados en la estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis durante los años 2008 y 2009. Conclusiones.

“La población más afectada fue la económicamente activa y de género masculino. El distrito de Trujillo mostró el mayor número de casos de tuberculosis multidrogoresistente seguido del distrito de El Porvenir, hubo un número significativo de casos tuberculosis multidrogoresistente aprobados por el Comité de Retratamiento

Intermedio que no fueron confirmados con pruebas de sensibilidad a quienes se les indicó los esquemas estandarizado y empírico; además un porcentaje significativo de pacientes no iniciaron tratamiento. Se encontró una alta prevalencia de casos confirmados de tuberculosis multidrogoresistente en la Región La Libertad en los años 2008 y 2009” (7)

## **2.2 BASE TEORICA**

### **2.2.1 Tuberculosis**

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por la bacteria bacilo aeróbico ácido alcohol resistente llamada *Mycobacterium tuberculosis*, existen cuatro cepas capaces de producir esta enfermedad que son: *M. Bovis*, *M. Tuberculosis*, *M. Microti*, *M. Africanum*, esta enfermedad generalmente afecta los pulmones y es la forma más contagiosa, pero a la vez puede atacar otros órganos y se denomina tuberculosis extrapulmonar de las cuales las más frecuentes son la tuberculosis pleural y ganglionar. Tenemos que tener en cuenta que el reservorio son aquellas personas infectadas con esta bacteria, pero no la desarrollan porque permanecen en forma latente, tenemos que tener en cuenta que estas personas pueden desarrollar la enfermedad en cualquier momento, cuando por alguna razón se produce una inmunosupresión y se produce una reactivación del bacilo. Cuando el paciente desarrolla la enfermedad pulmonar se vuelve una fuente de infección ya que esta enfermedad es fácil de contagiar y se contagia de persona infectada a persona no infectada por inhalación de aerosoles contaminados por el bacilo, que han sido eliminados por los individuos enfermos al toser, hablar o estornudar. (8)

Existen otros factores que determinan la posibilidad de adquirir esta enfermedad como las condiciones ambientales, sociales, sanitarias e individuales que son factores predisponentes de la

tuberculosis. La malnutrición, el sida, el abuso de alcohol y las malas condiciones de vida disminuyen la inmunidad posibilitando la aparición de la enfermedad. (9)

### **2.2.2. Tuberculosis Multidrogoresistente**

Las cepas de tuberculosis multidrogoresistente son por definición, aquellas resistentes a los dos fármacos antituberculosos más potentes que son la Isoniazida y la Rifampicina, existen dos tipos de resistencia uno es resistencia primaria que son aquellas que han contraído una cepa de tuberculosis que ya ha adquirido resistencia y hay resistencia adquirida que se define como una forma de tuberculosis multidrogoresistente que es causada por un tratamiento previo incompleto o inadecuado. (10)

#### **Causas de la TBC - MDR**

- La resistencia a las drogas antituberculosas puede ocurrir cuando:
- El médico no prescribe los regímenes de tratamiento adecuado para combatir la tuberculosis.
- El paciente no es capaz de seguir una terapia con medicamentos antituberculosos y opta por el abandono del mismo.
- En países en vía de desarrollo, donde el personal médico cualificado y el suministro de medicamentos son limitados.
- El deterioro de los programas de vigilancia y control de la tuberculosis.
- Establecimiento de salud que no cuenta con la preparación suficiente para tratar TB-MDR, que requieran lugares de aislamiento, por lo tanto favorece la propagación de los bacilos resistentes.
- Las poblaciones son víctimas de las condiciones de hacinamiento y hay un enfermo con TB MDR
- Hay presencia de RAFA (reacción adversa fármacos antituberculosos) y se suspende la administración de alguno de los fármacos.

- Adherencia al tratamiento, consumo de alcohol y drogas.

### **Modo de transmisión**

Se transmite de igual manera que la tuberculosis no resistente. Al toser, hablar, cantar, estornudar. Los bacilos quedan suspendidos en el aire y la persona susceptible los inhala.

### **Diagnostico**

Para el diagnóstico de la TB – MDR se realizan:

- Pruebas bacteriológicas: BK y cultivo
- Prueba sensibilidad: Es una prueba de laboratorio que permite conocer el patrón de resistencia del paciente, es decir que medicamentos matan al bacilo y cuáles no.

### **Epidemiologia**

Hace 50 años, no existían drogas que curaban la tuberculosis hoy en días, los tipos de Mycobacterium tuberculosis que ofrecen resistencia a medicamentos únicos han sido documentados en muchos países y lo que es peor aún han emergido cepas resistentes a todas las drogas antituberculosas de primera línea.

En el periodo 1994-2002 Perú reportó una tasa de TB MDR de 3% la segunda más alta de la región. Esto motiva a que establezca el primer programa BOTS PLUS en el mundo.

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú cada hora cuatro a seis personas se enferman de tuberculosis (TB), esto hace que al año se vean afectados entre 35000 a 50 000 personas; de todos ellos, el 10% contrae la tuberculosis multidrogo-resistente (TB MDR) que es producida por cepas resistentes a las drogas más efectivas para curar la TB, como son la isoniacida y la rifampicina. Pero más grave aún, es que el MINSA, hasta diciembre de 2008, ha notificado 202 casos de TB extremadamente resistente (TB

XDR), enfermedad producida por cepas mutantes que se han hecho resistentes a las drogas más efectivas para curar a la TB MDR como son: las fluoroquinolonas (ciprofloxacina, ofloxacina, levofloxacina o moxifloxacina) y una de lastres drogas inyectables de segunda línea (kanamicina, capreomicina o amikacina), lo que hace a estas cepas virtualmente incurables, transmisibles y altamente mortales .

Para la OMS y el Centro de Control de Enfermedades de EEUU (CDC) un sólo caso de TBXDR y quienes estuvieron en contacto con él, deben ser manejados como una situación de emergencia sanitaria (En el Perú esta medida aún no ha sido considerada por nuestras autoridades sanitarias competentes. 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.

### **Tratamiento**

- El tratamiento establecido para los casos de TB MDR es mediante el uso de medicamentos de segunda línea.
- Son 5 medicamentos como mínimo
- Tiene una duración de 18 meses a más.
- El tratamiento comprende de dos esquemas

❖ **Esquema de retratamiento estandarizado.-** Está indicado para todos los pacientes con TB –MDR, independientemente de sus resistencia.

❖ **Esquema de retratamiento individualizado.-** Esta elaborado en un tratamiento especial para cada paciente, basado en su “resistencia”.

Debido al incremento de casos de pacientes con tuberculosis multidrogo resistentes se ha creado una nueva Norma Técnica N°025 MINSA /OGSP V.01 manejo de TB MDR mediante la estrategia DOTS PLUS.

La tuberculosis es un problema de salud pública con gran repercusión económica y social para el país, porque la población principalmente afectada es la económicamente activa y la recuperación de los enfermos demanda altos costos, sumado a esto, la baja en la productividad de la persona afectada debido a la incapacidad física, temporal o permanente.

Dentro de este contexto, la tuberculosis multidrogoresistente (TB MDR) es un factor que impide el adecuado control de la tuberculosis en nuestro país y, a fin de uniformizar los criterios y técnicas empleados en un diagnóstico y tratamiento en los establecimientos de salud del país, se ha elaborado la Norma Técnica: “Actualización en la atención de Pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR)”

### **2.2.3 Factores sociodemográficos**

Las muertes por tuberculosis ocurren con mayor frecuencia en países con alto índice de pobreza, mientras que en países con mayor índice de población las infecciones por esta enfermedad se deben a migrantes en condiciones vulnerables. Por otro lado, estudios donde indican que existen mayores casos de



tuberculosis en zonas urbanas que en rurales. Unas de las explicaciones que se sugieren es que muchas veces el proceso de urbanización es acelerado, generando las condiciones para la infección de la tuberculosis, a veces viven demasiadas personas en un mismo lugar que no cuenta con las condiciones adecuadas, como los servicios básicos, ventilación adecuada. Muchos no cuentan con un trabajo estable y esto determina ingresos insuficientes para poder tener una buena alimentación. (11)

#### **2.2.4 Factores clínicos**

Unos de los factores que contribuye el desarrollo de esta enfermedad es el retraso en el diagnóstico; muchos mantienen la enfermedad durante meses y presentan síntomas inespecíficos, motivo por el cual no acuden a un centro hospitalario a ser evaluados para un diagnóstico y tratados oportunamente. La incidencia de tuberculosis en países desarrollados es baja, por lo cual exista actualmente en estos países una percepción falsa de la tuberculosis como una enfermedad del pasado (12). La fisiopatología comienza cuando el bacilo llega al alveolo, lo ataca y luego es fagocitada por los macrófagos alveolares, donde se multiplican intracelularmente, el macrófago interactúa con los linfocitos T, lo que da como resultado en la diferenciación de macrófagos en histiocitos epitelio des y estos junto con los linfocitos forman el granuloma; el bacilo muchas veces no es eliminado y permanece inactivo, causando la denominada infección latente. El lugar de infección primario es el pulmón, llamado complejo de Ghon, que a veces aumenta de tamaño con la progresión de la enfermedad y se resuelve, dejando una cicatriz visible que puede ser densa y presentar focos de calcificación. Durante el estadio temprano de la infección, los microorganismos se diseminan por la vía linfática a la región hiliar y mediastinal y por vía hematogena a sitios más distantes. El 5% de los pacientes infectados por tuberculosis son inmunocomprometidos y la enfermedad activa se puede desarrollar en años después de la

infección, lo que se denomina como infección progresiva primaria (13). Clínicamente: Existen formas clínicas de cómo se presenta la enfermedad; la tuberculosis pulmonar generalmente se caracteriza por la presencia de tos crónica generalmente por más de 15 días con expectoración, pérdida de peso, sudoración nocturna, hemoptisis, fiebre e hiporexia; mientras que la tuberculosis extrapulmonar va a tener sintomatología caracterizada según el órgano que esta enfermedad afecte. Desde el punto de vista al tratamiento existe tuberculosis sensible, multidrogoresistente y extremadamente resistente (14). El diagnóstico de la tuberculosis se sospecha en un inicio con los signos y síntomas presentes en los pacientes, para confirmar su diagnóstico deben de recolectarse muestras de esputo y otros especímenes para Baciloscopía, cultivo y pruebas de susceptibilidad (15), se sospecha clínicamente cuando el paciente presenta persistencia o reaparición de frotis o cultivo positivo después de 4 meses de recibir tratamiento de tuberculosis y/o progresión clínica radiológica, asimismo se puede tener sospechas epidemiológicas de tuberculosis multidrogoresistente cuando se conoce que el paciente ha estado expuesto a una persona con tuberculosis multidrogoresistente, por lo tanto en la actualidad la única forma de confirmar este diagnóstico es realizando una prueba de sensibilidad a medicamentos y que esto demuestre resistencia a Isoniazida y Rifampicina (16). La Baciloscopía: Se realizar de forma rutinaria para el diagnóstico de la tuberculosis y para el seguimiento del tratamiento de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente (17). La resistencia a medicamentos entre pacientes con tuberculosis previamente tratados se refiere a la resistencia a medicamentos presentes entre los pacientes con tuberculosis previamente tratados durante 1 mes o más, la resistencia en estos pacientes tiene posibles fuentes como, la infección primaria con un bacilo resistente, puede haber adquirido la resistencia durante el tratamiento o la reinfección con un bacilo resistente, sabemos que

la prevalencia de tuberculosis multidrogoresistente en pacientes previamente tratados es más alta que en los pacientes nuevos con tuberculosis. ¿Qué es la monoresistencia, poliresistencia y multidrogoresistencia a medicamentos? La monoresistencia es la resistencia a un solo medicamento antituberculoso, la poliresistencia es la resistencia a dos o más medicamentos, la multidrogoresistencia es una forma específica de poliresistencia definida como la resistencia a por lo menos Isoniacida y Rifampicina, la tuberculosis multidrogoresistencia es difícil de manejar; su tratamiento incluye drogas antituberculosas de segunda línea que son costosas y tóxicas en comparación con las drogas de primera línea (18).

El tratamiento para tuberculosis multidrogoresistente siempre se debe de elegir se comienza con medicamentos de primera línea disponibles como pirazinamida y/o etambutol según la prueba de sensibilidad, se le adiciona una fluoroquinolona como levofloxacino o moxifloxacina, también se le adiciona un agente inyectable, se debe de agregar medicamentos de segunda línea ora para completar y tener un total de 4 a 6 medicamentos los cuales el aislado es susceptible (preferiblemente que no hayan sido usados para tratar previamente al paciente (19) . Los antibióticos que son eficaces en un organismo pueden no ser eficaces en otro, o pueden tener una menor eficacia debido a diferentes factores (20).

### **2.2.5 Factores epidemiológicos**

Del año 1997 al 2014 se han detectado en Perú, más de 15 mil casos de tuberculosis multidrogoresistente. El mayor número de casos ha aumentado desde el 2005 en adelante, superado 1100 casos de tuberculosis multidrogoresistente por año, con un aumento de casos en los últimos 4 años. El departamento reportado de la costa con mayor porcentaje de tuberculosis

multidrogoresistente fue Lima con el 83,1% y un 12 % en otros departamentos de la costa (21). En los años 2013 y 2015, se identificaron cinco provincias que presentaron incidencias de tuberculosis por encima del nivel nacional, siendo estas provincias Madre de Dios, Ucayali, Lima, Loreto e Ica, en estas cinco provincias se notificaron el 72% de casos nuevos que hubo en todo el país; de los cuales Lima es el departamento con más casos de tuberculosis con un 60%, es a su vez el tercer departamento con incidencia más alta, siendo los distritos con mayores casos de esta enfermedad como San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, Santa y Barranco (22). El promedio de edad fue de 35 años, siendo las edades más frecuentes entre 21 a 48 años. La media entre el género donde se encontraron fue similar (23). La tuberculosis está asociada a muchas enfermedades, siendo las más comunes la tuberculosis pulmonar con co-infección por HIV, pacientes con diabetes mellitus y algunas neoplasias. Existen revisiones donde indican que el tener diabetes mellitus incrementa hasta en 3 veces el riesgo de tener tuberculosis comparado con lo que no tienes diabetes mellitus; Tenemos que tener en cuenta que la asociación de tuberculosis en un paciente inmunocomprometido como en el caso VIH/SIDA pueden traer complicaciones o formas más severas de la enfermedad. Existen varios estudios que han publicado muchos casos de tuberculosis en pacientes diabéticos que en no diabéticos. Los pacientes diabéticos mal controlados son más susceptibles a presentar complicaciones o formas más severas de la tuberculosis. (24) Un factor importante de mortalidad es la tuberculosis y la coinfección con VIH, actualmente se estima que el 40% de personas con VIH desarrollaran tuberculosis en algún momento de la enfermedad, otro factor no menos importante también es la tuberculosis multidrogoresistente. (25)

#### **2.2.6 Rol del profesional de enfermería.**

La Enfermera cumple un rol muy importante dentro del equipo de salud para la aplicación de la nueva estrategia DOTS PLUS exclusivo para pacientes TB MDR. (26)

A continuación, se detallan los roles principales que deben cumplir como tal es así: prevención primaria (prevenir TB MDR.

### **Prevención secundaria (atención del problema).**

#### **1. Prevención Primaria**

La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio

- Eliminar fuentes de infección presenten en la comunidad a través de la detección, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los casos de tuberculosis pulmonar sensible a fármacos antituberculosos.
- Evitar el contacto directo con el paciente TB MDR.
- Manejo adecuado del DOTS (cuando hay presencia de TB sensibles)
- Mejorar el manejo clínico para un tratamiento, adecuada en los casos de tuberculosis sensible o drogas antituberculosas.
- Administrar quimiopprofilaxis con isoniacida a los contactos menores de 15 años.
- Orientar al paciente que es muy importante culminar el tratamiento antituberculoso y no abandonarlo ya que así evitaremos a que adquiera una TB MDR.

#### **2. Prevención Secundaria**

- Es muy importante que el profesional de Enfermería tome las medidas de bioseguridad, uso de mascarilla, guantes (en caso de inyectables) mandil al estar en contacto directo con el paciente. (27)
- Las jeringas y agujas deberán desecharse en recipientes de lata o plástico (que no puedan ser atravesado por las agujas)

- Luego de la aplicación del inyectable, se colocará la aguja y jeringas (sin poner la tapa a la aguja) en un recipiente que deberá contener solución desinfectante (lejía al 1% o fenol al 5%) preparada el mismo día, en cantidad suficiente para que cubra las agujas y jeringas utilizadas.
- Administrar y supervisar directamente el tratamiento
- Verificar las medicinas de cada paciente y las dosis exactas de cada uno de ellas.
- Administrar, observar y verificar la toma adecuada e cada dosis.
- Registrar omisiones o pérdidas de dosis
- Explicar al paciente que deberá permanecer tranquilo al momento de aplicarle (IM) el inyectable, debido a que los medicamentos que se administrarán por esa vía son muy dolorosas.
- Identificar oportunamente las reacciones adversas:
  - Informar inmediatamente de su aparición
  - Contribuir a su manejo adecuado.
  - Evitar que el paciente abandone el tratamiento.
  - Apoyar en la distribución de los alimentos para cada paciente.
  - Identificar lo que le preocupa
  - No descalificar sus creencias.
  - Explicar en forma clara y sencilla la importancia de su enfermedad y tratamiento.
  - Tratarlo respetuosamente.
  - Colaborar en el seguimiento de BK, cultivos y pruebas de sensibilidad.
  - Apoyar en el seguimiento clínico y exámenes auxiliares.
  - Brindar educación sanitaria al paciente y familia.
  - Orientar al paciente y a la familia acerca de una adecuada alimentación, rica en proteínas, vitaminas; totalmente balanceado debido a que el paciente en muchas ocasiones, se encuentra con decaimiento, agotamiento.
- Debemos brindar apoyo emocional al paciente y a la familia ya que este no es solo un problema clínico sino también su

problema social porque muchas ocasiones hay discriminación hacia estos pacientes (TB MDR) hay problema emocional, el paciente puede llegar a presentar estados de ansiedad, incontrollables, en un estado depresivo.

- Educar al paciente a taparse la boca al toser o estornudar y deseche adecuadamente el pañuelo u otro material utilizado.
- La habitación del paciente debe estar ventilada e iluminada ya que así evitaremos que se encuentran muchos bacilos ya que estos son muy sensibles a los rayos ultravioletas.
- El técnico de enfermería deberá derivar al paciente al servicio de psicología para una respectiva evaluación.
- Ayudar al paciente a resolver sus problemas emocionales conjuntamente con el especialista en psicología: Desde la primera entrevista que realizamos al paciente, debemos ayudarlo a que acepte su enfermedad y el tratamiento ya muchas veces existe el negativismo por parte de él. El paciente tiene que entender que es muy difícil saber quién lo contagió dónde se contagió y cuándo se contagió.

### **2.2.7 Implementación y administración del tratamiento según el personal de enfermería**

El licenciado en enfermería del establecimiento de salud es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. (28)

El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio. El personal de enfermería se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día en todos los servicios de salud (puestos de salud, centros de salud y hospitales).

La adhesión del enfermo al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre el paciente, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.

La administración del tratamiento deberá realizarse en todos los servicios de salud, para lo cual se requiere lo siguiente:

- Disponer de un ambiente con ventilación natural adecuada para la atención de los pacientes con tuberculosis
- Contar con los Libros de Registro y Seguimiento de Pacientes, tarjetas de control de asistencia y administración de medicamentos.
- Capacitar al personal de salud a su cargo (profesional y técnico) en la correcta administración del tratamiento antituberculoso.
- Garantizar la administración supervisada en boca por el personal de enfermería de los servicios de salud.
- Monitoreo y evaluación del desarrollo de la actividad de tratamiento.
- Establecer normas elementales de higiene en el personal de salud: lavado de manos y uso del mandil o uniforme.
- Disponer de un esquema de tratamiento completo, para cada paciente, el mismo que deberá estar con la porta envases para medicamentos.
- Administrar el tratamiento de acuerdo a la indicación.

### **2.2.8 Teorías de enfermería**

#### **Según Dorothea Orem**

La teoría más destacada referente al autocuidado y que será utilizada en esta investigación, es la desarrollada por Dorothea Orem (1914-2007); enfermera que creó la teoría general del autocuidado, formulada en 1985, de la que se desprenden tres sub teorías que se interrelacionan y a la vez se dividen en: teoría del autocuidado; que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente; y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la



enfermería. En esta investigación se utilizará la sub teoría del autocuidado de Dorotea Orem. (29)

Según Orem, el autocuidado se define como: “El conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar toda persona para sí misma”. Además, agrega que el autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo.

Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida ante una exigencia o una necesidad que se origina en el propio individuo, como la necesidad de alimentación y cuidados de la salud, o ante las demandas derivadas de otros individuos tales como las pautas y reglas provenientes de los padres a sus hijos o también en el caso de los profesionales de la salud, la responsabilidad adquirida con el usuario, familia y amigos en el acto de juramento de la profesión. Esta exigencia genera un estímulo que el individuo puede satisfacer o ignorar, pero que permanece en la conciencia de éste a pesar de que se haya ignorado. Cuando las personas interiorizan estas necesidades pueden realizar acciones mediadas por la voluntad que se transforman en parte de una rutina de vida que influirá directamente en el desarrollo de conductas y/o hábitos que mantendrá permanentemente. La teoría del autocuidado de Orem, describe la existencia de tres tipos de requisitos del autocuidado que derivan de una reflexión interior del individuo basada en los conocimientos y creencias que ha obtenido a lo largo de la vida. Cada requisito promueve acciones intencionadas que se realizarán a favor de los individuos de acuerdo a sus necesidades.

### **Según Madeleine Leininger:**

La teoría de Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. Ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modo de conducta. El propósito de la teoría era describir las particularidades y las universalidades de los cuidados humanos según la visión del mundo, la estructura social y así poder descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada como se menciona. (30)

El objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que les sean beneficiosas, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural. La teoría de Leininger afirma que la cultura y el cuidado son medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y las prácticas enfermeras.

Considerando lo mencionado, podemos decir que estas teorías están relacionadas con el tema a investigar.

## **2.3 DEFINICION DE TERMINOS**

- **Factores de riesgo**

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

- **Paciente Nuevo de Tuberculosis (NT)**  
 Todo paciente que nunca recibió tratamiento antituberculoso.
  
- **Paciente antes tratado de tuberculosis**  
 Todo paciente que recibió tratamiento antituberculoso, por un tiempo mayor a 30 días.
  
- **Resistencia primaria**  
 La resistencia que se presenta en un paciente N.T. en quien se aísla Mycobacterium Tuberculosis resistente o uno o más fármacos antituberculosos.
  
- **Resistencia secundaria o adquirida**  
 La resistencia que se presenta en un paciente A.T. de quien se aísla Mycobacterium tuberculosis resistente a uno o más fármacos antituberculosos.
  
- **Tuberculosis drogoresistente**  
 Se designa un caso de tuberculosis que elimina bacilos resistentes a uno o más medicamentos antituberculosos.
  
- **Tuberculosos Monorresistente**  
 Es aquella producida por una cepa resistente a una sola droga.
  
- **Tuberculosis Polirresistente o Multiresistente**  
 Es aquella producida por una cepa resistente a dos o más drogas antituberculosas.
  
- **Bacilos Multidrogoresistente**  
 Básico resistente a por lo menos Isoniacida y Rifampicina. Es la forma más severa de resistencia bacteriana.
  
- **Tuberculosis Multidrogoresistente**

Es aquella tuberculosis ocasionada por bacilos multidrogoresistente.

- **Tuberculosis Multidrogoresistente Primaria (TB MDR P)**

Ocurre en pacientes NT de tuberculosis, que han sido infectados por bacilos multidrogoresistentes.

- **Tuberculosis Multidrogoresistente Secundaria (TB MDR S):** Ocurre en pacientes AT por tuberculosis, generalmente con antecedentes de tratamientos: incompletos, irregulares o inadecuados.

## 2.4 HIPOTESIS

$H_1$  = Si existe asociación entre factores de riesgo y tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013.

$H_0$  = No existe asociación entre factores de riesgo y tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013.

## 2.5 VARIABLES

**Variable Independiente** = factores de riesgo según pacientes que sufren de TBC - MDR del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013.

**Variable dependiente** = Incremento de la Tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013.

### 2.5.1. Definición conceptual de la variable

- **Factores de riesgo**

Consideramos como factor de riesgo a una condición clínica o epidemiológica identificada en el paciente con posible relación

causal, que se haya iniciado antes de la tuberculosis MDR y que no sea secuencia de la misma, para lo cual consideramos los factores de riesgo mencionados.

- **Tuberculosis multidrogorresistente**

Aquella ocasionada por M. tuberculosis resistente a por lo menos isoniacida y rifampicina. Considerando MDR PRIMARIA a la ocurre en pacientes que nunca han sido tratados de tuberculosis y han sido infectados por bacilos multidrogorresistente yMDR secundaria o adquirida a la que ocurre en pacientes antes tratados por tuberculosis.

## 2.5.2. Definición operacional de la variable

- **Factores de riesgo**

Consideramos como factor de riesgo a una condición clínica o epidemiológica identificada en el paciente con posible relación causal, que se haya iniciado antes de la tuberculosis MDR y que no sea secuencia de la misma, para lo cual consideramos los factores de riesgo mencionados según los pacientes del centro de salud Las Viñas de Santa Anita, Lima – 2013, según los factores socioeconómicos, epidemiológicas y clínicas.

- **Tuberculosis multidrogoresistente**

Aquella ocasionada por M. tuberculosis resistente a por lo menos isoniacida y rifampicina. Considerando MDR PRIMARIA que le ocurre a pacientes que nunca han sido tratados de tuberculosis y han sido infectados por bacilos multidrogorresistente yMDR secundaria o adquirida a la que ocurre en pacientes antes tratados por tuberculosis en el centro de salud Las Viñas, Santa Anita, Lima – 2013.

### 2.5.3 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores de riesgos	Factores socioeconomicos Factores epidemiológicos Factores clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Recursos familiares</li>   <li>• Contacto TBC</li>   <li>• Estado nutricional</li> <li>• Comorbilidad</li> <li>• Antecedentes familiares</li> </ul>
Tuberculosis multidrogoresistente	Transmisión Diagnostico Tratamiento	Via inhalaría  Pruebas bacteriológicas Pruebas de sensibilidad  Esquema retratamiento estandarizado Esquema de retratamiento individualizado

## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION**

El presente estudio es de tipo y nivel descriptivo - correlacional, por la capacidad de seleccionar las características del objeto de estudio para luego hacer una descripción detallada de las categorías o clases de dicho objeto, de diseño no experimental, ya que presenta los hechos de las variables sin la manipulación de las mismas; de corte transversal porque se realizó el estudio de las variables en un tiempo y espacio.

### **3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION**

La presente investigación se realizara en el centro de salud Las Viñas, Ubicada en la Calle 2 Nro. 103, distrito Santa Anita, Ciudad Lima, provincia Lima, Departamento Lima. El Centro de Salud es de un piso, cuenta con los servicios de admisión, triaje, farmacia, consultorios de medicina, consultorio de dental, psicología, toma de muestra, servicio de CRED, cuenta con el seguro integral de salud, la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis (ESN-PCT) La Lic. En enfermería es la responsable de educar y concientizar sobre la enfermedad, tratamiento y control al paciente, familia y comunidad.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. Población**

La población total del estudio estuvo conformada por 57 pacientes con TBC MDR ambos sexos, quienes se atienden en el centro de salud Las Viñas – Santa Anita.

#### **3.3.2. Muestra**

La muestra es censal poblacional, donde se selecciona el total de las unidades de población, la cual posee una característica en común, que estudia y da origen a los datos que requiere la investigación.

##### **Criterio de inclusión**

- Pacientes que acuden al centro de salud Las Viñas.
- Pacientes portadores de la TBC - MDR con conocimiento del diagnóstico de su enfermedad.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

##### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que no acuden al centro de salud Las Viñas.
- Pacientes no portadores de la TBC - MDR con conocimiento del diagnóstico de su enfermedad.
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

### **3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

La técnica empleada en la investigación es la Encuesta, por ser la más adecuada para cumplir con el objetivo de estudio y obtener información. Como instrumento un Cuestionario que consta de 20 ítems, introducción datos generales, selección de información específica que explora las variables en investigación.



### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validez hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma significativa y adecuada; la validez del instrumento se determinó mediante Juicio de Expertos, participaron 7 profesionales de enfermería con experiencia en las variables a investigar. Para la confiabilidad se utilizó la prueba de alfa de Crombach obteniéndose como valor 0,80 por lo que se concluye que el instrumento es válido y confiable

### **3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

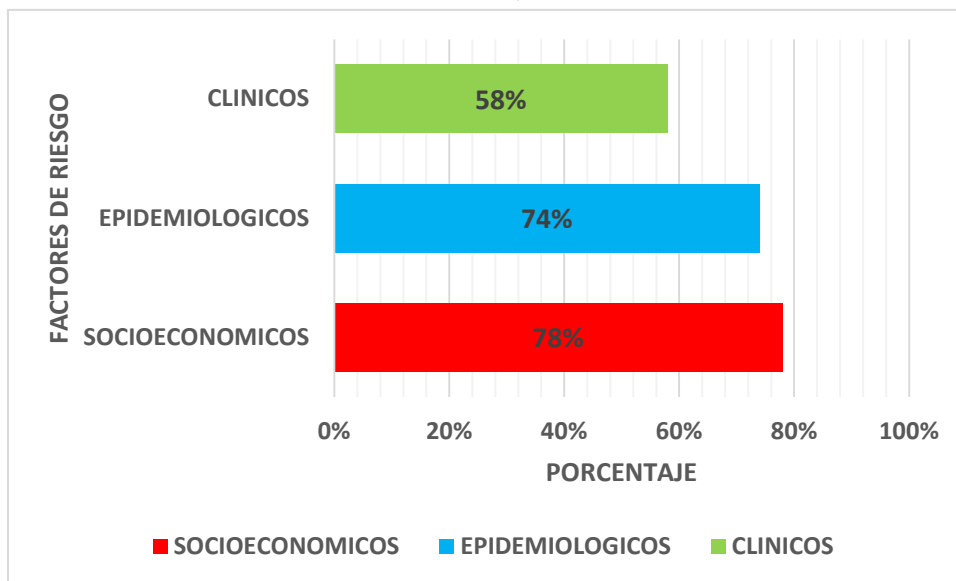
La recolección de datos se llevó a cabo en el centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima – 2013, previa realización de trámites administrativos para obtener la autorización respectiva del Médico Jefe del centro de salud, a quien se remitió una carta de representación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. El instrumento será aplicado aproximadamente en 30 minutos por cada alumno entrevistado.

Los datos recolectados se tabularon, procesaron y analizaron electrónicamente en el programa estadístico SPSS versión 19. Los resultados son presentados en tablas y gráficos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico se usó el programa Excel.

## CAPITULO IV RESULTADOS

### GRAFICA 1

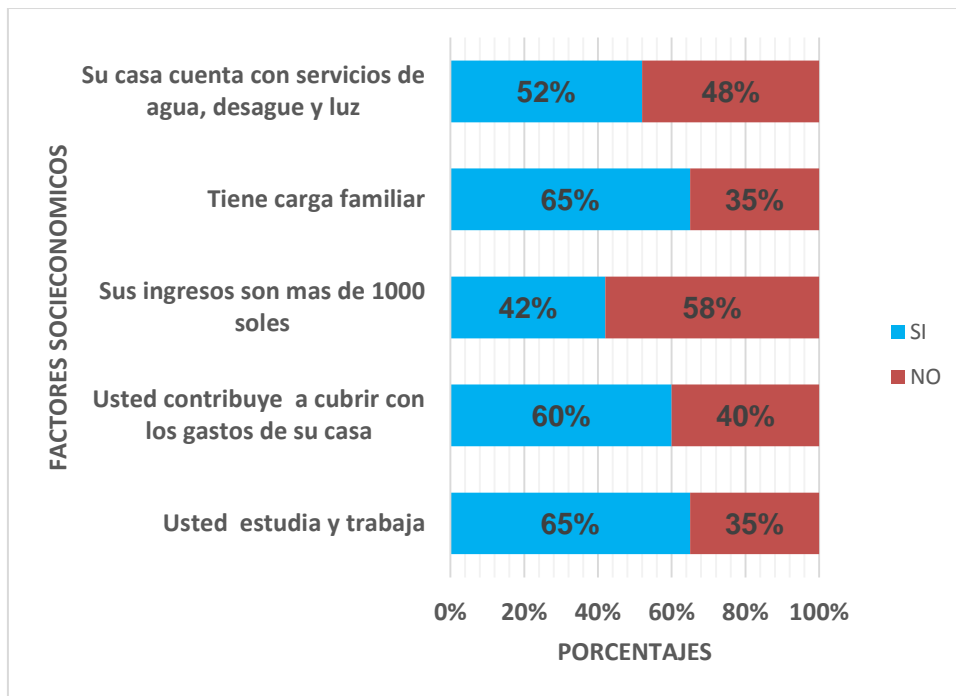
#### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TUBERCULOSIS – MDR SEGÚN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LAS VIÑAS, DISTRITO SANTA ANITA, LIMA – 2013



#### COMENTARIO DE LA GRAFICA 1:

Los Factores de Riesgo asociados a la TBC MDR en los pacientes del Centro de Salud Las viñas del distrito de Santa Anita – Lima, en mayor porcentaje se presenta el Factor Socioeconómico en un 78%, seguido del factor Epidemiológico en un 74% y en menor porcentaje el Factor Clínico en un 58%.

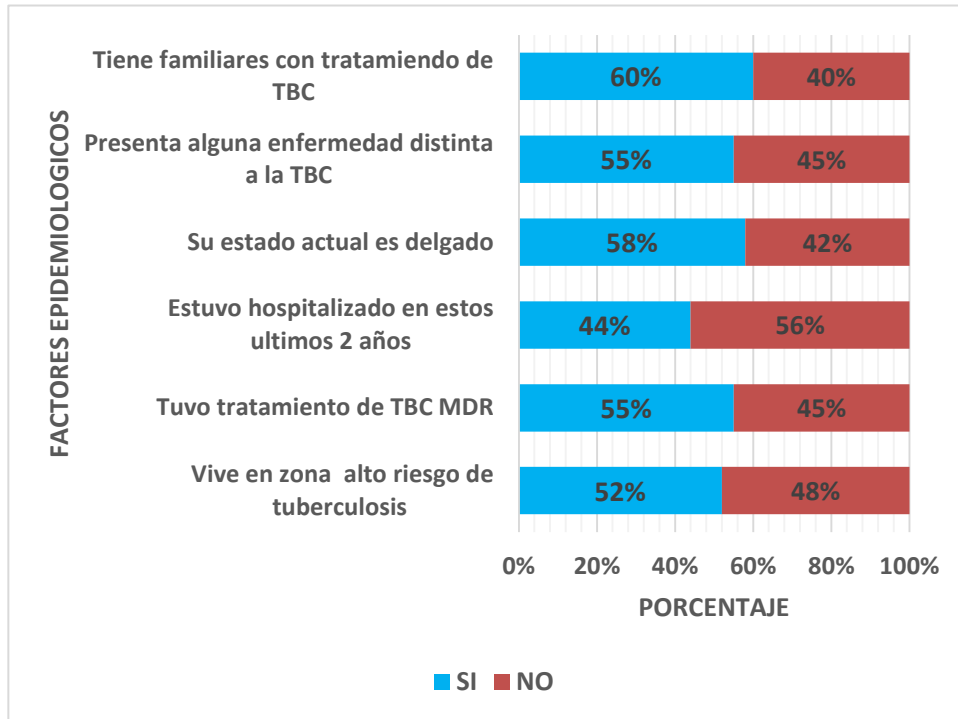
**GRAFICA 2**  
**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TUBERCULOSIS – MDR**  
**SEGÚN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LAS VIÑAS, DISTRITO**  
**SANTA ANITA, LIMA - 2013, SEGÚN EL FACTOR SOCIOECONÓMICO.**



**COMENTARIO DE LA GRAFICA 2:**

Los Factores Socioeconómicos asociados a la TBC en los pacientes del centro de Salud Las Viñas del distrito de Santa Anita – Lima, según la aplicación de nuestro instrumento, son los siguientes: Estudian y trabajan 65%, Tienen carga familiar 65%, contribuye a cubrir con los gastos de su hogar 60%, sus ingresos económicos no son más de 1000 soles 58%.

**GRAFICA 3**  
**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TUBERCULOSIS – MDR**  
**SEGÚN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LAS VIÑAS, DISTRITO**  
**SANTA ANITA, LIMA - 2013, SEGÚN EL FACTOR EPIDEMIOLÓGICO.**

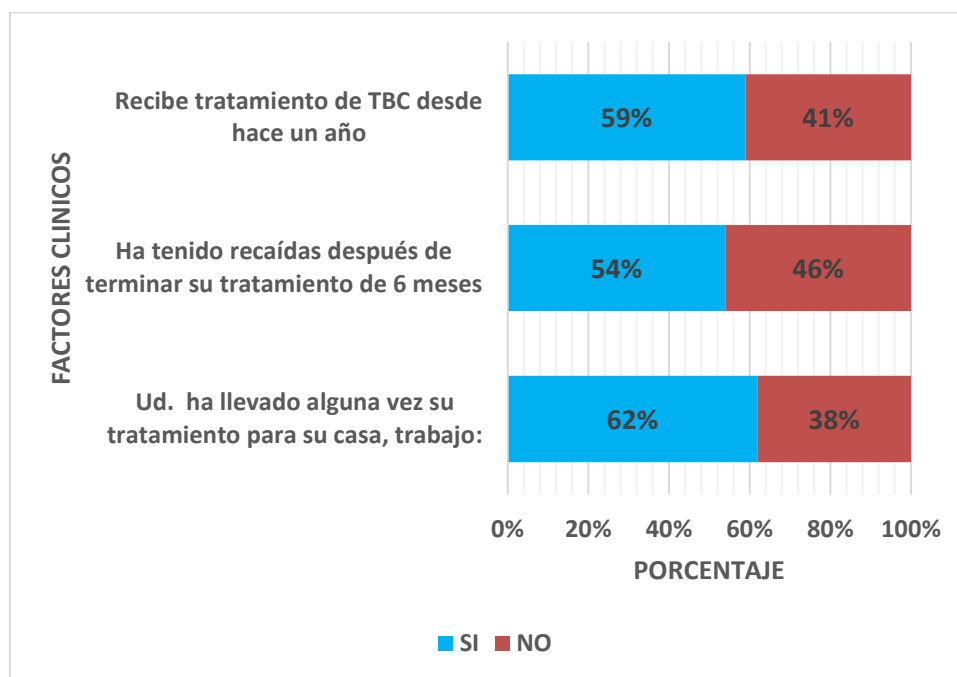


**COMENTARIO DE LA GRAFICA 3:**

Los Factores Epidemiológicos asociados a la TBC en los pacientes del Centro de Salud Las Viñas del distrito de Santa Anita – Lima, según la aplicación de nuestro instrumento, son los siguientes: tienen familiares con tratamientos de TBC 60%, su estado actual es delegado 58%, presenta alguna enfermedad distinta a la TBC 55%, tuvo tratamiento de TBC MDR 55%.

#### GRAFICA 4

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TUBERCULOSIS – MDR SEGÚN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LAS VIÑAS, DISTRITO SANTA ANITA, LIMA - 2013, SEGÚN EL FACTOR CLÍNICO.



#### COMENTARIO DE LA GRAFICA 4:

Los Factores Clínicos asociados a la TBC en los pacientes del Centro de Salud Las Viñas del distrito de Santa Anita – Lima, según la aplicación de nuestro instrumento, son los siguientes: Ud. A llevado alguna vez su tratamiento para su casa, trabajo 62%, recibe tratamiento de TBC desde hace un años 59%, ha tenido recaídas después de terminar su tratamiento de 6 meses 54%.

## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

En relación al Objetivo General, se buscó determinar los Factores de Riesgo asociados a la TBC MDR en los pacientes del Centro de Salud Las viñas del distrito de Santa Anita – Lima, donde se encontró que en mayor porcentaje se presenta el Factor Socioeconómico en un 78%, seguido del factor Epidemiológico en un 74% y en menor porcentaje el Factor Clínico en un 58%. Coincidiendo con DÍAZ, O. Torres, E. y otros, (2007). Concluyeron lo siguiente: *“Los factores de riesgo vinculados con el nivel socioeconómico, se encontró, en su análisis bivariado, que el bajo nivel escolar constituyó un factor de riesgo, las condiciones malas de la vivienda, el tener un per cápita familiar bajo y el no tener un vínculo de pareja, por ser viudo, soltero o divorciado, constituyeron también factores de riesgo para la tuberculosis pulmonar”.*

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1**

En relación al Objetivo específico uno, se buscó determinar los Factores Socioeconómicos asociados a la TBC en los pacientes del centro de Salud Las Viñas del distrito de Santa Anita – Lima, donde se encontró que según la aplicación de nuestro instrumento, son los siguientes: Estudian y trabajan 65%, Tienen carga familiar 65%, contribuye a cubrir con los gastos de su hogar 60%, sus ingresos económicos no son más de 1000 soles 58%. Coincidiendo con PEREZ NAVARRO, Lucia Monserrat; FUENTES DOMINGUEZ, Francisco; (2011), En conclusión: *“La edad y el sobrepeso son factores de riesgo y el fármaco resistencia es un factor de desenlace importante para el binomio TB-DM en población veracruzana. Esta información será de gran valía para establecer sistemas de vigilancia de TB particularizados a las características de la población diabética”.*

### **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

En relación al Objetivo específico dos, se buscó determinar los Factores Epidemiológicos asociados a la TBC en los pacientes del Centro de Salud Las Viñas del distrito de Santa Anita – Lima, donde se encontró que según la

aplicación de nuestro instrumento, son los siguientes: tienen familiares con tratamientos de TBC 60%, su estado actual es delegado 58%, presenta alguna enfermedad distinta a la TBC 55%, tuvo tratamiento de TBC MDR 55%. Coincidiendo con PARRA, Miriam; CHAVARREA LARA, Paola; ORTEGA PALMA, Carina; (2013). Conclusiones: *“El nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la tuberculosis es bueno en los pacientes que están en tratamiento y de los pacientes que abandonaron el tratamiento es deficiente, en los dos casos se debe a la falta de capacitación permanente por parte del personal de salud”*. Coincidiendo además con CRISPÍN, V. Rumiche, J. y otros, (2008). Se concluyó lo siguiente: *“La incidencia de tuberculosis es alta, predominando la forma pulmonar con Baciloscopía positiva, afectando en gran medida a la población joven; 90% de los pacientes fueron curados. El antecedente personal o familiar de tuberculosis fue un factor frecuente; la mayoría de pacientes tenían familia mayor a 5 miembros y eran amas de casa, estudiantes, obreros o desocupados”*.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 3**

En relación al Objetivo específico tres, se buscó determinar los Factores Clínicos asociados a la TBC en los pacientes del Centro de Salud Las Viñas del distrito de Santa Anita – Lima, donde se encontró que según la aplicación de nuestro instrumento, son los siguientes: Ud. A llevado alguna vez su tratamiento para su casa, trabajo 62%, recibe tratamiento de TBC desde hace un años 59%, ha tenido recaídas después de terminar su tratamiento de 6 meses 54%. Coincidiendo con CHEN, J. Iglesias, M. y otros; (2013). Se llegó a la siguiente conclusión: *“La mayor fuerza de asociación para el desarrollo de Multidrogoresistencia corresponde a la irregularidad en el Tratamiento. Además, el desempleo, el contacto con TB y, la presencia de comorbilidad son también factores de riesgo en paciente con TB para desarrollar TB-MDR”*. Coincidiendo además con RODRIGUEZ H, ( 2012). Conclusiones: *“La población más afectada fue la económicamente activa y de género masculino. El distrito de Trujillo mostró el mayor número de casos de tuberculosis multidrogoresistente seguido del distrito de El Porvenir, hubo un número significativo de casos tuberculosis multidrogoresistente aprobados por el Comité de Retratamiento Intermedio que no fueron confirmados con pruebas*

de sensibilidad a quienes se les indicó los esquemas estandarizado y empírico; además un porcentaje significativo de pacientes no iniciaron tratamiento. Se encontró una alta prevalencia de casos confirmados de tuberculosis multidrogoresistente en la Región La Libertad en los años 2008 y 2009”.



## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERO**

La presente investigación tiene como título: Factores de Riesgo asociados a la TBC MDR en los pacientes del Centro de Salud Las viñas del distrito de Santa Anita – Lima, donde se encontró que en mayor porcentaje se presenta el Factor Socioeconómico, seguido del factor Epidemiológico y en menor porcentaje el Factor Clínico. Teniendo en cuenta las siguientes características: Estudian y trabajan, Tienen carga familiar, tienen familiares con tratamientos de TBC , su estado actual es delegado, a llevado alguna vez su tratamiento para su casa, trabajo, recibe tratamiento de TBC desde hace un años.

### **SEGUNDO**

Con respecto a la dimensión Factores socioeconómicos, donde se encontró que según la aplicación de nuestro instrumento, son los siguientes: Estudian y trabajan, Tienen carga familiar, contribuye a cubrir con los gastos de su hogar, sus ingresos económicos no son más de 1000 soles.

### **TERCERO**

Con respecto a la dimensión Factor epidemiológico, donde se encontró que según la aplicación de nuestro instrumento, son los siguientes: tienen familiares con tratamientos de TBC , su estado actual es delegado , presenta alguna enfermedad distinta a la TBC, tuvo tratamiento de TBC MDR.

### **CUARTO**

Con respecto a la dimensión Factor clínico, donde se encontró que según la aplicación de nuestro instrumento, son los siguientes: Ud. a llevado alguna vez su tratamiento para su casa, trabajo, recibe tratamiento de TBC desde hace un año, ha tenido recaídas después de terminar su tratamiento de 6 meses.

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERO**

Promover estrategias adecuadas que permitan a los pacientes con TBC del Centro de Salud La Viña en el distrito de Santa Anita – Lima, continuar con su tratamiento y no lo abandonen, por ser una población en riesgo y se debe buscar su calidad de vida.

### **SEGUNDO**

Organizar en la familia la planificación económica que le permita discernir los gastos familiares de manutención, medicinas, educación, movilidad, entre otros para cubrir los gastos que son necesarios en el quehacer familiar.

### **TERCERO**

Realizar la prevención de esta enfermedad que todavía se encuentra presente en nuestro país, cuidando nuestra salud, a través de una buena alimentación, la practica de actividades recreativas y deportivas, y de nuestro cuidado personal.

### **CUARTO**

Realizar por parte de las enfermeras del Centro de Salud La Viña, el monitoreo y seguimiento sistemático de los pacientes en su tratamiento, a través de visitas domiciliarias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ladino Gil Luz Evelyn. Creencias y prácticas sobre la tuberculosis en un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá. Univ. Nac de Colombia 2011.
2. Díaz, O. Torres, E. Y Otros, “Factores de riesgo asociados a la tuberculosis pulmonar. Municipio Guacara. Estado Carabobo” Venezuela - 2007. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema04.htm>
3. Perez Navarro, Lucia Monserrat; Fuentes Dominguez, Francisco; “Factores asociados a tuberculosis pulmonar en pacientes con diabetes mellitus de Veracruz”, México – 2011
4. Parra, Miriam; Chavarrea Lara, Paola; Ortega Palma, Carina; “Relación entre Adherencia al Tratamiento de Pacientes con Tuberculosis y su nivel de conocimientos, en el Distrito 06, D05 Guano-Penipe de la Provincia de Chimborazo. 2013”. Ecuador – 2013.
5. Crispín, V. Rumiche, J. y otros, “Factores asociados a la incidencia de tuberculosis en un centro de salud urbano marginal de Lima”, Lima – 2008. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13\\_n1/pdf/a05v13n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n1/pdf/a05v13n1.pdf)
6. Chen, J. Iglesias, M. y otros; “Factores asociados a multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis en el departamento de Lambayeque” Lambayeque – 2013. Disponible en: <file:///C:/Users/electro%20user/Downloads/Dialnet-FactoresAsociadosAMultidrogorresistenciaEnPaciente-4501083.pdf>
7. Rodriguez H, “Principales características epidemiológicas de la tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en la Región La Libertad – Perú” La Libertad - 2012.
8. MINSA. Día mundial de la lucha contrala tuberculosis. La tuberculosis se puede curar, la discriminación también. Contágate de comprensión y solidaridad. Lima marzo 2010.

9. EL COMERCIO. Cepa de TBC resistente a los antibióticos amenaza Lima. Junio 2011 10.49.
10. ASOCIACIÓN Médica Mundial. Curso sobre Tuberculosis Multidrogorresistente TB-MDR. - 01212 Ferney-Voltaire, Francia.
11. Reyes, A. Díaz, M. Pérez, A. y otros (2004). Cuba. Factores asociados con la presencia de tuberculosis en pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892004000500010](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000500010)
12. Pinaa, J. Domínguez, A. y otros (2006). España "Exceso de mortalidad por tuberculosis y factores asociados a la defunción en una cohorte anual de enfermos diagnosticados de tuberculosis". Disponible en: <http://www.revclinesp.es/en/exceso-mortalidad-por-tuberculosis-factores/articulo/13096304/>
13. Ríos, H. Suárez, C. Muñoz, D. y Gómez, M. (2002). Lima- Perú Factores asociados a recaídas por tuberculosis. El Objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a recaídas por tuberculosis. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina\\_experimental/v19\\_n1/factores.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v19_n1/factores.htm)
14. Mc Graw Hill. Introducción a las enfermedades infecciosas: interacciones entre el patógeno y el hospedador. Capítulo 172, 2006.
15. MINSA. Ministerio de salud. Tuberculosis, Ministerio de salud del Perú – Derechos Reservados 2010.
16. Herrera Vidal Cesar. Tuberculosis multidrogorresistente en el Perú. Epidemiología 15.07.2005.
17. Ministerio de Salud. Tratamiento de la tuberculosis. Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis" aprobada por R.M. No 383-20061MINSA
18. MINSA. Estrategia Sanitaria Nacional de prevención. Actualización de pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR).
19. Rojas Tello, Gladis Pilar. Actitudes de la familia hacia el diagnóstico del tratamiento de la tuberculosis pulmonar Tuberculosis en el Centro de Salud de Tablada de Lurín 2005. UNMSM. Facultad de Medicina.

20. REV. Latino-Am.Enfermagem. El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad. Feb. 2010.
21. Marriner. Tomey Modelos y Teorías de Enfermería Capitulo "El Arte de Ayuda de la Enfermería" Editorial Mosby/Doyma 3ª edición. México 1994.
22. Bravo, Carmen. Manual de edición. guía para autores, editores, correctores de estilo y diagramadores/ a Ed.
23. Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, L. (2006). Metodología de la Investigación (4ta Edición). DF, México. McGraw Hill.
24. Ramírez Tamayo (2006) El proyecto de investigación, introducción a la metodología científica, 5ta. Edición. Caracas. Venezuela. (p.134).
25. OPS. El Control De La Tuberculosis En Las Américas: Perfil I de los países, 2000. Washington, OPS, 2001.
26. Orozco Lc, Hernández R, De Usta Cy, Cerra M, Camargo D. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Médicas UIS 1998; 12:169-72.
27. Ministerio de Salud: Evaluación epidemiológica y operacional del programa de control de la tuberculosis. Perú 2000 p.138.
28. Ministerio de Salud: Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. ESN-PCT. DGSP. 2006.
29. Teoria Enfermeras, Dorothea Orem,  
[Http://Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.Pe/2012/06](http://Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.Pe/2012/06).
30. Teoria Enfermeras, Madeleine Leininger,  
[Http://Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.Pe/2012/06](http://Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.Pe/2012/06).

# ANEXOS

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título:** “Factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES
<p><b>Problema general</b> ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor socioeconómico?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor epidemiológico?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor clínico?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013.</p> <p><b>Objetivo específico</b> Identificar los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor socioeconómico.</p> <p>Identificar los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor epidemiológico.</p> <p>Identificar los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013, según el factor clínico.</p>	<p><b>H<sub>1</sub></b> = Si existe asociación entre factores de riesgo y tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013.</p> <p><b>H<sub>0</sub></b> = No existe asociación entre factores de riesgo y tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013.</p>	<p><b>Variable Independiente</b> = factores de riesgo según pacientes que sufren de TBC - MDR del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013.</p> <p><b>Variable dependiente</b> = Incremento de la tuberculosis MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima - 2013.</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores de riesgos	Factores socioeconomicos  Factores epidemiológicos  Factores clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Recursos familiares</li>   <li>• Contacto TBC</li>   <li>• Estado nutricional</li> <li>• Comorbilidad</li> <li>• Antecedentes familiares</li> </ul>
Tuberculosis multidrogoresistente	Transmisión  Diagnostico  Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía inhalaría</li>   <li>• Pruebas bacteriológicas</li> <li>• Pruebas de sensibilidad</li>   <li>• Esquema retratamiento estandarizado</li> <li>• Esquema de retratamiento individualizado</li> </ul>



TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>El presente estudio es de tipo y nivel descriptivo - correlacional, por la capacidad de seleccionar las características del objeto de estudio para luego hacer una descripción detallada de las categorías o clases de dicho objeto, de diseño no experimental, ya que presenta los hechos de las variables sin la manipulación de las mismas; de corte transversal porque se realizó el estudio de las variables en un tiempo y espacio.</p>	<p><b>Población</b> La población total del estudio estuvo conformada por 57 pacientes con TBC MDR ambos sexos, quienes se atienden en el centro de salud Las Viñas – Santa Anita.</p> <p><b>Muestra</b> La muestra es censal poblacional, donde se selecciona el total de las unidades de población, la cual posee una característica en común, que estudia y da origen a los datos que requiere la investigación.</p> <p><b>Criterio de inclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que acuden al centro de salud Las Viñas.</li> <li>• Pacientes portadores de la TBC - MDR con conocimiento del diagnóstico de su enfermedad.</li> <li>• Pacientes que aceptaron participar en el estudio.</li> </ul> <p><b>Criterios de Exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que no acuden al centro de salud Las Viñas.</li> <li>• Pacientes no portadores de la TBC - MDR con conocimiento del diagnóstico de su enfermedad.</li> <li>• Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.</li> </ul>	<p>La técnica empleada en la investigación es la Encuesta, por ser la más adecuada para cumplir con el objetivo de estudio y obtener información. Como instrumento un Cuestionario que consta de 20 ítems, introducción datos generales, selección de información específica que explora las variables en investigación.</p>	<p>La validez hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma significativa y adecuada; la validez del instrumento se determinó mediante Juicio de Expertos, participaron 7 profesionales de enfermería con experiencia en las variables a investigar. Para la confiabilidad se utilizó la prueba de alfa de Crombach obteniéndose como valor 0,80 por lo que se concluye que el instrumento es válido y confiable.</p> <p>La recolección de datos se llevó a cabo en el centro de salud Las Viñas, distrito Santa Anita, Lima – 2013, previa realización de trámites administrativos para obtener la autorización respectiva del Medico Jefe del centro de salud, a quien se remitió una carta de representación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. El instrumento será aplicado aproximadamente en 30 minutos por cada alumno entrevistado.</p> <p>Los datos recolectados se tabularon, procesaron y analizaron electrónicamente en el programa estadístico SPSS versión 19. Los resultados son presentados en tablas y gráficos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico se usó el programa Excel.</p>



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

**Encuesta**

Buenos Días señores soy el estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. En esta oportunidad me dirijo ante usted para realizar una encuesta acerca de los factores de riesgo asociados a la tuberculosis – MDR según pacientes del centro de salud Las Viñas. Por lo cual solicito a usted responda las siguientes preguntas que se han formulado, que será de manera anónima.

**CUESTIONARIO**

**1. Edad:**.....

**2. Sexo:** M (.....) F (.....)

**3. Ocupación:**

- Obrero
- Independiente
- Empleado
- No trabaja

**4. Quien cubre los gastos es casa**

Mis padres (.....)

Mis hermanos (.....)

Yo (.....)

Nadie (.....)

**5. Ingreso económico :**

Menos de 500 soles mensuales ( )

De 500 a 1000 soles mensuales ( )

Mayor de 1000 soles ( )

**6. Grado de instrucción:**

Primaria incompleta ( )

Primaria completa ( )

Secundaria incompleta ( )

Secundaria completa ( )

Superior técnico ( )

Superior universitario ( )

**7. ¿Quiénes dependen de usted?**

• Esposo (a) ( )

• Hijos ( )

• Nietos ( )

• Sobrinos ( )

• Hermanos ( )

• Todos los anteriores ( )

• Otros ( )

Otro especificar \_\_\_\_\_

**8. Su casa tiene los servicios de:**

Agua potable ( )

Desagüe ( )

Luz ( )

Otro ( )

Otro Especificar: .....

**9. Vive en zona alto riesgo de tuberculosis**

Si (....) No (.....)

**10. Tiene UD. Una prueba de sensibilidad actual o antigua que diga que tuvo o no tuvo TBC MDR.**

SI (....) NO (.....)

**11. Se hospitalizó estos 2 años últimos**

Si (.....) No (.....)

**12. ¿Cuál es su peso actual:.....**

**13. Talla actual: .....**

**14. Presenta alguna enfermedad aparte de la tuberculosis pulmonar:**

**VIH (.....)**

Diabetes Mellitus (.....)

Insuficiencia renal crónica (.....)

CANCER (.....)

Otro: especificar:.....

**15. Ha tenido algún familiar, vecino, amigo que reciba tratamiento de tuberculosis pulmonar:**

Si (...) No (....)

**16. Ha tenido algún familiar o amigo que haya fallecido a causa de la tuberculosis pulmonar:**

Si (...) No (....)

**17. Ha recibido alguna vez tratamiento para la TBC**

1RA..... AÑO:;.....2DA..... AÑO:.....3RA..... AÑO:.....

**18. Desde cuando recibe Ud. tratamiento para la TBC MDR:**

Año..... Lugar.....

**19. Ud. ha llevado alguna vez su tratamiento para su casa, trabajo:**

Si (.....) No (.....)

**20. . Ha tenido recaídas después de terminar su tratamiento de 6 meses:**

Si (.....) No (.....)

**GRACIAS POR SU COLABORACION**