



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUIMICA
FILIAL PUERTO MALDONADO**

**“PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA
LEISHMANIASIS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD JORGE CHÁVEZ, MADRE
DE DIOS-2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
QUIMICO FARMACEUTICO**

Presentado por:

BACHILLER: JORGE MIGUEL MONTEAGUDO POLO

Puerto Maldonado - Perú

2015

Dedicatoria:

A mis querida esposa por estar siempre a mi lado apoyándome en todo momento y a mis padres por su constante motivación.

Agradecimientos:

A nuestros padres y familiares, quienes en los momentos más difíciles con su apoyo, nos ayudan a disipar los problemas manteniendo la firme esperanza de culminar y lograr alcanzar todas las metas propuestas.

A todas las personas e instituciones que hicieron posible este trabajo de investigación.

Resumen

Objetivo: establecer la relación que existe entre Prescripción de Medicamentos para Leishmaniasis y la adherencia al tratamiento en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre de Dios-2015.

Material y métodos: se trabajó con 20 pacientes que recibieron tratamiento para Leishmaniasis en el Centro de Salud Jorge Chávez, aplicándose un diseño correlacional, el instrumento utilizado fue un cuestionario de elaboración propia.

Resultados y conclusiones: No existe correlación significativa entre la prescripción de medicamentos para leishmaniasis y la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre de Dios -2015

Existe correlación significativa moderada entre la prescripción de medicamentos para leishmaniasis y la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre de Dios -2015

Existe correlación significativa moderada entre la prescripción de medicamentos para leishmaniasis y la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, -2015

No existe correlación significativa entre las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

Palabras claves: Prescripción de medicamentos, Leishmaniasis, adherencia al tratamiento.

Abstract

Objective: To establish the relationship between Prescribing for Leishmaniasis and adherence to treatment in patients of the Health Center Jorge Chavez, Mother of God-2015.

Methods: We worked with 20 patients receiving treatment for Leishmaniasis in the Health Center Jorge Chavez, applying a correlational design, the instrument used was a questionnaire homemade.

Results and conclusions: There is no significant correlation between prescription drugs for leishmaniasis and adherence to treatment in patients Leishmania Health Center Jorge Chavez, Mother of God -2015

There is moderate significant correlation between prescription drugs for leishmaniasis and adherence to treatment in patients Leishmania Health Center Jorge Chavez, Mother of God -2015

There is moderate significant correlation between prescription drugs for leishmaniasis and adherence to treatment in patients Leishmania Health Center Jorge Chavez, Mother of God -2015

There is no significant correlation between prescribing practices and adherence to treatment in patients Leishmania Health Center Jorge Chavez.

Keywords: prescription drugs, Leishmaniasis, adherence to treatment.

ÍNDICE

	Página
CARATULA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	XII
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	01
1.2 Delimitación de la Investigación	09
1.3 Formulación del Problema	09
1.3.1 Problema Principal	09
1.3.2 Problemas Secundarios	09
1.4 Objetivos	10
1.4.1 Objetivo General	10
1.4.2 Objetivos Específicos	10
1.5 Justificación e Importancia de la Investigación	10
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación	11
2.2 Bases Teóricas	17
2.2.1 Buenas prácticas de prescripción	17
2.2.2 Adherencia	28
2.3 Definición de términos Básicos	37
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Hipótesis de la Investigación	38
3.1.1 Hipótesis General	38
3.1.2 HIPÓTESIS SECUNDARIAS	38
3.2 Variables	38
3.2.1 Operacionalización de variables	39
CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Diseño de la Investigación	41
4.1.1 Tipo de Investigación	41

4.1.2 Nivel de Investigación	41
4.2 Población y Muestra de la Investigación	42
4.2.1 Población	42
4.2.2 Muestra	43
4.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	43
4.3.1 Técnicas	43
4.3.2 Instrumentos	43
Aspectos Éticos	44
CAPITULO V: PRESENTACION ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	
5.1 Resultados	45
Discusión	68
Conclusiones	70
Recomendaciones	71
FUENTES DE INFORMACIÓN	72
ANEXOS	77
- Matriz de Consistencia	78
- Modelo de Encuesta o Entrevista	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.Descriptores para el análisis de la variable prescripción de medicamentos para leishmaniasis.....	28
Tabla 2. Descriptores para el análisis de la dimensión disponibilidad de medicamentos en el Centro de Salud Jorge Chávez.....	29
Tabla 3 Descriptores para el análisis de la dimensión actualización de guías terapéuticas.....	29
Tabla 4. Descriptores para el análisis de la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción.....	30
Tabla 5.Descriptores para el análisis de la variable adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	30
Tabla 6. Resultados generales según variables y dimensiones.....	31
Tabla 7. Resultados generales para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	32
Tabla 8. Resultados generales para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	33
Tabla 9 Resultados generales para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	34
Tabla 10. Resultados generales para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	36
Tabla 11. Estadísticos descriptivos para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	38
Tabla 12. Correlaciones para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	38
Tabla 13. Resumen del modelo para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	39
Tabla 14. ANOVA para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	39
Tabla 15. Coeficientes para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	40
Tabla 16. Estadísticos descriptivos para la dimensión disponibilidad de	

medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	42
Tabla 17. Correlaciones para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	42
Tabla 18. Resumen del modelo para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	43
Tabla 19. Resumen del modelo para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	43
Tabla 20. Coeficientes para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	44
Tabla 21. Estadísticos descriptivos para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	46
Tabla 22. Correlaciones para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	46
Tabla 23. Resumen del modelo para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	47
Tabla 24. ANOVA para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	47
Tabla 25. Coeficientes para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	48
Tabla 26. Estadísticos descriptivos para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	50
Tabla 27. Correlaciones para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	50
Tabla 28. Resumen del modelo para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	51
Tabla 30. Coeficientes para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultados generales para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	32
Gráfico 2. Resultados generales para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	34
Gráfico 3. Resultados generales para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.....	35
Gráfico 4. Resultados generales para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis....	36

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- AVAD : años de vida ajustados por discapacidad
- AMI : Iniciativa Amazónica para la Malaria
- ATL : Leishmania Tegumentaria Americana
- CL : Leishmania Cutánea
- IT : Infección Tuberculosa
- IUPAC : Unión Internacional de Química Pura y Aplicada
- LCM : Leishmania Mucocutánea
- MSH : Management Sciences for Health
- NAMRID: Laboratorio Naval de Investigación Médica, Instituto Desprendimiento.
- OMS : Organización Mundial de la Salud
- TDR : Research and Training in Tropical Diseases (Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales)
- USAID : Agencia Americana para el Desarrollo Internacional
- VL : Leishmaniasis visceral o kala azar
- VIH : Virus de la Inmunodeficiencia

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad transmitida por vectores con una variedad de especies de parásitos, reservorios y vectores implicados en su transmisión. La leishmaniasis es causada por el protozoo *Leishmania*, que se transmite por una variedad de especies de flebótomos. Hay tres diferentes manifestaciones clínicas de la leishmaniasis: cutánea (piel), mucosa (mucosa de la membrana) y visceral (la forma más grave, que afecta a los órganos internos). La presencia de la leishmaniasis está directamente vinculada a la pobreza, pero los factores sociales, ambientales y climatológicos influyen directamente la epidemiología de la enfermedad. La leishmaniasis es endémica en 98 países y territorios, con más de 350 millones de personas en riesgo de transmisión. (1)

Estudios recientes revelan que la leishmaniasis produce una carga de enfermedad de 2,35 millones de AVAD (años de vida perdidos ajustados por discapacidad), de los cuales 2,3% recaen en las Américas. Se estima que alrededor del 75% de los casos registrados de la leishmaniasis cutánea se concentran en 10 países, 4 de los cuales están en la región de las Américas (Brasil, Colombia, Perú y Nicaragua). Con respecto a la leishmaniasis visceral, el 90% de los casos se concentran en Brasil, Etiopía, India, Bangladesh, Sudán y Sudán del Sur.(2)

En la Región de las Américas, los casos de leishmaniasis se han registrado desde el sur de los Estados Unidos hasta el norte de Argentina, con la excepción de las islas del Caribe, Chile y Uruguay. Cada año, un promedio de 60.000 casos de leishmaniasis cutánea y mucosa y 4.000 casos de leishmaniasis visceral se diagnostican, con una tasa de mortalidad del 7%. En el mundo, la coinfección de *Leishmania* y VIH ha aumentado la carga de la enfermedad debido a la mayor dificultad del tratamiento clínico. El diagnóstico de la enfermedad es esencial para establecer un tratamiento específico y para limitar el progreso de la enfermedad, aliviar los signos y síntomas, y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Si no se tratan, las formas mucosa y cutánea pueden causar deformidad y la desfiguración, y la forma visceral puede ocasionar la muerte en más del 90% de los casos no tratados.

Las Buenas Prácticas de Prescripción contribuyen a hacer un uso racional de los medicamentos tendiendo a evitar la polifarmacia, uso de medicamentos que no guardan relación con el diagnóstico, la prescripción de un medicamento cuando un tratamiento no farmacológico podría ser utilizado, indicar un medicamento con base en un diagnóstico incorrecto, prescribir por complacencia, uso de medicamentos inseguros y obsoletos, entre otros.

El propósito de este trabajo es evaluar en qué medida la prescripción de medicamentos para leishmaniasis se relaciona con la adherencia a su tratamiento en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La leishmaniasis es la tercera de las enfermedades de transmisión vectorial a humanos en importancia por el número de casos y la población en riesgo, y la novena con mayor carga de enfermedad. Se estima que el número anual de casos de leishmaniasis cutánea (LC) en el mundo es de 0,7-1,2 millones, mientras que de leishmaniasis visceral (LV) se registran 0,2-0,4 millones de casos (3).

La leishmaniasis representa un complejo de enfermedades con una importante diversidad clínica y epidemiológica. La leishmaniasis visceral (VL) es de mayor prioridad que la leishmaniasis cutánea (CL), ya que es una enfermedad mortal en ausencia de tratamiento, focos antroponótica VL son de especial preocupación ya que están en el origen de las epidemias frecuentes y mortales (por ejemplo, Sudán). Carga leishmaniasis sigue siendo importante: 88 países, 350 millones de personas en situación de riesgo, 500.000 nuevos casos de LV por año, 1-1,5 millones de CL y AVAD: 2,4 millones. La mayor parte de la carga se concentra en unos pocos países que permite prioridades geográficas claras. La leishmaniasis sigue siendo un importante problema de salud pública debido a que no sólo los factores de riesgo ambientales, como las migraciones masivas, la urbanización, la deforestación, los nuevos sistemas de riego, sino también a los factores de riesgo individuales: el VIH, la malnutrición, genética, etc. Líder en leishmaniasis es parte de esas enfermedades que todavía requiere de herramientas de control mejoradas. En consecuencia estudio de la OMS / TDR para la leishmaniasis ha sido cada vez más centrado en el desarrollo de nuevas herramientas como las pruebas de diagnóstico, medicamentos y vacunas. El esfuerzo continuo ya ha producido resultados significativos. Las herramientas de control recientemente disponibles deben permitir una ampliación de las

actividades de control en las áreas prioritarias. En los focos antroponóptica, la posibilidad de conseguir un fuerte impacto sobre la mortalidad, la morbilidad y la transmisión, es alto. (4)

Leishmaniasis, una enfermedad tropical desatendida, pero tiene fuertes complejos vínculos con la pobreza. La carga de la leishmaniasis de manera desproporcionada a los sectores más pobres de la población mundial. Dentro de las áreas endémicas, aumento del riesgo de infección es mediada a través de malas condiciones de vivienda y el saneamiento ambiental, la falta de medidas de protección personal y económicamente la migración y el empleo que trae anfitriones no inmunes en contacto con moscas de arena infectadas impulsada. La pobreza está asociada con la malnutrición y otras enfermedades infecciosas, que aumentan el riesgo de que una persona (una vez infectados) progresará a la enfermedad clínicamente manifiesta. La falta de acceso al sistema sanitario provoca retrasos en el diagnóstico y el tratamiento adecuado y acentúa la morbilidad y la mortalidad leishmaniasis, particularmente en las mujeres. diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis son caros y las familias tienen que vender activos y tomar préstamos para pagar la atención, lo que lleva a un mayor empobrecimiento y el refuerzo del círculo vicioso de enfermedad y pobreza. La inversión pública en el tratamiento y control disminuiría la carga de la enfermedad y la leishmaniasis ayudar a aliviar la pobreza. (5)

Según un sistema de monitorización coordinado por la OMS en el que participan 28 instituciones de todo el mundo, el número de casos ha disminuido en Europa desde finales de los años noventa, debido sobre todo a los tratamientos antirretrovíricos de gran actividad. No obstante, la prevalencia está aumentando a ritmo constante en otras partes del mundo donde el acceso a esos tratamientos es escaso, especialmente en el norte de Etiopía, donde la tasa de coinfección por el VIH en personas con leishmaniasis visceral ha aumentado del 19% en 1998–1999 al 34% en 2006–2007. En Brasil, India, Nepal y Sudán la prevalencia estimada se ha mantenido hasta ahora por debajo del 10%, pero se espera que aumente mientras siga habiendo escaso acceso al tratamiento antirretrovírico. Como la pandemia de VIH se está extendiendo en los trópicos hacia zonas rurales y remotas donde la leishmaniasis visceral es endémica, la coinfección

por el VIH y la leishmaniasis visceral es un problema que se está extendiendo rápidamente y hace cada vez más urgente una estrategia integral de control de la leishmaniasis visceral. (6)

Las leishmaniasis están muy difundidas y hay transmisión al ser humano en los cinco continentes, pero la carga de morbilidad humana se concentra sobre todo en algunos grandes focos. La transmisión antroponótica de *L. donovani* en una zona relativamente pequeña pero muy poblada que abarca el nordeste de India, el sudeste de Nepal y el centro de Bangladesh es responsable de más de dos tercios de la totalidad de los casos mundiales de leishmaniasis visceral. El foco de *L. donovani* en África Oriental, que también tiene un importante componente de transmisión antroponótica, es el segundo mayor foco de leishmaniasis visceral, que presenta la incidencia más elevada en Etiopía y Sudán. Los otros dos focos importantes, causados ambos por la transmisión zoonótica de *L. infantum*, son la cuenca mediterránea, Oriente Medio y Asia Occidental, por una parte, y el Nuevo Mundo, predominantemente en Brasil, por otra parte. Se ha calculado que más del 90% de la carga de leishmaniasis visceral se concentra en Bangladesh, Brasil, Etiopía, India, Nepal y Sudán.(7)

La leishmaniasis tegumentaria americana (ATL) causada por *Leishmania* (*Viannia*) es endémica en el estado de Río de Janeiro (RJ), donde la enfermedad muestra características epidemiológicas y clínicas distintas de las de ATL en otras regiones de Brasil. Paraty es la segunda área endémica más importante de RJ; Sin embargo, los informes sobre la leishmaniasis en esta región se refieren a la aparición de la enfermedad sin describir sus características. (8)

La leishmaniasis cutánea está aún más difundida, con grandes focos de transmisión antroponótica de *L. tropica* desde India hasta África Septentrional, pasando por Asia Central y Occidental, y de transmisión zoonótica de *L. major* desde Asia Central hasta África Septentrional, pasando por Asia Occidental, así como de *L. aethiopica* en África Oriental. Las otras zonas principales de transmisión se componen de muchos focos ecológicamente distintos con varias especies zoonóticas de *Leishmania* y afectan a países de todas las Américas, desde Argentina hasta el sur de los EE.UU. Hasta un 90% de los casos de leishmaniasis cutánea se producen en Afganistán, Arabia Saudita, Argelia, la

República Árabe Siria y la República Islámica de Irán, y en Bolivia, Brasil, Colombia, Nicaragua y Perú. (9)

A pesar de que la leishmaniasis es considerada como un importante problema de salud en el Ecuador por el Ministerio de Salud, y la incidencia ha aumentado en los últimos años, un mapa oficial de la distribución geográfica de los vectores de enfermedades y la mosca de arena o una estrategia de control no existen todavía. En este artículo se revisa la situación actual, basada en la información publicada para mejorar nuestro conocimiento y comprender la situación epidemiológica de la leishmaniasis en el Ecuador con el fin de ayudar a la investigación futura y el desarrollo de una estrategia nacional de control. La enfermedad es endémica en la mayoría de las provincias de la región costera del Pacífico, tierras bajas del Amazonas, y algunos valles interandinos con un total de 21,805 casos reportados durante 1990-2003. Mientras que la leishmaniasis cutánea (LC) se encuentra en todo el Ecuador, leishmaniasis mucocutánea (MCL) parece estar restringida a la región amazónica; uno, se informó de casos sin confirmar parasitológico de forma visceral en 1949. La mayoría de las infecciones humanas son causadas por *Leishmania* (V) spp, que se distribuye en las tierras bajas subtropicales y tropicales.; infecciones debidas a *L. spp* (*Leishmania*). se encuentran en las tierras altas de los Andes y en las tierras bajas del Pacífico también. Los vectores son probados *Lutzomyia trapidoi* y *Lu. ayacuchensis*. *Canis familiaris*, *Sciurus vulgaris*, *Potos flavus*, y *tetradactyla Tamandua* se han encontrado infectados con *Leishmania spp*. Se estima que alrededor de 3000-4500 personas pueden estar infectadas cada año, y que 3,1 a 4,5 millones de personas se estima que el riesgo de leishmaniasis contratación.

La región del Amazonas comenzó a experimentar una re-emergencia de malaria a principios de la década de los noventa, incluyendo la aparición de *Plasmodium falciparum* resistente a medicamentos antimaláricos de primera línea. En respuesta al incremento de la incidencia y las fallas terapéuticas, la Agencia Americana para el Desarrollo internacional (USAID) lanzó la Iniciativa Amazónica para la Malaria (AMI por sus siglas en inglés) en 2001. Su objetivo es mejorar el control y tratamiento de la malaria en los países que comparten la cuenca del Amazonas: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú y Surinam. Desde

entonces, con el apoyo de AMI, estos países han cambiado sus políticas de tratamiento para incluir combinaciones terapéutica más efectivas. El fortalecimiento de la gestión del suministro de medicamentos es esencial para una efectiva implementación de las nuevas políticas.

La definición de adherencia se basa en que los pacientes deben recibir medicamentos en las dosis correctas, por el tiempo necesario e instrucciones para su correcta administración. La adherencia contribuye a la recuperación de la salud del enfermo y evita el surgimiento de resistencia (11)

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Así, en un estudio sobre diabetes y enfermedad cardíaca, los pacientes con falta de adherencia tenían tasas de mortalidad significativamente más altas que los pacientes cumplidores (12,1% vs 6,7%), y en otro estudio en pacientes con diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia e insuficiencia cardíaca, encontraron que para todas estas patologías las tasas de hospitalización eran significativamente más altas en pacientes con baja adherencia (13% vs 30% para diabéticos; 19% vs 28% en hipertensión).

La falta de adherencia farmacológica es un fenómeno multifactorial, con un amplio abanico de factores determinantes que actúan de forma interrelacionada entre ellos. Según el citado informe de la OMS, estos factores están relacionados con: los profesionales, los sistemas de atención sanitaria, el tratamiento, el paciente y la enfermedad, y socioeconómicos. Lo que añade gravedad al fenómeno es que el incumplimiento pasa desapercibido para el personal sanitario. (12)

Resulta sorprendente que, si bien todos conocemos que aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación, en la práctica diaria no hemos integrado este hecho como causa del fracaso terapéutico, conduciendo frecuentemente a la realización de pruebas innecesarias o intensificación de tratamientos que pueden incrementar los riesgos para el paciente.

Estudios realizados en el Perú en relación a la prescripción de medicamentos nos permiten identificar problemas en este campo. Citando a algunos de ellos, mencionaremos el realizado por Management Sciences for Health (MSH) y Ministerio de Salud del Perú – Dirección General de Salud de las Personas – Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas; llevado a cabo en tres departamentos del Perú (Junín, Pasco y Huánuco) en mayo de 2002, el cual evidencia ciertos avances en términos de prácticas de prescripción: mayor adherencia al Petitorio Nacional, empleo del nombre genérico con mayor frecuencia en las prescripciones, menor número de medicamentos promedio por receta, y reducción en la prescripción de inyecciones. «Sin embargo, aún quedan brechas importantes por cubrir, particularmente en relación al uso de antimicrobianos. 60% de los encuentros médico-pacientes en consulta ambulatoria resultaron en la prescripción de un antimicrobiano, lo que amerita un análisis más detallado de esta práctica. (13)

Los estudios se llevaron a cabo entre 1986 y 1993 para definir aún más la distribución geográfica y la importancia relativa de las diferentes especies de *Leishmania* como causa de la leishmaniasis en Perú. Los pacientes con un diagnóstico clínico de cutáneo y / o de las mucosas o la leishmaniasis cutánea difusa se inscribieron en el Laboratorio Naval de Investigación Médica Instituto Desprendimiento (NAMRID) en Lima, la Clínica de Enfermedades Tropicales en la Universidad de San Marcos Daniel A. Carrión, el Hospital Militar Central, y un hospital del Ministerio de Salud en Cusco, Perú. Las características clínicas de la lesión, aspirados y biopsias de tejido se obtuvieron de cada paciente. Todas las muestras se recogieron y se ensayaron por separado, incluyendo múltiples muestras de algunos de los mismos pacientes para los parásitos de *Leishmania* mediante la inoculación de partes alícuotas de cualquiera de los aspirados o

suspensiones tejido de la biopsia en un medio de agar sangre de Senekji. Las existencias de cepas de *Leishmania* se utilizaron para preparar promastigotes para producir extractos para la identificación de las especies de *Leishmania* mediante la técnica de electroforesis en acetato de celulosa enzima. Un total de 351 cepas de *Leishmania* se obtuvieron de 350 pacientes que fueron infectados principalmente en la selva alta y baja de por lo menos 15 diferentes departamentos del Perú. De los 351 aislados, 79% fueron identificados como *L. braziliensis* (V.), 7% como *L. guyanensis* (V.), 10% como *L. peruviana* (V.), 2% como *L. lainsoni* (V.) y 1,7% como *L. amazonensis* (L.). La forma clínica de la enfermedad varió dependiendo de las especies de *Leishmania*, con *L. (V.) braziliensis* estar asociado con más frecuencia con cutánea, úlceras de la mucosa y cutánea mezclado y enfermedad de las mucosas, y *L. peruviana* (V), *L. (V.) guyanensis*, *L. (V.) lainsoni* con lesiones cutáneas. *Leishmania* (L.) *amazonensis* se aisló a partir de seis pacientes, tres con lesiones cutáneas, uno con lesiones de la mucosa, y dos con lesiones cutáneas difusas. Entre todos los casos de leishmaniasis, los machos se ven afectados con mayor frecuencia, y los casos se produjeron entre los pacientes de menos de 10 a más de 51 años de edad. Estos datos definen con más detalle la distribución geográfica y la frecuencia relativa de las especies de *Leishmania* asociado con diferentes formas clínicas de leishmaniasis en Perú

La gravedad de la leishmaniasis cutánea puede ser determinada por la inmunidad del huésped, la virulencia del parásito, y el anfitrión o el comportamiento del vector. Se realizó un análisis multivariante para identificar las principales causas de la variabilidad en los síntomas clínicos, la respuesta al tratamiento, y la tasa de aislamiento del parásito en los pacientes peruanos. El efecto de la inmunidad del huésped se demostró por primera vez por el hallazgo de que las infecciones secundarias inducen lesiones más pequeñas asociadas con una tasa de aislamiento del parásito más baja que lo hizo infecciones primarias y, en segundo lugar, por el hallazgo de un menor número de lesiones en pacientes de edad avanzada. Las diferencias fenotípicas entre las poblaciones de parásitos fueron sugeridas por la observación de que el tamaño de la cicatriz media y el número variaron entre los pueblos: los pacientes tenía más cicatrices en las aldeas donde las tasas de transmisión eran más altos. El

comportamiento humano probablemente se determina el lugar de las lesiones en el cuerpo, ya que la mayoría de las lesiones en el enfriador del Sur estaban en la cabeza, mientras que en el Norte, las lesiones fueron igualmente frecuentes en las extremidades. Además, los pacientes de más edad, que fueron más propensos infectados a través de la exposición ocupacional, tenían menos lesiones en la cabeza. La variación geográfica en el patrón de la exposición a los mosquitos indica que las estrategias de control deben ser una región específica

Además, la mayoría de los pacientes que recibieron la prescripción de antimicrobianos, no habían recibido instrucciones adecuadas de las dosis y duración de su uso. En los pacientes hospitalizados, los patrones de utilización no son más afortunados: sólo 25% de los casos de neumonía en niños y virtualmente ninguno de los casos estudiados de profilaxis antibiótica en cesárea se ajustaban a los más difundidos protocolos terapéuticos aceptados internacionalmente.(14)

En el Perú, la Leishmaniosis es endémica y constituye un problema de salud pública aún irresuelto. La incidencia anual durante el último quinquenio en promedio se encuentra en 30 por 100,000. Existen las formas cutánea (cutáneo andina o Uta) y la mucocutánea (cutáneo selvática o espúndia) (15)

Las regiones de salud que reportan el mayor número de casos son Ancash, Ucayali, Junín, Loreto, San Martín, Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Cerro de Pasco, Madre de Dios, Lima. La mayoría de los casos en el Perú es causada por *L. brasiliensis* y ocasionalmente por *L. peruviana*. No se ha registrado casos de leishmaniosis visceral.

En la Región Madre de Dios no existe actualmente estudios documentados que demuestre el impacto de la estrategia de la atención curativa de los servicios de salud en el contexto de la gestión de antileishmaniasicos, destinada a evaluar los esfuerzos de la Región, aplicando estudios y/o protocolos similares a los empleados en otros países.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **DELIMITACIÓN ESPACIAL:** se ubicará en el Centro de Salud Jorge Chávez, Madre de Dios
- **DELIMITACIÓN SOCIAL:** está circunscrito a los pacientes con tratamiento de Leishmania del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios
- **DELIMITACIÓN TEMPORAL:** está ubicada Madre de Dios-2015
- **DELIMITACIÓN CONCEPTUAL:** corresponde a las Ciencias de la Salud

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

➤ **1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL**

¿De qué manera la prescripción de medicamentos para leishmaniasis se relaciona con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015?

➤ **1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS**

1. ¿Existe relación entre la disponibilidad de medicamentos con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015?

2. ¿Existe relación entre la actualización de guías terapéuticas con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015?

3. ¿Existe relación entre la estandarización de las prácticas de prescripción con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez , Madre de Dios-2015?

1.4 OBJETIVOS

➤ 1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar de qué manera la prescripción de medicamentos para leishmaniasis se relaciona con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015.

➤ 1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar si existe relación entre la disponibilidad de medicamentos con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015.

2. Determinar si existe relación entre la actualización de guías terapéuticas con la adherencia al en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015.

3. Determinar si existe relación entre la estandarización de las prácticas de prescripción con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La leishmaniasis es un problema de salud pública importante en esta zona, por su magnitud, por su trascendencia que lleva a la muerte si no es tratada y que afecta a las poblaciones más pobres, quienes trabajan en las actividades extractivas como la madera, castaña, minería aluvial del oro, que constituye un recurso común entre los pobladores de la región, en estas actividades estacionales viven en campamentos que los exponen al vector, por lo tanto ellos serán los más beneficiados, pues son los involucrados.

Uno de los principales problemas de las leishmaniasis es el tratamiento. La droga de elección, el antimonio de meglumina (AM), además de la agresividad en su administración (una o dos inyecciones intramusculares diarias durante 21 a 35

días), presenta efectos secundarios y reacciones graves (toxicidad cardíaca, alteraciones hepáticas, pancreáticas y renales) (16)

A comparación de otras enfermedades cutáneas, el impacto psicológico de la LC (relacionado de manera cercana al estigma) no ha sido considerado a profundidad en la literatura. Un estudio por Yanik et al. (2004), en Turquía, mostró que los síntomas de depresión y de ansiedad eran más altos en pacientes con LC. La satisfacción con el propio cuerpo también se vio impedida en los grupos con LC activa y con cicatrices curadas. Culturalmente, la gente mayor estaba más acostumbrada a las cicatrices producidas por la LC, pero las generaciones más jóvenes presentaron menos aceptación del estigma y de las desfiguraciones permanentes del rostro (17)

La falta de adherencia al tratamiento es un problema mundial de gran magnitud que tiene dos consecuencias directas: una disminución de los resultados en salud y un aumento de los costes sanitarios.

El logro de una buena adherencia terapéutica es un requisito que, de cumplirse, vendría a resolver notables problemas de salud en la población y tendría importantes repercusiones en el plano económico, social, médico, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de salud.

Esta investigación es viable porque contamos con el recurso humano, en los centros de salud de la ciudad, donde realizamos nuestras prácticas pre profesionales y donde laboran nuestros docentes.

Es importante porque en Madre de Dios, esta enfermedad es endémica, genera discapacidad y muerte, por lo tanto sus resultados servirán para mejorar las estrategias de adherencia de estos pacientes y mejorar su calidad de vida.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes internacionales

Sánchez Cuervo, M. (Madrid-2010), en el estudio “Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias”, refiere que la simplificación de los tratamientos antirretrovirales mediante pautas de administración única diaria mejora, pero no proporciona una adherencia perfecta, ya que la misma está también relacionada con otros factores, como el número de comprimidos diarios o las prácticas de riesgo para la infección por VIH. Los resultados de esta Tesis confirman el beneficio de las estrategias de simplificación en la mejora de la adherencia al TAR en la práctica asistencial, al mismo tiempo que ponen de manifiesto la importancia de otros determinantes individuales del paciente. Se evidencia que, aunque los tratamientos de administración QD son ya una realidad para numerosos pacientes, no constituyen una “panacea” en la optimización de la adherencia al tratamiento, porque, en muchos casos, todavía están constituidos por un elevado número de comprimidos, lo que anula el beneficio de la administración QD.

Chamorro, M.A. (España-2008), en su tesis doctoral “Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular”, refiere que el seguimiento Farmcoterapeutico de pacientes, utilizando el método Dader, en comparación con la atención habitual en las farmacias comunitarias (mejorada con educación sanitaria oral y escrita sobre RCV), también causa un aumento estadísticamente

significativo en la adherencia media cuantitativa según el test de Morisky-Green-Levine. Por tanto la intervención farmacéutica mediante seguimiento Farmcoterapeutico.

Castaño Castrillón, J.J.; Echeverri Rubio, C.; Giraldo Cardona. J.F., Maldonado Mora, A.; Melo Parra, J. et.al. (Colombia-2011), en el estudio “Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ese, Manizales”, consideran que la población en estudio presenta bajos niveles de adherencia asociada a baja educación, bajos conocimientos de la patología, bajo apoyo social, se hace necesario una intervención efectiva de ASSBASALUD ESE, a través de su personal de salud.

Escobar Tobar, C. (Chile-2011), en el estudio “Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida”, informa que para mejorar la adherencia de los pacientes, es necesario diseñar intervenciones dirigidas a cada tipo de pacientes. Lo que es muy relevante dado que la Organización Mundial de la Salud (2004), ha dicho que aumentar la efectividad de las intervenciones sobre la adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos. Para el diseño de las intervenciones, los equipos médicos podrían considerar el sentido particular de cumplir o no cumplir con dichas indicaciones. El sentido particular de un paciente tendrá relación con sus rasgos de personalidad, sus recursos personales, motivaciones y el estilo de relación que se establece con el equipo médico.

Soria Trujano, R.; Ávila López, D.; Vega Valero, Z.; Nava Quiroz, c. (México - 2012), en el estudio “Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas”, manifiestan que este estudio no encontró relación entre el estrés del sujeto que brindaba asistencia al enfermo crónico y la adherencia de éste, lo que pudo deberse a factores que tendrán que analizarse en investigaciones posteriores. Estos factores están relacionados con el tipo de enfermedad del paciente y su grado de dependencia hacia la persona cuidadora; su edad, ya que los jóvenes pueden requerir menos ayuda para el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas; tipo de tratamiento, y las habilidades de afrontamiento del enfermo. Así, un paciente crónico con mejores recursos

conductuales y psicológicos podrá adherirse muy bien a las prescripciones médicas, a pesar de que la persona que lo atiende se vea afectada por el estrés.

Durán González, R., Magris C.; Vivas Martínez, S. & Metzger, W. (Venezuela-2014), en el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y de una muestra reducida de pacientes relacionados con la adherencia al tratamiento antimalárico, Municipio Atures, Estado Amazonas”, informan que, los factores relacionados con el sistema de salud que determinan una adherencia positiva a los antimaláricos tienen que ver directamente con prácticas como la supervisión del tratamiento, la prescripción en idioma materno y separación de las dosis diarias, así como también con la relativa accesibilidad geográfica con la que cuentan las comunidades del municipio Atures a la red de puntos de diagnóstico y de tratamiento antimalárico. La supervisión del tratamiento antimalárico es identificada como la estrategia central del PCM para asegurar la adherencia y evitar el desarrollo de resistencia a la droga, así como también está implícita la disminución de las recaídas, recrudescencias y complicación del episodio malárico.

Los factores que determinan una adherencia negativa a los antimaláricos están asociados con fallas del personal de salud en relación al diagnóstico, registro y seguimiento de los casos y suministro del tratamiento, la deficiente supervisión del personal del programa y la insuficiencia de recursos y de personal, más que con las prácticas y actitudes de los pacientes. Los problemas de adherencia no parecen estar asociados con las representaciones culturales que tienen de la malaria los pacientes entrevistados.

Núñez Montenegro, A. (Malaga-2014), en el estudio “Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedicados mayores de 65 años” informa que la adherencia al tratamiento observada en el presente estudio fue del 54,8%. No hemos encontrado diferencias en la adherencia al tratamiento farmacológico en relación con el porcentaje de prescripción por principio activo en nuestros pacientes. Mejoran la adherencia los pacientes que: conocen el genérico y los identifica con la patología para la que está prescrito. Por el contrario dificultan la adherencia: la presencia de genéricos de distintas marcas, los pacientes que viven “solo”, en la

costa y que tiene riesgo de ansiedad. Tres cuartas partes (73,6%) de los pacientes recibió una prescripción inapropiada de fármacos según los criterios STOPP/START.

Creús Baró, N. (Barcelona-2014), en el estudio “Evaluación de los errores de medicación notificados antes y después de la implantación de un sistema informatizado de prescripción/ validación/ preparación/ administración en oncohematología. Impacto sobre la calidad del proceso asistencial y seguridad de los pacientes”, informa que la implantación del sistema de PE comportó un aumento tanto de la prescripción del tratamiento antiemético profiláctico asociado a la quimioterapia (del 82 al 97% para la profilaxis de la emesis aguda y del 20 al 98% para la emesis retardada) como de la adherencia de dicho tratamiento a las guías clínicas.

USAID (2009), “Informe Técnico: Análisis de las prácticas de prescripción, dispensación y adherencia al tratamiento antimalárico en los países que comparten la Cuenca del Amazonas”, informan que se consideró que una prescripción era “correcta” cuando incluye un registro completo del nombre del medicamento, dosis y frecuencia de tomas, presentación del fármaco, el número de tabletas indicadas y duración adecuada del tratamiento y corresponde con el esquema de tratamiento estandarizado aprobado para el país. De acuerdo a estos criterios se encontró que el 33,3% de las prescripciones analizadas en los establecimientos de Loreto fueron “correctas”. La prescripción correcta de tratamiento antimalárico fue mayor en pacientes diagnosticados con *P. falciparum* (48,4%) que los pacientes con *P. vivax* (30%). También se analizó la eficacia de la prescripción, que se definió como la presencia inclusiva y completa de los siguientes atributos, indicados por el prescriptor: (a) descripción de los medicamentos prescritos de manera correcta para el paciente, (b) número de tabletas indicadas, (c) frecuencia de dosificación indicada al paciente, (d) días de tratamiento y (e) vía de administración. De acuerdo a estos criterios se encontró que la eficacia de la prescripción alcanzó un 57,4 %.

Antecedentes nacionales

Cavero Ramírez, R.; Rivas Muro, J. (Chiclayo-2013), en el estudio “Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011”, manifiesta -La frecuencia de buena calidad de vida física y mental es elevada en esta población - La frecuencia de adherencia estricta al TARGA es baja: 30 %, predominando la adherencia adecuada con 37.5% - En éstos pacientes, existe una asociación entre adherencia al TARGA y calidad de vida.

Ramos Saira, R. (Lima-2012), en el estudio “Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Lima 2012”, refiere que se evidenció una diferencia significativa ($p < 0.001$) en la adherencia al tratamiento entre los pacientes que acudieron a las charlas educativas sobre diabetes (51.6 por ciento) frente al grupo de pacientes que no acudieron a las charlas educativas sobre diabetes (13.3 por ciento). Se halló diferencia significativa ($p < 0.001$) en el control metabólico de la Diabetes Mellitus tipo 2 entre el grupo que recibe educación en Diabetes los que no...(AU)

Carhuallanqui, R.; Diestra-Cabrera, G.; Tang-Herrera, J. y Málaga, G. (Lima-2010), en el estudio “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general”, manifiestan que en nuestro estudio encontramos asociación entre adherencia y el estado civil (viudo) lo cual difiere de otros estudios latinoamericanos donde se encontró asociación entre adherencia y edad, sexo, escolaridad, actividad física, el vivir acompañado, gravedad de la hipertensión, asistencia regular a consultas y el costo de la medicación . No tenemos una explicación clara para este hallazgo, creemos que puede tratarse de un resultado producto del azar, pero podría ser tomado en cuenta como variable a explorar en estudios posteriores. Un hecho adicional que debe ser remarcado es la no asociación entre las variables estudiadas y adherencia, lo que sugiere que las medidas que deban ser adoptadas deben ser aplicadas a la población en general portadora de enfermedades crónicas e hipertensión arterial en particular. Se encontró relación estadística entre la adherencia y el control de la presión arterial, lo cual muestra la importancia de la adherencia al tratamiento.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Prescripción

La prescripción es el acto de recetar, es decir la acción y el efecto de ordenar la dispensación de un medicamento con indicaciones precisas para su uso, lo cual es el resultado de un proceso lógico -deductivo mediante el cual el prescriptor, concluye con la orientación diagnóstica y toma una decisión terapéutica.

El uso correcto de los medicamentos se ha convertido en los últimos años, en uno de los temas más debatidos y a la vez interesantes en el campo de la salud, constituyéndose en un aspecto relevante de salud pública.

El empleo indebido de los medicamentos tiene grandes repercusiones en la persona y en la sociedad, con consecuencias en su salud y economía.

Por su complejidad, requiere la implementación de estrategias que trascienden el ámbito sanitario y comprometen a muchos otros sectores, como educación, economía, industria, comercio, comunidad y comunicación social. (19)

Los cambios políticos y económicos imperantes durante las últimas décadas en todo el mundo, tienen una gran repercusión en el sector salud y concretamente, en el acceso y uso de los medicamentos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1985, definió que «el uso racional de medicamentos requiere que los pacientes reciban las medicaciones apropiadas a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un período adecuado de tiempo y al costo más bajo para ellos y para su comunidad». Esta definición establece un marco formal de actuación; cada norma y cada práctica pueden ser contrastadas con ese marco general y es posible mostrar las consecuencias del incumplimiento de su contenido.

En el concepto de uso racional de medicamentos, debemos considerar varios factores que determinan dicha condición, como son la selección, la administración, la dispensación, la prescripción y el uso del medicamento por el

paciente. Múltiples son los factores a considerar en la búsqueda de la racionalidad en el uso de los medicamentos, siendo uno de ellos la prescripción. El logro de los beneficios del uso de medicamentos es la prevención y tratamiento de las enfermedades y depende en gran medida de que ellos sean correctamente prescritos.

En la práctica de la medicina clínica, la mayoría de atenciones culmina en la prescripción de un medicamento, la que demanda sea la más adecuada a las necesidades del paciente.

Los problemas en los hábitos de prescripción se evidencian en el mundo con distintas características, pero las consecuencias son mayores en los países que, como el nuestro, cuentan con barreras culturales, precarias condiciones socioeconómicas y deficiente cobertura de salud.

Por ello, es necesario identificar los problemas de nuestra realidad y buscar soluciones concertadas que nos conduzcan a la racionalidad en el ejercicio de un acto que reviste complejidad e implicancias en la salud pública.

Realizar una prescripción de calidad requiere la adecuación de los diversos factores que modulan la selección y el uso de los medicamentos, los que suponen una influencia directa sobre la actitud y la eficiencia en el uso de la terapia farmacológica. (20)

La capacitación adecuada y continua de los profesionales de la salud que prescriben, facilitarles el acceso a información objetiva respecto a los medicamentos, su participación en actividades de farmacovigilancia, la educación sanitaria de la población, y la ejecución de estudios de utilización de medicamentos son, entre otras, actividades necesarias y complementarias que contribuyen al desarrollo de una conciencia colectiva entre los prescriptores, sobre la importancia de realizar una prescripción de calidad.

A. Redacción de la prescripción

Los medicamentos deben prescribirse utilizando el nombre genérico establecido en el Listado Oficial vigente, de acuerdo a su nivel de uso y regulación de prescripción. La receta debe contener:

) Lugar y Fecha de la prescripción v Nombre completo del paciente

-) Edad v Sexo
-) Número de Registro o Expediente Clínico
-) Nombre genérico del medicamento
-) Concentración del medicamento
-) Forma farmacéutica del medicamento
-) Vía de administración
-) Dosis
-) Cantidad prescrita en número y letras
-) Firma original del prescriptor
-) Sello con el nombre del prescriptor y el número de la Junta de Vigilancia.
-) Sello del servicio o del establecimiento de salud
-) Cuando el paciente se encuentre hospitalizado debe anotarse en la receta el nombre del servicio y número de cama
-) Información que el prescriptor estime conveniente dirigida al Farmacéutico o encargado de farmacia.

La receta debe elaborarse con letra clara y legible, escrita con tinta color negro o azul, sin borrones, abreviaturas y enmendaduras

SEGUIMIENTO DE LA PRESCRIPCION

-) El prescriptor debe hacer una monitorización activa, mediante controles periódicos establecidos, de acuerdo a la enfermedad y a las condiciones particulares del paciente.
-) Si no se evidencia mejoría en el paciente deben evaluarse: el diagnóstico, objetivo terapéutico, la prescripción realizada, cumplimiento del tratamiento o posible falla terapéutica del medicamento. Si se sospecha falla terapéutica el prescriptor debe notificarlo por medio de la hoja blanca de notificación de sospecha de falla terapéutica reporte respectivo, siguiendo el proceso establecido por el Sistema de Farmacovigilancia del MSPAS.
-) Si se sospecha de reacciones adversas, a medicamentos se debe evaluar la severidad y de acuerdo a la magnitud, decidir la conveniencia de continuar, modificar o suspender el tratamiento.

Para reducir los errores de medicación es necesario establecer un equipo multidisciplinario y otorgarle tiempo y medios adecuados para ocuparse de lograr la seguridad en el proceso del uso de medicación y realizar a nivel del sistema los cambios que hagan difícil o imposible, para el personal, que el error llegue al paciente. Como mínimo este equipo debe estar formado por médicos, farmacéuticos y personal de enfermería con conocimiento adecuado del proceso de uso de medicamentos, coordinados por profesionales que manejen los conceptos de riesgo y calidad para tratar las cuestiones que surgen día a día y permitan la toma de decisiones ayudando a introducir iniciativas seguras dentro del sistema.

B. Leishmaniasis

La Leishmaniosis es una enfermedad polimorfa causada por protozoarios pertenecientes al especies del género *Leishmania*, y transmitida por una lutzomia infectada.(21)

La *Leishmania* es dimórfico, pertenece al reino Protista, subreino Protozoa, orden Kinetoplastida y a la familia Trypanosomatidae. Se presentan bajo dos formas: como promastigota, que es móvil, larga y flagelada, comúnmente encontrada en el vector invertebrado; y como amastigota, la cual es inmóvil, redondeada u ovoide, intracelular, dentro de los macrófagos y otras células del sistema reticuloendotelial del huésped vertebrado.

En el Perú se han identificado cinco especies de *leishmania*: *L. peruviana*, *L. lainsoni*, *L. amazonensis*, *L. guyanensis* y *L. brasiliensis*, identificándose a los tres últimos como causantes de la forma mucocutánea de la enfermedad.

La Leishmaniosis es transmitida por la picadura de lutzomias, pequeñas moscas antropofílicas, llamadas en algunas regiones “titira” o “manta blanca”. Abundan todo el año en las zonas tropicales y en el verano en las zonas templadas. En el Perú se han atribuido como vectores de la *leishmania* a la *Lutzomyia peruensis*, *L. ayacuchensis*, *L. verrucarum*, *L. noguchii* y *L. Cayennensis*, *L. Tejadai*. de los cuales se ha logrado aislar *Leishmania peruviana*. La *L. pescei* se correlaciona geográficamente con algunas áreas de leishmaniosis.

Existe una gran variedad de animales silvestres y domésticos que han sido implicados como reservorios de las especies de Leishmania, sin que hasta el presente se haya demostrado consistentemente cual o cuales son los reservorios.

Formas clínicas.-

Leishmaniasis visceral (también conocida como kala azar): es mortal si no se trata. Se caracteriza por episodios irregulares de fiebre, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y anemia. Es altamente endémica en el subcontinente indio y África oriental. Se estima que cada año se producen en el mundo entre 200 000 y 400 000 nuevos casos de leishmaniasis visceral, más del 90% de ellos en seis países: Bangladesh, Brasil, Etiopía, India, Sudán y Sudán del Sur.

Leishmaniasis cutánea (LC): Es la forma más frecuente de leishmaniasis, y produce en las zonas expuestas del cuerpo lesiones cutáneas, sobre todo ulcerosas, que dejan cicatrices de por vida y son causa de discapacidad grave. Aproximadamente un 95% de los casos de leishmaniasis cutánea se producen en las Américas, la cuenca del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia Central. Más de dos terceras partes de los casos nuevos aparecen en seis países: Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, República Islámica del Irán y República Árabe Siria. Se calcula que cada año se producen en el mundo entre 0,7 y 1,3 millones de casos nuevos.

Leishmaniasis mucocutánea: conduce a la destrucción parcial o completa de las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta. Aproximadamente un 90% de los casos de leishmaniasis mucocutánea se producen en el Brasil, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú.

En nuestro país, se tienen cinco especies reportadas hasta la actualidad (Figura 02). En la región amazónica, tres especies han sido reconocidas como agentes de la leishmaniasis cutánea y mucocutánea conocida como leishmaniasis selvática o espundia: L. (L.) amazonensis, L. (V.) guyanensis y L. (V.) braziliensis, siendo esta última la de mayor importancia en la zona. En 1994 se reportó la presencia de L. (V.) lainsoni en seis pacientes procedentes de

:Ayacucho (Canaire), Pasco (Sogorno-Oxapampa), de San Martín (Tocache) y de Huanuco (Tingo María), encontrándose todas estas áreas al este de los Andes entre 600 a 2000 msnm [40].

La leishmaniasis cutánea andina (Uta) es causada por la L. (V.) peruviana siendo endémica en el Perú en áreas entre 800 a 3000 msnm, inclusive se ha reportado su presencia hasta los 600 msnm. La incidencia también varía con la latitud, presentándose hasta los 13° de latitud sur. Esta sub especie no es transmitida en la zona amazónica.

2.6.2 Adherencia

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza.

La adherencia se refiere a cuánto usted cumple con el régimen terapéutico prescrito. También se conoce como observancia o cumplimiento terapéutico. Incluye su buena disposición para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal como se los recetaron.

El cumplimiento del tratamiento farmacológico se refiere a la medida en que un paciente cumple con las recomendaciones médicas sobre un tratamiento respecto del momento, la dosis y la frecuencia en el día a día.

La OMS define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (24)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce dos categorías de incumplimiento: evitables (olvido, mala interpretación) y no evitables (eventos adversos graves).

Con frecuencia, los pacientes no cumplen con los tratamientos farmacológicos esenciales. Esto conlleva resultados clínicos adversos, aumentos en los costos de la atención y consecuencias perjudiciales para la productividad y la salud pública.

La incapacidad de identificar y remediar el incumplimiento resulta comúnmente en terapias farmacológicas con dosis mayores de medicamentos. Esto trae

aumentos en el costo de los tratamientos, en el riesgo de eventos adversos, en los diagnósticos equivocados y, en casos extremos, en tratamientos innecesarios, agravamiento de la enfermedad y mortalidad.

Un informe de la OMS afirmó que la magnitud del incumplimiento y sus consecuencias son tan alarmantes que mejorar el cumplimiento de los tratamientos existentes traería mayores beneficios mundiales que el desarrollo de nuevos tratamientos médicos.

Las intervenciones para mejorar el cumplimiento son más eficaces para tratamientos de corto término que para los de largo plazo de las enfermedades crónicas. Casi todas las intervenciones que se demostraron eficaces (mediante ensayos clínicos aleatorizados) para tratamientos a largo plazo fueron complejas e incluyeron combinaciones de cuidados más convenientes, información, recordatorios, autoevaluaciones, orientación, terapia familiar, terapia psicológica, seguimiento telefónico, etcétera.

La falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores. La importancia y el horizonte temporal en que se desarrollarán dichas consecuencias dependerán fundamentalmente del tipo de fármaco prescrito y de la enfermedad para la que esté destinado su uso.

Existe una asociación clara y directa entre la falta de cumplimiento y la obtención de peores resultados en salud. La diferencia entre eficacia y efectividad de los tratamientos se hace todavía más patente en presencia de situaciones de IT. La consecución de niveles aceptables de cumplimiento ayuda a conocer los beneficios reales de los fármacos y evita la aparición de incertidumbre sobre su efectividad.

El impacto clínico de la falta de adherencia depende de la interrelación entre tres factores: el tipo de incumplimiento, la enfermedad tratada y las propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento(10). En cuanto al tipo

de IT se pueden presentar dos situaciones: que no se llegue a iniciar el tratamiento, con lo que las consecuencias clínicas que se podrán observar serían similares a las que aparecerían al seguir la enfermedad su curso natural, o que se interrumpa una vez iniciado, en cuyo caso las consecuencias dependerán fundamentalmente de la afección (gravedad, cronicidad, curso sintomático o no y pronóstico) y del fármaco, cuyas propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas determinarán el grado de cobertura y de mantenimiento del efecto terapéutico.

La evaluación de las consecuencias económicas del IT se encuentra obstaculizada por problemas de tipo metodológico: la dificultad de establecer un consenso sobre su definición y valoración, y el diseño del estudio que evalúe el impacto económico, la identificación, medición y valoración de los costes y resultados relacionados con el IT, así como el problema en la interpretación de este valor en el seno de estudios controlados (25). La deficiencia en el cumplimiento de los objetivos de salud trazados repercute, en la gran mayoría de las situaciones, en un aumento de los costes. Éstos se generan debido al aumento de hospitalizaciones y visitas a los centros ambulatorios y de urgencias, aumentos de dosis o cambios en la prescripción o aumento o realización de pruebas diagnósticas más invasivas¹⁰. En Estados Unidos se ha estimado un coste de 100 billones de dólares al año derivado de la toma incorrecta de la medicación. De este coste, 25 billones correspondían a ingresos hospitalarios y 70 billones, a pérdida de productividad y muerte prematura (26). Los costes aumentan como consecuencia de los niveles altos de mortalidad y morbilidad que origina el IT. Esto ocurre por ejemplo en el caso de la esquizofrenia, en la que el IT reduce la efectividad de los tratamientos y causa un efecto directo en los costes debido a un aumento de las recaídas y rehospitalizaciones. Éstas constituyen el principal coste asociado a la enfermedad, por lo que el cumplimiento terapéutico en la esquizofrenia es clave para el control de sus costes derivados.(27)

El incumplimiento de las pautas terapéuticas produce una carga económica que debe reflejarse en las evaluaciones farmacoeconómicas. Sin embargo,

raramente aparece recogido este concepto. La incorporación de la medida del incumplimiento en las evaluaciones económicas es relativamente reciente. Una revisión de la literatura (2001) recogió los estudios farmacoeconómicos que aplicaron análisis de sensibilidad a las tasas de cumplimiento, con el fin de analizar el impacto del incumplimiento en el coste-efectividad de diferentes tratamientos farmacológicos¹⁴. Debido a las diferencias existentes en la naturaleza de los resultados entre los distintos tratamientos, las medidas del incumplimiento y el horizonte temporal de los estudios analizados, fue imposible comparar la magnitud del impacto del incumplimiento entre las diferentes combinaciones de fármaco-enfermedad disponibles. De los estudios analizados se extrae la conclusión de que, si bien el impacto del incumplimiento en la eficacia es indiscutible y evidente, la repercusión en los costes varía considerablemente.

Causas de incumplimiento

Existen varios factores que pueden desembocar en un problema de adherencia, y la mayoría de ellos están estrechamente relacionados. A continuación se revisan los principales.

Razones relacionadas con el paciente

La edad, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, así como su personalidad, condicionan el resultado del tratamiento. Algunos pacientes no cumplen el tratamiento debido a la creencia de que no han sido tratados correctamente o de que el medicamento no es efectivo, o también por comprender con dificultad las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento. Otras veces la causa es un simple olvido o dificultades a la hora de conseguir la medicación. La depresión o la existencia de trastornos cognitivos como el Alzheimer también son de las principales razones para el incumplimiento. Por último, es necesario destacar la especial relevancia de este problema en dos poblaciones especiales: ancianos y niños, en los que aspectos como la seguridad o la simplificación de los regímenes terapéuticos son clave (28)

Razones relacionadas con el fármaco

Efectos adversos: la interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de incumplimiento. Éstos pueden ser la causa del abandono de la pauta terapéutica o pueden aparecer también como consecuencia de la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas sobre las pautas de dosificación.

Características del principio activo: farmacodinamia, farmacocinética, forma farmacéutica y características organolépticas. Es frecuente que el paciente abandone el tratamiento si no observa un resultado beneficioso derivado de su utilización a corto plazo. En trastornos como la depresión, en la que se comienza a observar los beneficios tras un periodo más o menos prolongado después de tomar la medicación, se ha observado que sólo de un 25 a un 50% de los pacientes siguen las recomendaciones de las guías clínicas en cuanto a la duración apropiada del tratamiento. Un factor importante que conduce al incumplimiento es la complejidad del régimen terapéutico del paciente, que produce asimismo un aumento de la probabilidad de error en la toma de la medicación. Por ello, la simplificación del tratamiento aumenta la adherencia del paciente a la terapia y de este modo la probabilidad de resultados positivos.

Coste: el incremento en el precio de los fármacos, así como el aumento del copago de los medicamentos financiados públicamente, origina un incremento en el gasto en medicamentos para el paciente y, por lo tanto, puede constituir una barrera para el cumplimiento del régimen terapéutico (29).

Razones relacionadas con la enfermedad

En general las enfermedades crónicas (30) como la diabetes o la hipertensión arterial son las que presentan mayores índices de incumplimiento con respecto a las enfermedades aguda. El problema del IT cobra una especial relevancia en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, debido al problema de la aparición de resistencias, que pueden convertirse en un problema de salud

pública. Por ejemplo, el incumplimiento con la terapia antirretroviral en el tratamiento del sida puede conducir a la aparición de resistencias originadas por una mutación del virus, lo que origina un problema de salud pública si otros pacientes se infectan.

Razones relacionadas con el profesional sanitario

La falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. En algunos casos, sobre todo en enfermedades crónicas, es necesario monitorizar periódicamente al paciente para garantizar el éxito del tratamiento.

De todos los factores anteriormente mencionados, algunos de ellos han sido identificados como clave y predictores de una baja adherencia a la medicación. Éstos son: falta de conocimiento de la enfermedad, del régimen terapéutico y de las consecuencias del incumplimiento por parte del paciente; falta de una relación adecuada entre el paciente y el médico, complejidad y larga duración del tratamiento, enfermedad asintomática, inadecuado seguimiento o falta de un plan elaborado sobre el abandono de la medicación; presencia de efectos adversos, coste de la medicación y/o copago, no acudir a las citas médicas, presencia de problemas psicológicos como depresión o ansiedad, creencias y percepciones del paciente sobre la medicación y presencia de dificultades cognitivas (31)

Estrategias para promover el cumplimiento terapéutico (tabla 1)

La literatura médica recoge un amplio número de artículos de investigación sobre las diferentes estrategias diseñadas para mejorar la adherencia a la medicación prescrita. En los últimos años estos estudios han sido objeto de varias revisiones sistemáticas, cada una de las cuales ha utilizado diferentes clasificaciones de dichas estrategias. De manera general, se pueden agrupar en las siguientes categorías (fig. 2):



Fuente: Dilla.et.al Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Volume 41, Issue 6, June 2009, Pages 342–348

Técnicas: normalmente dirigidas a simplificar el régimen de prescripción reduciendo el número de dosis diarias con la utilización de formulaciones de liberación controlada o reduciendo el número de fármacos diferentes utilizando, por ejemplo, fármacos en combinación a dosis fijas.

Conductuales: las más comunes proveen al paciente de recordatorios o ayudas de memoria (a través de llamadas telefónicas, mensajes postales o correo electrónico), de sistemas de dosificación con alarmas que recuerdan la hora de la toma o de organizadores de medicación. Otra clase de intervención consiste en monitorizar la toma de medicación por medio de calendarios de cumplimiento donde se anota que se ha tomado la medicación, ofrecer recompensas en caso de cumplimiento terapéutico, etc.

Educativas: aproximaciones didácticas orientadas a que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la medicación a través del aumento de conocimiento sobre su enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia a éste.

De apoyo social y familiar: las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo mejorar la adherencia a través de un buen soporte social (p. ej., programas de ayuda domiciliaria, concesión de ayudas para el pago de la medicación, prescripción de medicamentos con mejor relación coste-beneficio, etc.), y la implicación de la familia o los amigos en el control de la enfermedad y de la medicación.

Dirigidas al profesional sanitario, la administración y la industria farmacéutica: tienen como objetivo ayudar a médicos, enfermeras o farmacéuticos a mejorar la adherencia del paciente a través de programas educativos sobre técnicas de comunicación y enseñanza o estrategias conductuales normalmente basadas en recordar al médico la necesidad de abordar medidas preventivas con sus pacientes. En lo que respecta a la industria, las intervenciones deben ir dirigidas a la investigación y el desarrollo de formulaciones alternativas que permitan simplificar la posología o facilitar la administración de medicamentos.

Combinadas: realizan varias intervenciones de forma paralela.

Tabla 1.-Relación entre causas del incumplimiento terapéutico y las principales estrategias dirigidas a mejorar la adherencia

Causas del incumplimiento	Estrategias dirigidas a mejorar la adherencia				
	Técnicas	Conductuales	Educativas	Apoyo social	Dirigidas a profesionales, administración e industria
Factores relacionados con el paciente					
Características sociodemográficas				●	
Escaso conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y/o las consecuencias del incumplimiento			●		
Desconfianza en la elección o la efectividad del tratamiento			●		
Incomprensión u olvido de las instrucciones recibidas			●		●
Olvido o falta de motivación		●		●	
Barreras de acceso					●
Factores relacionados con el tratamiento			●	●	
Efectos secundarios					
Características de la medicación (farmacocinética, farmacodinámica, características organolépticas, formas farmacéuticas, etc.)	●				●
Complejidad del régimen (politerapia, pauta posológica compleja, duración del tratamiento, etc.)	●	●			●
Coste/copago de la medicación				●	●
Factores relacionados con la enfermedad					
Enfermedad crónica	●	●	●	●	●
Enfermedad aguda		●	●		
Enfermedades poco sintomáticas		●	●		
Factores relacionados con el profesional sanitario					
Forma de comunicación y contenido de la información					●
Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario					●

Fuente: Dilla.et.al Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Volume 41, Issue 6, June 2009, Pages 342–348

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Prescripción de medicamentos para leishmaniasis: Medicamentos para leishmaniasis prescritos y están registrados en la receta médica.

Adherencia al tratamiento: La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido.

El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. (OMS-2003)

La leishmaniasis (o leishmaniosis) es un conjunto de enfermedades zoonóticas y antroponóticas causadas por protozoos del género *Leishmania*. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad van desde úlceras cutáneas que cicatrizan espontáneamente, hasta formas fatales en las cuales se presenta inflamación grave del hígado y del bazo. La enfermedad es una zoonosis que afecta tanto a perros como a humanos. Sin embargo, animales silvestres como liebres, zarigüeyas, coatíes y jurumíes, entre otros, son portadores asintomáticos del parásito, por lo que se les considera animales reservorios.

CAPITULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

➤ 3.1.1.HIPÓTESIS GENERAL:

La prescripción de medicamentos para leishmaniasis se relaciona en forma favorable con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre de Dios -2015

➤ 3.1.2.HIPÓTESIS SECUNDARIAS:

1. Existiría relación entre la disponibilidad de medicamentos con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre de Dios -2015.

2. Existiría relación entre la actualización de guías terapéuticas con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre de Dios -2015.

3. Existiría relación entre la estandarización de las prácticas de prescripción con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre de Dios -2015.

3.2 VARIABLES

- Variable independiente: Prescripción de medicamentos
- Variable dependiente: Adherencia al tratamiento de leishmania

3.2.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Prescripción de medicamentos para leishmaniasis

Definición conceptual	Definición operacional	indicadores	Tipo y naturaleza	Instrumento
Medicamentos para leishmaniasis prescritos y están registrados en la receta médica.	Evaluar la prescripción de los medicamentos para el tratamiento de la Leishmania.	1. Disponibilidad de medicamentos en el C.S. Jorge Chávez	Cualitativa, nominal	Cuestionario
		2. actualización de guías terapéuticas	Cualitativa, nominal	Cuestionario
		3. Estandarización de las prácticas de prescripción	Cualitativa, nominal	Cuestionario

VARIABLE DEPENDIENTE

Adherencia al tratamiento

Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo y naturaleza	Instrumento
El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. (OMS-2003)	Medir el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos.	1. factores socioeconómicos	Cualitativa, nominal	cuestionario
		2. factores relacionados con el proveedor sistema y equipo de salud	Cualitativa, nominal	Cuestionario
		3. factores relacionados con la terapia	Cualitativa, nominal	Cuestionario
		4. factores relacionados con el paciente	Cualitativa, nominal	Cuestionario

CAPITULO IV:

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

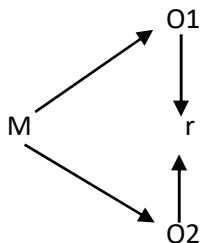
4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es correlacional, puesto que está orientada a saber cómo se comporta un fenómeno o variable conociendo el comportamiento de otra variable relacionada; es decir, intenta predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tiene en la variable o variables relacionadas.

4.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un diseño Descriptivo, Correlacional y de corte Transversal



Dónde:

M = muestra

O1 = observación de la variable 1

O2 = observación de la variable 2

r = correlación entre dichas variables

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1 POBLACIÓN

Se trabajó con una población de 20 usuarios, que reciben el tratamiento antileshmaniasico en del C.S. Jorge Chávez de Madre de Dios

4.2.2 MUESTRA

La muestra fue compuesta por una selección intencionada de 20 pacientes.

Muestreo: no probabilístico de carácter intencionado.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1 TÉCNICAS

Para la recolección de datos se utilizará la técnica de la encuesta

4.3.2 INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos se utilizará la técnica de la encuesta y el instrumento fue un cuestionario de elaboración propia.

ASPECTOS ÉTICOS.

Como en cualquier trabajo profesional, se ha seguido los lineamientos éticos básicos de objetividad, honestidad, respeto de los derechos de terceros, relaciones de igualdad, así como un análisis crítico para evitar cualquier riesgo y consecuencias perjudiciales. La toma de decisiones en cada etapa del proceso de investigación fue encaminada para asegurar tanto la calidad de la investigación, como la seguridad y bienestar de las personas/grupos involucrados en la presente investigación y cumplir con los reglamentos, normativas y aspectos legales pertinentes.

CAPITULO V:

PRESENTACION ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

5.1. Resultados

Tabla 1. Descriptores para el análisis de la variable prescripción de medicamentos para leishmaniasis.

CATEGORÍAS	PUNTAJE POR SUJETO	PORCENTAJE	DESCRIPCIÓN	ÍTEMS
Muy bueno.	37– 48	76% – 100%	Significa que la receta de medicamentos para el tratamiento de leishmaniasis es muy adecuado.	Del 1 – 12 Puntaje máximo 48.
Bueno.	25 – 36	51% – 75%	Significa que la receta de medicamentos para el tratamiento de leishmaniasis es adecuado.	
Regular.	13 – 24	26% – 50%	Significa que la receta de medicamentos para el tratamiento de leishmaniasis es algo adecuado.	
Pésimo.	0 – 12	0% – 25%	Significa que la receta de medicamentos para el tratamiento de leishmaniasis es inadecuado.	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Descriptores para el análisis de la dimensión disponibilidad de medicamentos en el Centro de Salud Jorge Chávez.

CATEGORÍAS	PUNTAJE POR SUJETO	PORCENTAJE	DESCRIPCIÓN	ÍTEMS
Muy bueno.	13 - 16	76% – 100%	Significa que la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis es muy adecuado.	Del 1 – 4 Puntaje máximo 16.
Bueno.	9 – 12	51% – 75%	Significa que la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis es adecuado.	
Regular.	5 – 8	26% – 50%	Significa que la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis es algo adecuado.	
Pésimo.	0 – 4	0% – 25%	Significa que la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis es inadecuado.	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Descriptores para el análisis de la dimensión actualización de guías terapéuticas.

CATEGORÍAS	PUNTAJE POR SUJETO	PORCENTAJE	DESCRIPCIÓN	ÍTEMS
Muy bueno.	7 - 8	76% – 100%	Significa que la actualización de guías terapéuticas en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis es muy adecuado.	Del 5 – 6 Puntaje máximo 8.
Bueno.	5 – 6	51% – 75%	Significa que la actualización de guías terapéuticas en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis adecuado.	
Regular.	3 – 4	26% – 50%	Significa que la actualización de guías terapéuticas en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis algo adecuado.	
Pésimo.	0 – 2	0% – 25%	Significa que la actualización de guías terapéuticas en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis es inadecuado.	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Descriptores para el análisis de la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción.

CATEGORÍAS	PUNTAJE POR SUJETO	PORCENTAJE	DESCRIPCIÓN	ÍTEMS
Muy bueno.	19 - 24	76% – 100%	Significa que la estandarización de las prácticas de receta para el tratamiento de leishmaniasis es muy adecuado.	Del 7 – 12 Puntaje máximo 24.
Bueno.	13 – 18	51% – 75%	Significa que la estandarización de las prácticas de receta para el tratamiento de leishmaniasis es adecuado.	
Regular.	7 – 12	26% – 50%	Significa que la estandarización de las prácticas de receta para el tratamiento de leishmaniasis es algo adecuado.	
Pésimo.	0 – 6	0% – 25%	Significa que la estandarización de las prácticas de receta para el tratamiento de leishmaniasis es inadecuado.	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Descriptores para el análisis de la variable adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

CATEGORÍAS	PUNTAJE POR SUJETO	PORCENTAJE	DESCRIPCIÓN	ÍTEMS
Muy bueno.	67 - 88	76% – 100%	Significa que el tratamiento de leishmaniasis en el Centro de Salud es muy adecuado.	Del 13 – 34 Puntaje máximo 280.
Bueno.	45 – 66	51% – 75%	Significa que el tratamiento de leishmaniasis en el Centro de Salud es adecuado.	
Regular.	23 – 44	26% – 50%	Significa que el tratamiento de leishmaniasis en el Centro de Salud es algo adecuado.	
Pésimo.	0 – 22	0% – 25%	Significa que el tratamiento de leishmaniasis en el Centro de Salud es inadecuado.	

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presentan los resultados generales de la encuesta aplicada para el presente estudio, los mismos que permitirán analizar mejor la información. La tabla 6 muestra los resultados de las variables y dimensiones de la investigación.

Tabla 6. Resultados generales según variables y dimensiones.

N° de Sujeto	TOTAL / DIMENSION			TOTAL prescripción de medicamentos	TOTAL Tratamiento de leishmaniasis
	Disponibilidad de medicamentos	Actualización de guías terapéuticas.	Estandarización de las prácticas de prescripción.		
1	12	3	21	36	70
2	11	3	20	34	68
3	11	3	19	33	65
4	11	3	19	33	66
5	13	3	19	35	69
6	13	3	19	35	62
7	11	3	20	34	73
8	13	6	19	38	66
9	12	5	24	41	84
10	12	5	24	41	84
11	12	3	21	36	70
12	11	3	20	34	66
13	13	6	24	43	84
14	12	5	24	41	84
15	12	5	21	38	70
16	11	3	19	33	65
17	11	3	19	33	66
18	13	3	19	35	69
19	13	3	19	35	62
20	11	3	20	34	73
Total	238	74	410	722	1416

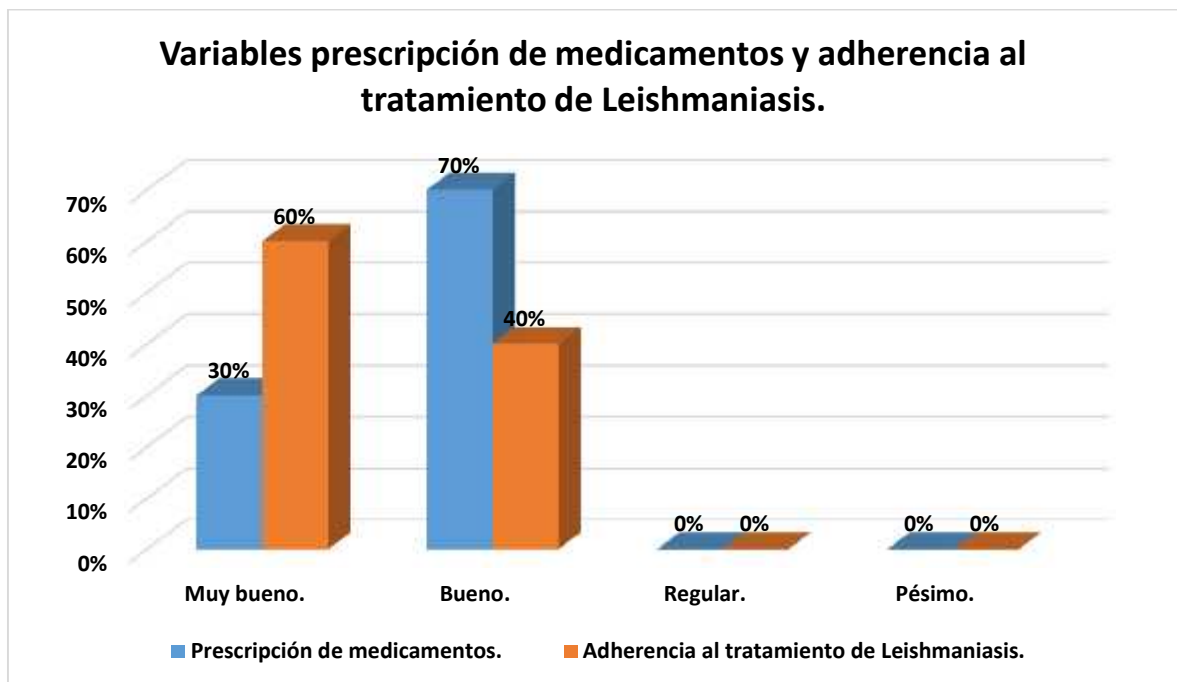
Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

Tabla 7. Resultados generales para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.		Resultados generales.			
		Prescripción de medicamentos.		Adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.	
		f(i)	h(i)	f(i)	h(i)
CATEGORÍA.	Muy bueno.	6	30%	0	0%
	Bueno.	14	70%	0	0%
	Regular.	0	0%	6	30%
	Pésimo.	0	0%	14	70%
TOTAL.		20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

Gráfico 1. Resultados generales para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.



Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

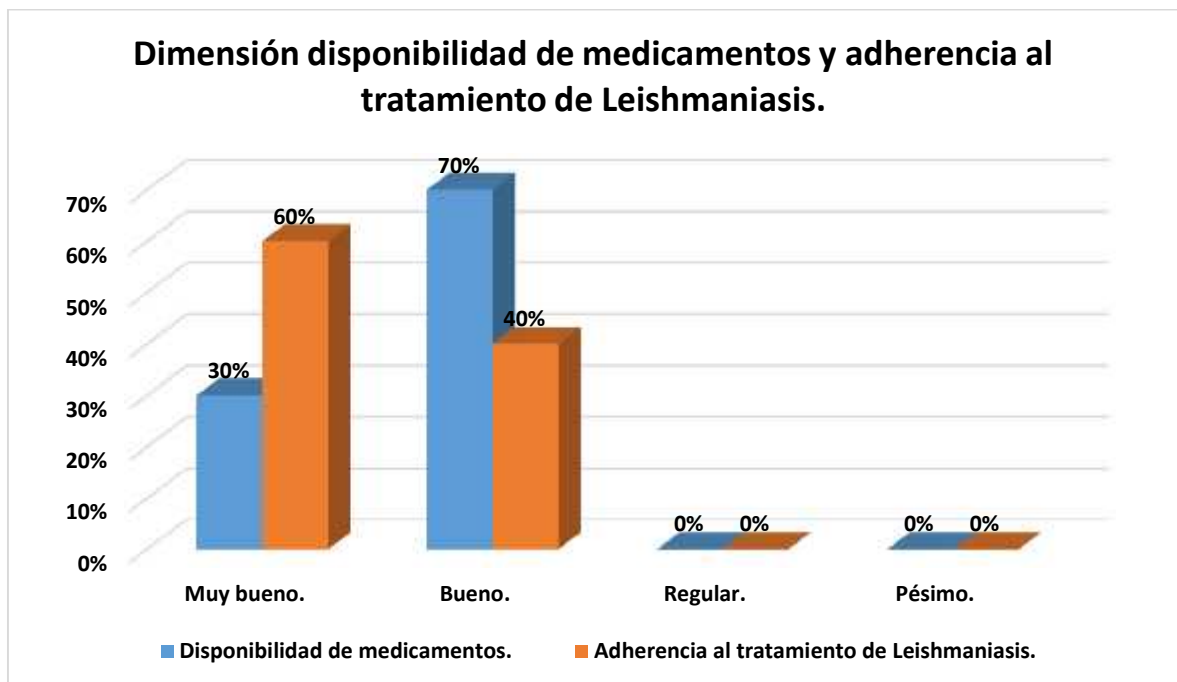
En la tabla 7 y Gráfico 1, se observa que 40% de los pacientes están en la categoría bueno en adherencia al tratamiento de Leishmaniasis, lo cual significa que el tratamiento de leishmaniasis en el Centro de Salud es adecuado, asimismo, el 60% de los pacientes están en la categoría muy bueno en adherencia al tratamiento de Leishmaniasis, lo cual significa que el tratamiento de leishmaniasis en el Centro de Salud es muy adecuado.

Tabla 8. Resultados generales para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.		Resultados generales.			
		Disponibilidad de medicamentos.		Adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.	
		f(i)	h(i)	f(i)	h(i)
CATEGORÍA.	Muy bueno.	6	30%	0	0%
	Bueno.	14	70%	0	0%
	Regular.	0	0%	6	30%
	Pésimo.	0	0%	14	70%
TOTAL.		20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

Gráfico 2. Resultados generales para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.



Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

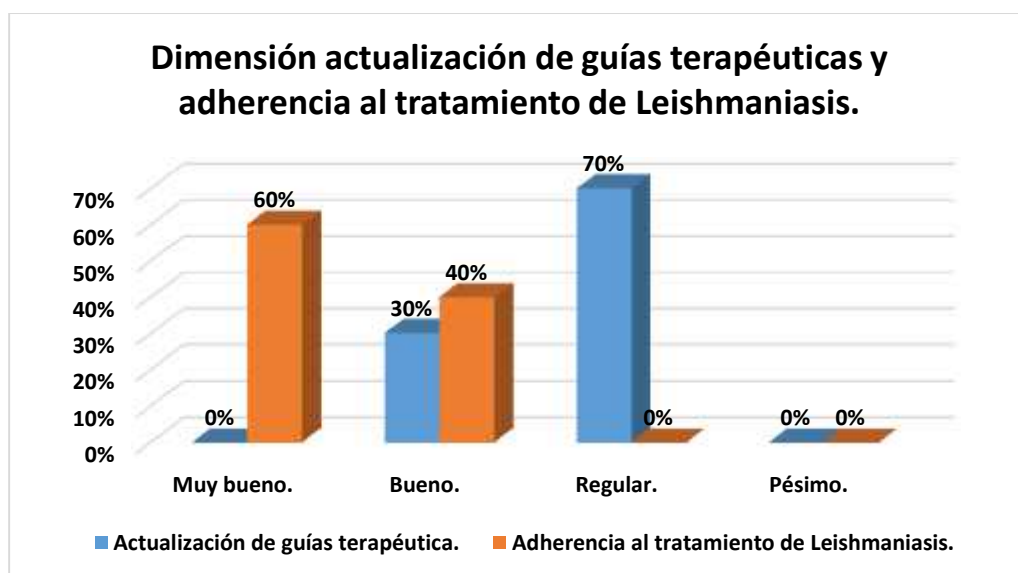
Según la tabla 8 y Gráfico 2, se observa que 70% de los pacientes están en la categoría bueno en disponibilidad de medicamentos, lo cual significa que la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis es adecuado, asimismo, el 30% de los pacientes están en la categoría muy bueno en disponibilidad de medicamentos, lo cual significa que la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis es muy adecuado.

Tabla 9. Resultados generales para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.		Resultados generales.			
		Actualización de guías terapéutica.		Adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.	
		f(i)	h(i)	f(i)	h(i)
CATEGORÍA.	Muy bueno.	0	0%	0	0%
	Bueno.	6	30%	0	0%
	Regular.	14	70%	6	30%
	Pésimo.	0	0%	14	70%
TOTAL.		20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

Gráfico 3. Resultados generales para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.



Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

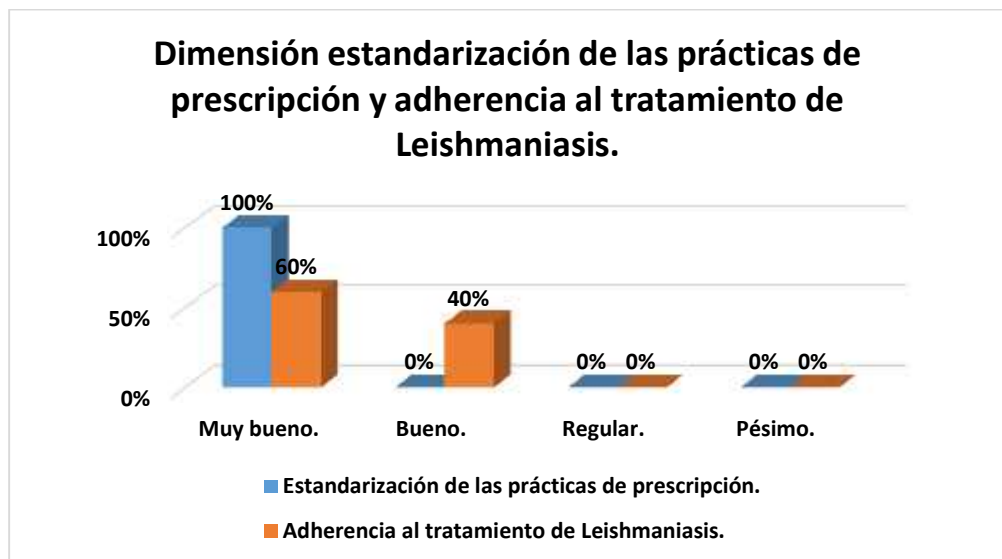
Según la tabla 9 y Gráfico 3, se observa que 70% de los pacientes están en la categoría regular en actualización de guías terapéuticas, lo cual significa que la actualización de guías terapéuticas en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis algo adecuado, asimismo, el 30% de los pacientes están en la categoría bueno en actualización de guías terapéuticas, lo cual significa que la actualización de guías terapéuticas en el centro de salud para el tratamiento de leishmaniasis adecuado.

Tabla 10. Resultados generales para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.		Resultados generales.			
		Estandarización de las prácticas de prescripción.		Adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.	
		f(i)	h(i)	f(i)	h(i)
CATEGORÍA.	Muy bueno.	20	100%	0	0%
	Bueno.	0	0%	0	0%
	Regular.	0	0%	6	30%
	Pésimo.	0	0%	14	70%
TOTAL.		20	100%	20	100%

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

Gráfico 4. Resultados generales para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.



Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

En la tabla 10 y Gráfico 4, se observa que 100% de los pacientes están en la categoría muy bueno en estandarización de las prácticas de prescripción, lo cual significa que la estandarización de las prácticas de receta para el tratamiento de leishmaniasis es muy adecuado.

3.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS.

Hipótesis estadísticas para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

H₁: p = 0:

El nivel de correlación que existe **es significativa**, entre la prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis de los pacientes.

H₀: p = 0:

El nivel de correlación que existe **no es significativa**, entre la prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis de los pacientes.

Nivel de significación:

Para esta investigación, el porcentaje de error que estoy dispuestos a correr al realizar la prueba de hipótesis es de $\alpha = 0.05$.

Estadístico de prueba:

El estadístico de prueba sigue una distribución t de Student con n-2 grados de libertad cuya ecuación es.

$$t = \frac{X_r - \mu}{\frac{s}{\sqrt{n}}} \sqrt{\frac{n-2}{1}}$$

Región Crítica:

Si $\alpha = 0.05$ la región crítica para 18 grados de libertad está dada por:

$$RC = \{t : |t| > 1.73406361\}$$

Tabla 11. Estadísticos descriptivos para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación típica	N
Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	70,80	7,388	20
Prescripción_de_medicamentos	36,10	3,144	20

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 12. Correlaciones para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Correlaciones

		Adherencia_al _tratamiento_ de_Leishmani asis	Prescripción_ de_medicame ntos
Correlación de Pearson	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmani asis	1,000	,839
	Prescripción_de_medicamentos	,839	1,000
Sig. (unilateral)	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmani asis	.	,000
	Prescripción_de_medicamentos	,000	.
N	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmani asis	20	20
	Prescripción_de_medicamentos	20	20

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 13. Resumen del modelo para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	,839 ^a	,704	,688	4,128	,704	42,881	1	18	,000

a. Variables predictoras: (Constante), Prescripción_de_medicamentos

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22)

Tabla 14. ANOVA para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	730,544	1	730,544	42,881	,000 ^b
	Residual	306,656	18	17,036		
	Total	1037,200	19			

a. Variable dependiente: Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis

b. Variables predictoras: (Constante), Prescripción_de_medicamentos

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 15. Coeficientes para las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	-,400	10,912		-,037	,971	-23,326	22,525
1 Prescripción de medicamentos	1,972	,301	,839	6,548	,000	1,340	2,605

a. Variable dependiente: Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis
 Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Decisión:

De acuerdo a la tabla 15, el valor calculado $t(c) = 6,548$ es mayor a $t(t) = 1.73406361$; cae en la región de rechazo de H_0 , aceptamos H_1 que nos indica que si existe correlación directa entre las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Conclusión:

Según la tabla 12, el coeficiente de correlación entre las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis es de 0,839; lo cual indica una correlación significativa entre las variables analizadas, con un nivel de confianza de 95%.

El coeficiente de determinación R cuadrado es de 0,704 como se muestra en la tabla 13; lo cual indica que el 70,4% de los cambios observados de la variable adherencia al tratamiento de Leishmaniasis es explicado por la variación de la variable prescripción de medicamentos.

Y, Según la tabla 15 el valor de $p = 0,000$; nos indica que con una significatividad menor que 5%; el modelo de regresión lineal entre las variables prescripción de medicamentos

y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis es adecuado, siendo la ecuación de regresión de acuerdo a la tabla 15.

Tratamiento de Leishmaniasis (y) = -0,400 + 1,792 * Prescripción de medicamentos (x).

Existe una correlación significativa entre las variables prescripción de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Hipótesis estadísticas para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

H₁: p ≠ 0:

El nivel de correlación que existe **es significativa**, entre la disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis de los pacientes.

H₀: p = 0:

El nivel de correlación que existe **no es significativa**, entre la disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis de los pacientes.

Nivel de significación:

Para esta investigación, el porcentaje de error que estoy dispuestos a correr al realizar la prueba de hipótesis es de $\alpha = 0.05$.

Estadístico de prueba:

El estadístico de prueba sigue una distribución t de Student con n-2 grados de libertad cuya ecuación es.

$$t = \frac{Xr}{\sqrt{\frac{n-2}{n-1} \frac{Z^2}{r^2}}}$$

Región Crítica:

Si $\alpha = 0.05$ la región crítica para 18 grados de libertad está dada por:

$$RC = \{t: |t| > 1.73406361\}$$

Tabla 16. Estadísticos descriptivos para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación típica	N
Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	70,80	7,388	20
Disponibilidad_de_medicamentos	8,70	1,129	20

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 17. Correlaciones para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

		Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	Disponibilidad_de_medicamentos
Correlación de Pearson	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	1,000	,649
	Disponibilidad_de_medicamentos	,649	1,000
Sig. (unilateral)	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	.	,001
	Disponibilidad_de_medicamentos	,001	.
N	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	20	20
	Disponibilidad_de_medicamentos	20	20

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 18. Resumen del modelo para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Resumen del modelo									
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	,649 ^a	,421	,389	5,776	,421	13,089	1	18	,002

a. Variables predictoras: (Constante), Disponibilidad_de_medicamentos

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 19. Resumen del modelo para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	436,688	1	436,688	13,089	,002 ^b
	Residual	600,512	18	33,362		
	Total	1037,200	19			

a. Variable dependiente: Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis

b. Variables predictoras: (Constante), Disponibilidad_de_medicamentos

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 20. Coeficientes para la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	33,843	10,296		3,287	,004	12,211	55,475
1 Disponibilidad de medicamentos	4,248	1,174	,649	3,618	,002	1,781	6,715

a. Variable dependiente: Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Decisión:

De acuerdo a la tabla 20, el valor calculado $t(c) = 3,618$ es mayor a $t(t) = 1.73406361$; cae en la región de rechazo de H_0 , aceptamos H_1 que nos indica que si existe correlación directa entre la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Conclusión:

Según la tabla 17, el coeficiente de correlación entre la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis es de 0,649; lo cual indica una correlación significativa entre la dimensión y la variable analizadas, con un nivel de confianza de 95%.

El coeficiente de determinación R cuadrado es de 0,421 como se muestra en la tabla 18; lo cual indica que el 42,1% de los cambios observados de la variable adherencia al tratamiento de Leishmaniasis es explicado por la variación de la dimensión disponibilidad de medicamentos.

Y, Según la tabla 20 el valor de $p = 0,002$; nos indica que con una significatividad menor que 5%; el modelo de regresión lineal entre la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis es adecuado, siendo la ecuación de regresión de acuerdo a la tabla 20.

Tratamiento de Leishmaniasis (y) = 33,843 + 4,248 * Disponibilidad de medicamentos (x).

Existe una correlación significativa entre la dimensión disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Hipótesis estadísticas para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

H₁: $p > 0$:

El nivel de correlación que existe **es significativa**,, entre la actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis de los pacientes.

H₀: $p = 0$:

El nivel de correlación que existe **no es significativa**,, entre la actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis de los pacientes.

Nivel de significación:

Para esta investigación, el porcentaje de error que estoy dispuestos a correr al realizar la prueba de hipótesis es de $\alpha = 0.05$.

Estadístico de prueba:

El estadístico de prueba sigue una distribución t de Student con n-2 grados de libertad cuya ecuación es.

$$t = \frac{X_r - \mu}{\frac{s}{\sqrt{n}}} \sqrt{\frac{n-2}{2}}$$

Región Crítica:

Si $\alpha = 0.05$ la región crítica para 18 grados de libertad está dada por:

$$RC = \{t : |t| > 1.73406361\}$$

Tabla 21. Estadísticos descriptivos para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación típica	N
Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	70,80	7,388	20
Actualización_de_guías_terapéutica	3,70	1,129	20

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 22. Correlaciones para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Correlaciones			
		Adherencia_al _tratamiento_ de_Leishmaniasis	Actualización_ de_guías_tera péutica
Correlación de Pearson	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	1,000	,649
	Actualización_de_guías_terapéutica	,649	1,000
Sig. (unilateral)	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	.	,001
	Actualización_de_guías_terapéutica	,001	.
N	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	20	20
	Actualización_de_guías_terapéutica	20	20

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 23. Resumen del modelo para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	,649 ^a	,421	,389	5,776	,421	13,089	1	18	,002

a. Variables predictoras: (Constante), Actualización_de_guías_terapéutica
Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 24. ANOVA para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	436,688	1	436,688	13,089	,002 ^b
	Residual	600,512	18	33,362		
	Total	1037,200	19			

a. Variable dependiente: Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis

b. Variables predictoras: (Constante), Actualización_de_guías_terapéutica
Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 25. Coeficientes para la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	55,083	4,532				
	Actualización_de_guías_terapéutica	4,248	1,174	,649	3,618	,002	1,781

a. Variable dependiente: Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis
Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Decisión:

De acuerdo a la tabla 25, el valor calculado $t(c) = 3,618$ es mayor a $t(t) = 1.73406361$; cae en la región de rechazo de H_0 , aceptamos H_1 que nos indica que si existe correlación directa entre la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Conclusión:

Según la tabla 22, el coeficiente de correlación entre la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis de 0,649; lo cual indica una correlación significativa entre la dimensión y la variable analizadas, con un nivel de confianza de 95%.

El coeficiente de determinación R cuadrado es de 0,421 como se muestra en la tabla 23; lo cual indica que el 42,1% de los cambios observados de la variable adherencia al tratamiento de Leishmaniasis explicado por la variación de la dimensión actualización de guías terapéuticas.

Y, Según la tabla 25 el valor de $p = 0,002$; nos indica que con una significatividad menor que 5%; el modelo de regresión lineal entre la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis es adecuado, siendo la ecuación de regresión de acuerdo a la tabla 25.

Tratamiento de Leishmaniasis (y) = 55,083 + 4,248 * Actualización de guías terapéuticas (x).

Existe una correlación significativa entre la dimensión actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Hipótesis estadísticas para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

$H_1: p > 0$:

El nivel de correlación que existe **es significativa**, entre la estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis de los pacientes.

H₀: p = 0:

El nivel de correlación que existe **no es significativa**, entre la estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis de los pacientes.

Nivel de significación:

Para esta investigación, el porcentaje de error que estoy dispuestos a correr al realizar la prueba de hipótesis es de =0.05.

Estadístico de prueba:

El estadístico de prueba sigue una distribución t de Student con n-2 grados de libertad cuya ecuación es.

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

Región Crítica:

Si =0.05 la región crítica para 18 grados de libertad está dada por:

$$RC = \{t: |t| > 1.73406361\}$$

Tabla 26. Estadísticos descriptivos para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación típica	N
Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	70,80	7,388	20
Estandarización_de_las_prácticas_de_prescripción	20,50	1,933	20

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 27. Correlaciones para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

		Adherencia_al _tratamiento_ de_Leishmani asis	Estandarizaci ón_de_las_pr ácticas_de_pr escripción
Correlación de Pearson	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	1,000	,943
	Estandarización_de_las_prácticas_de_prescripción	,943	1,000
Sig. (unilateral)	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	.	,000
	Estandarización_de_las_prácticas_de_prescripción	,000	.
N	Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis	20	20
	Estandarización_de_las_prácticas_de_prescripción	20	20

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 28. Resumen del modelo para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	,943 a	,890	,884	2,518	,890	145,542	1	18	,000

a. Variables predictoras: (Constante), Estandarización_de_las_prácticas_de_prescripción
Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 29. ANOVA para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	923,042	1	923,042	145,542	,000 ^b
	Residual	114,158	18	6,342		
	Total	1037,200	19			

a. Variable dependiente: Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis

b. Variables predictoras: (Constante),

Estandarización_de_las_prácticas_de_prescripción

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Tabla 30. Coeficientes para la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	-3,115	6,153		-,506	,619	-16,042	9,811
1 Estandarización_de_las_prácticas_de_prescripción	3,606	,299	,943	12,064	,000	2,978	4,234

a. Variable dependiente: Adherencia_al_tratamiento_de_Leishmaniasis

Fuente: Encuesta a pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez (IBM SPSS Statistics 22).

Decisión:

De acuerdo a la tabla 31, el valor calculado $t(c) = 13,064$ es mayor a $t(t) = 1.73406361$; cae en la región de rechazo de H_0 , aceptamos H_1 que nos indica que si existe correlación directa entre la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

Conclusión:

Según la tabla 27, el coeficiente de correlación entre la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis es de 0,943; lo cual indica una correlación significativa entre la dimensión y la variable analizadas, con un nivel de confianza de 95%.

El coeficiente de determinación R cuadrado es de 0,890 como se muestra en la tabla 28; lo cual indica que el 89,0% de los cambios observados de la variable adherencia al tratamiento de

Leishmaniasis es explicado por la variación de la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción.

Y, Según la tabla 30 el valor de $p = 0,000$; nos indica que con una significatividad menor que 5%; el modelo de regresión lineal entre la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis es adecuado, siendo la ecuación de regresión de acuerdo a la tabla 30.

Tratamiento de Leishmaniasis (y) = -3,115 + 3,606 * Estandarización de las prácticas de prescripción(x).

Existe una correlación significativa entre la dimensión estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmaniasis.

RESULTADO GENERAL:

Evaluar en qué medida la prescripción de medicamentos para leishmaniasis se relaciona con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Puerto Maldonado-2015

Prescripción de medicamentos*Adherencia al tratamiento tabulación cruzada

			Adherencia al tratamiento			Total
			Incompleto	Parcial	Completo	
Prescripción de medicamentos	No atendido	Recuento	3	2	1	6
		% dentro de Adherencia al tratamiento	75,0%	66,7%	100,0%	75,0%
	Atendido parcialmente	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de Adherencia al tratamiento	0,0%	33,3%	0,0%	12,5%
	Atendido totalmente	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de Adherencia al tratamiento	25,0%	0,0%	0,0%	12,5%
Total		Recuento	4	3	1	8
		% dentro de Adherencia al tratamiento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

No existe correlación significativa entre la prescripción de medicamentos para leishmaniasis y la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre de Dios-2015

RESULTADOS ESPECÍFICOS:

Relación entre disponibilidad de medicamentos y adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez,

- Existe correlación significativa moderada entre la prescripción de medicamentos para leishmaniasis y la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, madre de dios-2015

Relación actualización de guías terapéuticas y adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez,

- Existe correlación significativa moderada entre la prescripción de medicamentos para leishmaniasis y la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre De Dios-2015

Relación entre estandarización de las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez,

ESTANDA_PRACT_PRESC_2*ADHERENCIA_2 tabulación cruzada

			ADHERENCIA_2			Total
			IMCOMP LETO	PARCIAL MENTE	COMP LETO	
ESTANDA_PRACT _PRESC_2	IMCOMP LETA	Recuento % dentro de ESTANDA_PRACT _PRESC_2 % del total	5 62,5% 62,5%	2 25,0% 25,0%	1 12,5% 12,5%	8 100, 0% 100, 0%
Total		Recuento % dentro de ESTANDA_PRACT _PRESC_2 % del total	5 62,5% 62,5%	2 25,0% 25,0%	1 12,5% 12,5%	8 100, 0% 100, 0%

- No existe correlación significativa entre las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

CONCLUSIONES

- No existe correlación significativa entre la prescripción de medicamentos para leishmaniasis y la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre De Dios -2015
- Existe correlación significativa moderada entre la prescripción de medicamentos para leishmaniasis y la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre De Dios -2015
- Existe correlación significativa moderada entre la prescripción de medicamentos para leishmaniasis y la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez, Madre De Dios -2015
- No existe correlación significativa entre las prácticas de prescripción y adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del Centro de Salud Jorge Chávez.

RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones relacionadas al tema, en la zona minera y castañera que es donde más se presentan los casos de leishmania, por ejemplo en los centros de salud de Huepethue, Colorado, Iberia.

- Implementar programas educativos para los pacientes que siguen el tratamiento en las dependencias de salud

- Profundizar en investigar las causas negativas que influyen en el abandono de los tratameintos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9417&Itemid=40250&lang=es
2. González et al, Interventions for Old World cutaneous leishmaniasis. Cochrane Library, 2008, 4:1-108; González et al, Interventions for American cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. Cochrane Library, 2009, 2:1-171.
3. Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis, informe epidemiológico de las Américas. Informe Leishmaniasis N.º 1. Washington, D.C.: OPS; 2013.
4. Desjeux P. Leishmaniasis: current situation and new perspectives. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis.* 2004 Sep;27(5):305-18.
5. Alvar J1, Yactayo S, Bern C. Leishmaniasis and poverty. *Trends Parasitol.* 2006 Dec;22(12):552-7. Epub 2006 Oct 4.
6. Control and surveillance of human African trypanosomiasis. World Health Organization. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2013;(984):1-237.
7. Marinkelle CJ. The control of leishmaniasis. *Bull World Health Organ.* 1980;58(6):807-18.
8. Vieira-Gonçalves R1, Pirmez C, Jorge ME, Souza WJ, Oliveira MP, Rutowitsch MS, Da-Cruz AM. Clinical features of cutaneous and disseminated cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania (Viannia) braziliensis* in Paraty, Rio de Janeiro. *Int J Dermatol.* 2008 Sep;47(9):926-32. doi: 10.1111/j.1365-4632.2008.03701.x.
9. Helburn NC. Cutaneous leishmaniasis. *Clin Exp Dermatol* 2000; 25:363-70.
10. Calvopina M1, Armijos RX, Hashiguchi Y. Epidemiology of leishmaniasis in Ecuador: current status of knowledge -- a review. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2004 Nov;99(7):663-72. Epub 2005 Jan 12.
11. Grimaldi G Jr, McMahan-Pratt D. Leishmaniasis and its etiologic agents in the New World: an overview. *Prog Clin Parasitol.* 1991;2:73-118. PMID:1893120 [PubMed - indexed for MEDLINE]
12. García Díaz B. El cumplimiento terapéutico y los factores de influencia. Monografía 28. Año 2000. Consulta: 5 Febrero 2009. Disponible en: www.esteve.org

13. Lucas CM¹, Franke ED, Cachay MI, Tejada A, Cruz ME, Kreutzer RD, Barker DC, McCann SH, Watts DM . Geographic distribution and clinical description of leishmaniasis cases in Peru. *Am J Trop Med Hyg.* 1998 Aug;59(2):312-7.
14. Amato VS¹, Tuon FF, Siqueira AM, Nicodemo AC, Neto VA. Treatment of mucosal leishmaniasis in Latin America: systematic review. *Am J Trop Med Hyg.* 2007 Aug;77(2):266-74.
15. MINSA – Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores.
16. World Health Organization. Control of the Leishmaniases: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniases. Geneva, 2010.
En:<http://cursos.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=133&pageid=3230>; consultado el 16/05/2014.
17. Laura Moya Alonso y Jorge Alvar. Enfermedades tropicales desatendidas estigmatizantes: una revisión sistemática. 2004
18. Llanos-Cuentas A¹, Tulliano G, Araujo-Castillo R, Miranda-Verastegui C, Santamaria-Castrellon G, Ramirez L, Lazo M, De Doncker S, Boelaert M, Robays J, Dujardin JC, Arevalo J, Chappuis F. Clinical and parasite species risk factors for pentavalent antimonial treatment failure in cutaneous leishmaniasis in Peru. *Clin Infect Dis.* 2008 Jan 15;46(2):223-31. doi: 10.1086/524042.
19. WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Forty-ninth report. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2015;(992):1-210, back cover.
20. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción / Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima: Ministerio de Salud, 2005. 94 p.; ilus.
21. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Programa de Control de Enfermedades Transmisibles. Control de Malaria y OEM. Doctrina Normas y Procedimientos para el control de las leishmaniasis en el Perú. Perú. Lima. 1995. p 4 – 70.

22. Coutinho SG1, Pirmez C, Da-Cruz AM. Parasitological and immunological follow-up of American tegumentary leishmaniasis patients. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2002 Apr;96 Suppl 1:S173-8.
23. Amato V, Amato J, Nicodemo A, Uip D, Amato-Neto V, Duarte M. [Treatment of mucocutaneous leishmaniasis with pentamidine isothionate]. *Ann Dermatol Venereol.* 1998 Aug;125(8):492-5.
24. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004. Consulta: 5 Febrero 2009. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
25. I. Cleemput, K. Kesteloot, S. DeGeest. A review of the literature on the economics of non-compliance. Room for methodological improvement. *Health Policy*, 59 (2002), pp. 65–94
26. C.M. Dezii. Medication noncompliance: what is the problem?. *Manag Care*, 9 (Suppl) (2000), pp. 7–12
27. P. Thieda, S. Beard, A. Richter, J. Kane. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 54 (2003), pp. 508–516
28. L.C. Fernández Lisón, B. Barón Franco, B. Vázquez Domínguez, T. Martínez García, J.J. Urendes Haro, E. Pujol de la Llave. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. *Farm Hosp*, 30 (2006), pp. 280–283
29. A. Papaioannou, C.C. Kennedy, L. Dolovich, E. Lau, J.D. Adachi. Patient adherence to osteoporosis medications: problems, consequences and management strategies. *Drugs Aging*, 24 (2007), pp. 37–55
30. E. Márquez Contreras, V. Gil Guillén, J.J. Casado Martínez, N. Martel Claros, M. De la Figuera von Wichmann, J.L. Martín de Pablos, et al. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. *Aten Primaria*, 38 (2006), pp. 325–332
31. V.F. Gil, J. Belda, F. Piñeiro, J. Merino. Métodos para medir el cumplimiento terapéutico.

32. V.F. Gil, J. Belda, F. Piñeiro, J. Merino (Eds.), El cumplimiento terapéutico, Doyma, Madrid (1999), pp. 77–90
33. Taylor, S.; Peplau, L. & Sear, D.; Health Social Psychology, 1994, pp. 446-95

Tesis:

34. Sánchez Cuervo, M. en el estudio “Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias”, Tesis doctoral que, para optar al grado de Doctora en Farmacia (Madrid-2010), ISBN: 978-84-693-7732-1
35. Tesis Doctoral “Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias” memoria para optar al grado de Doctor presentada por Marina Sánchez Cuervo Directoras: Teresa Bermejo Vicedo M. Emilia Carretero Accame Madrid, 2010 ISBN: 978-84-693-7732-
36. Trujano, Rocío Soria; López, Daniela Ivette Ávila; Valero, Zaira Vega e Quiroz, Carlos Nava. Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Altern. psicol. [online]. 2012, vol.16, n.26 [citado 2016-05-02], pp. 78-84 . Disponible em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000100008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1405-339X.
37. Castaño-Castrillón JJ, Echeverri-Rubio C, Giraldo-Cardona JF, Maldonado-Mora A, Melo-Parra J, Meza-Orozco GA, Montenegro-Gutiérrez CG, Peláez-Ramos CA, Perdomo-Muñoz JM, Rodríguez-Arias EA. Treatment adherence of hypertensive patients' being attended by Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. Rev. Fac. Med. 2012;60:179-197.
38. http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-escobar_c/pdfAmont/cs-escobar_c.pdf
39. Rodríguez Chamorro. M.A . Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular EMBADER-CV-INCUMPLIMIENTO. Editorial de la universidad de Granada. 2009. ISBN 987-84-692-1858-7
40. Ramos Saira, R.W. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Lima 2012 / Adherence to treatment in patients with diabetes mellitus type 2 in the National Hospital Arzobispo Loayza: Lima 2012. Lima; s.n; 2013. 39 p. tab, graf.

41. Carhuallanqui, R.; Diestra-Cabrera, G.; Tang-Herrera, J. y Malaga, G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered [online]. 2010, vol.21, n.4 [citado 2016-05-03], pp. 197-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-214X.
42. González Correa, José Antonio; Martín Auriolés, Esther Editorial/Editor: Universidad de Málaga, Servicio de Publicaciones y Divulgación Científica – 2014. <http://hdl.handle.net/10630/8125>
43. Informe Técnico: Análisis de las prácticas de prescripción, dispensación y adherencia al tratamiento antimalárico en los países que comparten la Cuenca del Amazonas. Strengthening Pharmaceutical Systems Center for Pharmaceutical Management Management Sciences for Health. 2009

Anexos

- **MATRIZ DE CONSISTENCIA**

Título: “Prescripción de medicamentos para leishmaniasis y adherencia al tratamiento en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES
<p>PROBLEMA PRINCIPAL: ¿En qué medida la prescripción de medicamentos para leishmaniasis se relaciona con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez , Madre de Dios-2015?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Evaluar en qué medida la prescripción de medicamentos para leishmaniasis se relaciona con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL: La prescripción de medicamentos para leishmaniasis se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015.</p>	<p>VARIABLE 1 (VI) Prescripción de medicamentos para leishmaniasis</p>	<p>1.Disponibilidad de medicamentos en el C.S. Jorge Chávez 2. actualización de guías terapéuticas 3.Estandarización de las prácticas de prescripción</p>
<p>PROBLEMAS SECUNDARIOS 1. ¿Cómo la disponibilidad de medicamentos en el C.S. Jorge Chávez se relaciona con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015? 2. ¿cómo la actualización de guías terapéuticas se relaciona con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez , Madre de Dios-2015? 3. ¿cómo la estandarización de las prácticas de prescripción se relaciona con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez , Madre de Dios-2015?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1. Determinar Cómo la disponibilidad de medicamentos en el C.S. Jorge Chávez se relaciona con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015. 2. Determinar cómo la actualización de guías terapéuticas se relaciona con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015. 3. Determinar cómo la estandarización de las prácticas de prescripción se relaciona con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015.</p>	<p>HIPÓTESIS SECUNDARIAS: 1. La disponibilidad de medicamentos en el C.S. Jorge Chávez se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015. 2. La actualización de guías terapéuticas se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015. 3. La estandarización de las prácticas de prescripción se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de Leishmania en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015.</p>	<p>VARIABLE 2 (VD) Adherencia al tratamiento de Leishmania.</p>	<p>1. factores socioeconómicos 2. factores relacionados con el proveedor sistema y equipo de salud 3. factores relacionados con la terapia 4. factores relacionados con el paciente</p>

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LEISHMANIASIS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL C.S. JORGE CHÁVEZ, MADRE DE DIOS-2015”

INSTRUCCIONES:

Estimado profesional a continuación te presento un cuestionario relacionado con la “PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LEISHMANIASIS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL C.S. JORGE CHÁVEZ, MADRE DE DIOS-2015”, para esta investigación, tu respuesta es sumamente relevante; por ello debes leerlo en forma detallada y, luego, marcar una de las cinco alternativas ya que está en forma comprensible, pidiéndote además las respuestas con absoluta sinceridad.

Siempre=1 Casi Siempre =2 Casi Nada=3 Nunca=4

AFIRMACIONES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
<u>I-PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LEISHMANIA</u>				
1. Disponibilidad de medicamentos en el C.S. Jorge Chávez				
1. El medicamento estuvo disponible en el establecimiento desde que fue diagnosticada su enfermedad.				
2. Su tratamiento es suspendido por falta del medicamento.				
3. La cantidad de medicamentos prescrita es atendida en su totalidad.				
4. Los insumos médicos son atendidos en su totalidad				
2. Guías terapéuticas				
5. El establecimiento cuenta con la guía técnica estandarizada de tratamiento antileishmaniasico				
6. El establecimiento cuenta con la guía técnica actualizada de tratamiento antileishmaniasico				
3. Estandarización de las prácticas de prescripción				
7. El nombre del medicamento está escrito correctamente.				
8. La Dosis del medicamento está escrita correctamente.				
9. La Frecuencia de administración está según normas				
10. La presentación del fármaco está indicada.				
11. Las Vías de administración están claras				
12. La Duración del tratamiento (corresponde con el esquema estandarizado para el país)				
<u>II. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</u>				
1. Factores socioeconómicos				
13. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación).				
14. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de consulta				
15. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.				

16. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.				
2. Factores relacionados con el proveedor del sistema y equipo de salud				
17. Las personas que o atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.				
18. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.				
19. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.				
20. Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.				
21. En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.				
22. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que usted y su familia la entienden.				
3. Factores relacionados con la terapia				
23. El médico y la enfermera le han explicado que resultados va tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.				
24. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.				
25. Tiene algún problema con la disponibilidad del medicamento antileishmaniasicos o del insumo.				
26.- Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.				
27.- La distancia de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.				
28.- cuando mejoran los síntomas usted suspende el tratamiento.				
29.- Anteriormente he presentado dificultades para cumplir su tratamiento.				
30. Se ha presentado alguna reacción adversa al medicamento.				
4. Factores relacionados con el paciente				
31. Está convencido que el tratamiento es beneficiosos y por eso sigue aplicándose.				
32. Se interesa para conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.				
33. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.				
34.- Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud.				

VALIDACIÒN DE EXPERTOS

VALIDACION DE INSTRUMENTOS

I. DATOS GENERALES

Título del trabajo de investigación:

"Prescripción de medicamentos para leishmaniasis y adherencia al tratamiento en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015"

Nombre del instrumento:

- Encuesta para "Prescripción de medicamentos para leishmaniasis y adherencia al tratamiento en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015"
- Investigador:

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelentes
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
FORMA	1. REDACCION	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.			✓		
	2. CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje apropiado.			✓		
	3. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.			✓		
CONTENIDO	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.			✓		
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.			✓		
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente las variables de investigación.			✓		
ESTRUCTURA	7. ORGANIZACION	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.			✓		
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos técnicos científicos de la investigación educativa.			✓		
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.			✓		
	10. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.			✓		

II. PROMEDIO DE VALORACION:

60%

III. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse


 Firma
 D. Mg. RYDÉE RIVERA FERNÁNDEZ
 Código 31126

VALIDACION DE INSTRUMENTOS

I. DATOS GENERALES

Título del trabajo de investigación:

"Prescripción de medicamentos para leishmaniasis y adherencia al tratamiento en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015"

Nombre del instrumento:

- Encuesta para "Prescripción de medicamentos para leishmaniasis y adherencia al tratamiento en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015"
Investigador:

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelentes
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
FORMA	1. REDACCION	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.			X		
	2. CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje apropiado.				X	
	3. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.			X		
CONTENIDO	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.			X		
	5. SUFFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.				X	
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente las variables de investigación.				X	
ESTRUCTURA	7. ORGANIZACION	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.			X		
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos técnicos científicos de la investigación educativa.			X		
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.				X	
	10. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	

II. PROMEDIO DE VALORACION:

79%

III. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
Debe corregirse




 Dr. J. P. P. / J. P. P. / J. P. P.
 Dpto 42141326

VALIDACION DE INSTRUMENTOS

I. DATOS GENERALES

Título del trabajo de investigación:

"Prescripción de medicamentos para leishmaniasis y adherencia al tratamiento en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015"

Nombre del Instrumento:

- Encuesta para "Prescripción de medicamentos para leishmaniasis y adherencia al tratamiento en pacientes del C.S. Jorge Chávez, Madre de Dios-2015"

Investigador:

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelentes
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
FORMA	1. REDACCION	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.			✓		
	2. CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje apropiado.			✓		
	3. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.			✓		
CONTENIDO	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.			✓		
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.			✓		
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente las variables de investigación.			✓		
ESTRUCTURA	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.			✓		
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.			✓		
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.			✓		
	10. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.			✓		

II. PROMEDIO DE VALORACION:

60%

III. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse


 Firma
 Dr. Perceval Mazoni Talaño
 DNI 42903349