



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“CAUSALIDAD DEL ABANDONO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE DEL CENTRO MATERNO
INFANTIL JUAN PABLO II LIMA METROPOLITANA”**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAESTRO EN SALUD PUBLICA

AUTOR

ROXANA PAREDES FERNANDEZ

ASESORA

ROSA MARÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

JURADO

DRA. CRUZ GONZALES GLORIA ESPERANZA

DR. PORTAL BUSTAMANTE NEME

DRA. YARLEQUE CHOCAS MIRTHA MARIETA

LIMA-PERÚ

2020

Dedicatoria

A Dios, porque en su infinita bondad y amor, me entrega diariamente muchísimo más de lo que en realidad merezco. A mis padres, compañeros inseparables de cada jornada, por apoyarme en todo momento, por sus consejos, sus valores, motivación constante y su tenacidad, sobre todo, su amor.

Agradecimiento

A Dios, por acompañarme en cada paso que doy, por fortalecer mi carácter e iluminar mi mente y por enviar a personas que han sabido guiar mi vida.

A mis padres: Miguel y Julia, porque son el pilar en todo lo que soy, tanto en mi vida personal y profesional.

INDICE GENERAL

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos.....	viii
Índice de anexos.....	ix
Resumen.....	x
Abstrac.....	xi
I. Introducción.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Descripción del problema.....	6
1.3 Formulación del problema.....	10
– Problema general.....	10
– Problemas específicos.....	10
1.4 Antecedentes.....	10
– Antecedentes internacionales.....	10
– Antecedentes nacionales.....	15
1.5 Justificación de la investigación.....	16

1.6	Limitaciones de la investigación.....	17
1.7	Objetivos.....	17
–	Objetivo general.....	17
–	Objetivo específico.....	18
1.8	Hipótesis.....	18
II.	Marco teórico.....	19
2.1	Marco conceptual.....	19
–	Etiología.....	21
–	Epidemiología.....	22
–	Fisiopatología.....	22
–	Causas generales de la tuberculosis multidrogorresistente.....	25
	Definición de términos.....	31
III.	Método.....	36
3.1	Tipo de investigación.....	36
3.2	Población y muestra.....	36
3.3	Operacionalización de variables.....	41
3.4	Instrumentos.....	42
3.4.1	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	42
3.4.2	Validación de instrumentos de recolección de datos.....	42
3.4.3	Fiabilidad del instrumento de recolección de datos (Alpha de Cronbach).....	44
3.5	Procedimientos.....	45
3.6	Análisis de datos.....	46
IV.	Resultados.....	47

4.1	Causalidad del abandono.....	47
4.2	Condiciones del abandono al tratamiento.....	48
4.3	Problemática del tratamiento en los pacientes.....	49
4.4	Identificación de fármacos ausentes en el tratamiento.....	50
V.	Discusión de resultados.....	51
VI.	Conclusiones.....	53
VII.	Recomendaciones.....	55
VIII.	Referencias.....	57
IX.	Anexos.....	66

Índice de Tablas

Tabla1: Incidencia de TB-MDR/TB-RR en el Perú, las Américas y a nivel mundial 2015.....	5
Tabla 2: Clasificación de medicamentos antituberculosis 2016.....	31
Tabla 3: Medicamentos para tuberculosis resistente.....	32
Tabla 4: Características sociodemográficas de los pacientes.....	37
Tabla 5: Valoración de expertos según criterios de validez.....	43
Tabla 6: Causalidades del abandono al tratamiento en pacientes TB MDR.....	47
Tabla 7: Significación estadística sobre las condiciones del abandono al tratamiento en pacientes con TB MDR.....	48
Tabla 8: Problemática de pacientes con tratamiento de TB MDR.....	49
Tabla 9: Factores por fármacos ausentes en el tratamiento	50

Índice de Figuras

Figura 1: Número de casos según el tipo de esquema aplicados en pacientes TB MDR en el CMI Juan Pablo II Lima Metropolitana.....	38
Figura 2: Frecuencia de tratamiento en pacientes TB MDR en el CMI Juan Pablo II Lima Metropolitana.....	39
Figura 3: Tiempo de abandono al tratamiento en pacientes con TB MDR en el CMI Juan Pablo II Lima Metropolitana.....	40
Figura 4: Tiempo de reinicio al tratamiento en pacientes con TB MDR en el CMI Juan Pablo II Lima Metropolitana.....	41

Índice de Anexos

Anexo 1: Cuestionario de causalidad del abandono al tratamiento en pacientes con TB	
MDR.....	66
Anexo 2: Base de datos procesados en SPSS.....	72
Anexo 3: Matriz de consistencia.....	73
Anexo 4: Valoración de expertos.....	76
Anexo 5: Consentimiento informado.....	81

Resumen

La investigación tiene como objetivo determinar la causalidad del abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II (Lima Metropolitana); predominando pacientes en el grupo etario de 15 – 20 años de edad (25,0%), varones (65,0%), con educación secundaria completa (30,0%) y desempleados (40,0%). El estudio es de tipo observacional descriptivo transversal, entrevistándose entre mayo – junio 2019 a 40 pacientes (TB-MDR) mediante un cuestionario validado (15 ítems), cuyo resultado de validez por juicios de expertos fue apropiado según criterio indican puntuaciones con intervalo de 7,4 a 8,2; mientras que en la puntuación global se obtiene $X = 8,00$ puntos y la confiabilidad (alpha de Cronbach) es significativa ($\alpha=0,893$). Para su análisis se aplicó estadísticos no paramétricos de Chi cuadrado, prueba H Kruskal-Wallis, prueba U Mann-Whitney y para su procesamiento se utilizó el programa SPSS. Las conclusiones son a) Causalidad del abandono al tratamiento de la TB MDR en el CMI Juan Pablo II son las reacciones adversas medicamentosas en la mayoría de los pacientes un 85,0% b) Otras enfermedades ocasionan el abandono con 62,5% de pacientes que ocasionan el problema de la sociedad c) Fármacos ausentes que ocasionan el abandono con el 7,5% del desabastecimiento d) Los problemas adictos a drogas con 35,0% de pacientes que abandonan el tratamiento. Sugerimos mejorar los servicios de salud que tienen mayor problema, en la actualidad existen medicamentos eficaces, seguros y calidad que podrían curar la enfermedad, para disminuir la presencia de abandono y continuar con el tratamiento así mejorar el problema de la salud pública.

Palabras claves: Abandono, Tratamiento, Tuberculosis, Multidrogorresistencia

Abstract

The objective of the research is to determine the causality of abandonment to treatment in patients with multi drug resistant tuberculosis (MDR-TB) at the Center Infantile Maternal Juan Pablo II (Metropolitan Lima); predominating patients in the age group 15– 20 years of age (25,0%), males (65,0%), with complete secondary education (30,0%) and unemployed (40,0%). The study is of a descriptive transversal observational type, interviewing between May – June 2019 to 40 patients (TB-MDR) through a validated questionnaire (15 items), whose result of validity by expert judgements was appropriate according to criteria indicate scores with interval from 7,4 to 8,2; whereas in the overall score $X = 8,00$ points and reliability (Cronbach alpha) is significant ($\alpha=0,899$). For its analysis, nonparametric statistics of Chi square, H Kruskal-Wallis test, U Mann-Whitney test were applied and the SPSS program was used for its processing. The conclusions are a) Causation of abandonment to MDR TB treatment in CMI John Paul II are adverse drug reactions in most patients 85,0% b) Other diseases cause abandonment with 62,5% of patients causing the problem of the society c) Missing drugs that cause the abandonment with 7,5% of the shortage d) Problems addicted to drugs with 35,0% of patients abandoning the treatment. We suggest improving the health services that have the greatest problem, there are now effective, safe and quality medicines that could cure the disease, to reduce the presence of abandonment and continue treatment in order to improve the public health problem.

Keywords: Abandonment, Treatment, Tuberculosis, Multidrogorresistencia

I. INTRODUCCIÓN

Verificando en el mundo la relación general de Tuberculosis año 2017, en nuestro país se encuentra ubicado dentro del listado los 30 países con más alto rango estimado de Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) para los periodos 2016 – 2020; por ser un país con cifras absolutas elevadas.

En la región de las Américas, nuestro país está en el tercer lugar con más alta tasa de acontecimiento, seguido Haití y Bolivia; y el principal lugar en registrar las consecuencias de TB resistente a fármacos, describiendo el 30% de TB MDR y el 50% de Tuberculosis Extensamente Resistente (TB MDR) notificados.

En el país, esta enfermedad es una de las primeras causas de fallecimiento teniendo el ítem 15 como puesto y el vigésimo séptimo lugar de carga de enfermos por años de vida saludable, afectando preferentemente, a la masa social más pobres de las grandiosas ciudades del país (MINSa, 2018).

Esta enfermedad continúa existiendo problemas de salud pública en el mundo, a pesar de existir tratamiento. La tuberculosis multidrogoresistente (TB MDR), y la extremadamente drogo resistente (TB XDR), es una de las complicaciones más temerosas, siendo un aumento provocado a nivel mundial. La OMS manifiesta que alrededor del 3,5% de los tratados nuevos y el 20,5% de los casos de TB tratados con TB-MDR. En Sudamérica, localizamos un aumento de prevalencia e acontecimiento en el Brasil y Perú. En el Perú, adquirieron 30008 nuevos casos de TB para el año 2014; manifestándose 1500 casos de TB-MDR por año, la gran cantidad de estos reportes en Lima y Callao. En estos últimos años se encontraron un incremento de casos TB-MDR, debido al abandono e intolerancia al tratamiento, su prevalencia se presenta más en

poblaciones jóvenes, también a muchas dificultades presentados hoy en día en la tuberculosis (Bazan Ruiz, Ancajima More, Lachira Alban & Mejia Alvarez, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se calculó 282 000 casos nuevos y recaídos de esta enfermedad para la región de las Américas para el 2017, un 3% del registro en el mundo de TB y un derecho de episodio de 28 casos por cada 100 000 habitantes.

Según las Américas la tasa de episodio aumenta observándose en el Caribe (61,2 casos para cada 100 000 habitantes), luego en Sudamérica (46,2), América Central y México (25,9) y Norte América (3,3), causando el 87% de los casos de TB dados en 10 países y aumentan más de la mitad en los países de Brasil, Perú y México (CNEPCE, 2019).

1.1 Planteamiento del Problema

En el mundo y en Latinoamérica tenemos variedades de casos TB –MDR notificados. Como las normas de la OMS, se sugiere el retratamiento de acuerdo exámenes de sensibilidad y abastecimiento adecuados de fármacos y mientras tanto no administrar ningún tratamiento. En el mundo tenemos una serie de resistencia primaria de 3% o más, se sugiere incluir tratamientos de segunda línea, se han creado técnicas a nivel mundial como latinoamericana permite un mejor plan de control de las enfermedades en diferentes países (OMS, 2008).

La falta de adherencia viene ser la principal dificultad para la vigilancia de la tuberculosis. Los primeros objetivos del control de la tuberculosis es reducir las tasas de abandono del tratamiento debido a los obstáculos que conduce a una mayor divulgación del bacilo a causa que los pacientes son focos de infección latente. (MINSA, 2014). Debido, a predisponer a una mayor frecuencia de bajas y fracaso del tratamiento. Además, la OMS

considera la resistencia del bacilo a los fármacos aumenta, tanto el costo como las reacciones adversas medicamentosas y la mortalidad de las personas que la desarrollan (Pachi, 2013).

Una de las consecuencias determinantes es la psicopatología como principal dificultad para la adhesión al tratamiento, el estado emocional como elemento principal para efectuar con las indicaciones del médico y así poder recuperar la salud. La literatura menciona que las enfermedades psiquiátricas después de la aparición de la tuberculosis son: el sufrimiento, la incomunicación y el sentido de apoyo social. Sin embargo, no es de sorprender, que aún no detectan la mayoría de los casos en que existe un trastorno depresivo, debido a los casos de pacientes deprimidos aquejan problemas físicos. Además de las variedades de causalidades que encubre el trastorno depresivo, los médicos clínicos a menudo tienen ciertas restricciones para mostrar la enfermedad depresiva, lo cual dirige dar prioridad al tratamiento de síntomas somáticos, sin realizar un estudio exhaustivo en el área psicosocial (OMS, 2014).

Según padrones en la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad es la segunda causa mundial de mortalidad por un agente patógeno, después del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Según información de la OMS, en 2015, 10,4 millones de personas enfermaron por tuberculosis y 1,8 millones murieron a consecuencia de esta enfermedad; que no se puede eliminar la importancia de un correcto estudio, es culminar con la epidemia de la tuberculosis es una de las metas adheridas en los Objetivos de mejor sustento, con metas fijadas para el año 2030 (OMS, 2015).

Además, según reportes de la OPS del mismo año, el Perú es el primer país en América del Sur (junto con Bolivia) que tiene la más alta tasa de tuberculosis y también segundo en América, después de Haití (Alarcón, 2013). Esto es grave, pues inclusive, si se realiza una comparación con otros países de la región, se puede observar que actualmente en Perú hay una tasa de morbilidad de más de 100 personas con TBC cada 100 mil habitantes, a comparación de otros países de la región. Chile, un país vecino, registra una tasa de morbilidad de 16 por la misma cantidad de personas; lo cual nos muestra el gran riesgo para contraer esta enfermedad que existe en nuestro país. Y, además, dentro del Perú, en reportes realizados por la (ESN PCT) del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), aumenta la mitad de los casos de tuberculosis (54%) se encuentra solo en Lima y Callao, lo cual muestra cierta “focalización” de la enfermedad en la capital (OMS, 2016).

La gran importancia de esta enfermedad, debido a su gran número de pacientes, hace que sea mandatorio un correcto diagnóstico y tratamiento. Y si bien la tasa de detección de casos (cualquier forma de TBC) ha aumentado de forma sostenida en las Américas durante los últimos años: de 70% en el 2001 a 84% en el 2011, con ello no basta; pues a pesar de la detección de los casos, en muchas oportunidades, no se logra una correcta adherencia al tratamiento antituberculoso, lo cual conlleva a falla del mismo, lo cual puede ser la razón de reinfección con tuberculosis y causa de resistencia a drogas antituberculosas. La prevalencia de esta era de 5,3%, al año 2011 en el Perú.

A pesar de haber reducido en un 52% el número de casos sucesivos de TB, pasando de 52.000 a 27.000 anuales entre 1990 y 2015, el Perú mantiene un aumento de carga de TB, constituye un importante reto de salud pública. Es el tercer país en las Américas con la más alta tasa de incidencia de la enfermedad, después de Haití y Bolivia (Ministerio de Salud

[MINSA] 2018), y el primero con más casos confirmados de TB-MDR, por lo menos desde mediados de los años [1990] hasta la actualidad (Jave, Contreras y Hernández, 2017). Asimismo, figura en la lista de la OMS de los 10 países con mayor alta carga de TB-MDR en el mundo (OMS, 2016b).

Tabla 1.

Incidencia de TB-MDR/TB-RR en el Perú, las Américas y a nivel mundial, 2015

País/región	Numero (miles)	Tasa*
Perú	3,2 (2,7 - 3,8)	10 (8,6 - 12)
Américas	11 (10 - 12)	1,1 (1,0 - 1,2)
Mundial	580 (520 - 640)	7,9 (7,2 - 8,7)

Leyenda: TB-MDR = tuberculosis multidrogorresistente; TB-RR = tuberculosis resistente

* La tasa es por 100.000 habitantes.

Fuente: OMS (2016b).

En el Perú, a pesar de la insuficiencia información bibliográfica existente, se puede buscar el origen de los primeros casos de TB-MDR, en forma de gravedad, abandonos, curados y frustraciones al tratamiento (Jave et al., 2017), al periodo 1980-1991, cuando las tasas de tratamiento irregular y de abandono eran muy elevadas. Es posible, además, que el uso inadecuados de fármacos antituberculosos en los años 1990 causo resistencia prolongada, generando la aparición de la TB XDR. A partir de 1996, por ejemplo, se realizó un seguimiento a los pacientes que habían fracasado al esquema uno con el esquema dos y posteriormente el esquema dos reforzado, que consistía en repetir las cuatro drogas que ya había fracasado el paciente, aumentando una única droga nueva una verdadera monoterapia encubierta, cuando la sugerencia internacional era tratar estos pacientes al menos tres drogas nuevas (Jave et al., 2017). Como resultado del abandono de las actividades de

prevención y control de la TB (MINSA 2008: 5), los fracasos siguieron en aumento, hasta llegar a 70%, y a fines de los años 1990 el Instituto Nacional de Salud (INS) reportó un incremento sostenido de los casos de resistencia simultánea a cinco drogas, que sería la introducción a la aparición de los principales casos de TB-XDR (Jave et al., 2017).

1.2. Descripción del Problema

Los países altos y bajos analizan una o más variables respectivas a la organización y asistencia de los servicios de salud, sea respecto al tipo de establecimiento que brinda el cuidado, al tipo de veedor o profesional que suministra el servicio, al chequeo del sistema de salud al paciente, a la disponibilidad de recursos humanos e insumos y calidad de atención, encuentran que cuando el sistema de salud es disminuida, esto contribuye también a la informalidad y abandono al tratamiento (Barbosa, 2012).

En nuestra realidad, la tuberculosis emprende muchos retos, como la multidrogorresistente; es la enfermedad severa, producido por una cepa de *Mycobacterium tuberculosis*, es invulnerable a los tratamientos quimioterapéuticos de primera línea más poderoso: isoniacida y rifampicina, medicinas fundamentales para el tratamiento; viene ser la realidad del problema sanitario de mayor dificultad en el mundo (OMS, 2015).

En Villa el Salvador se obtiene una superioridad de casos en los varones (62,8%) en comparación a las mujeres (37,2%), en la totalidad de los grupos quinquenales a excepción del grupo (10-14 y 35-39 años).

La población que vive en la jurisdicción salubre encontramos un mayor peligro de contagio del bacilo de Koch (58%).

Al analizar el escenario epidemiológico de acuerdo al riesgo de transmisión según tasa de incidente por jurisdicción sanitaria de los Establecimientos de Salud, se observa que las más altas tasas de incidencia se localizan en el distrito de Villa El Salvador, principalmente en los establecimientos concernientes a la Microred San José (PS Llanavilla y Señor de los Milagros); es más, el 83.3% de establecimientos de salud del distrito se encuentran en zona de muy alto riesgo de transmisión. En general se observa que el aumento a la tasa se encuentra en la población del PS Cardal, perteneciente a la Microred Pachacámac, esto debido a la escasa población que vive en esa jurisdicción.

En relación al escenario epidemiológico de acuerdo al riesgo de transferencia como tasa de incidente de baciloscopia positiva (BK+), se observa que los distritos de Villa El Salvador y San Bartolo se mantienen un alto riesgo de transmisión, destacándose un incremento significativo en el distrito de Pucusana en el periodo estudiado.

En relación al escenario epidemiológico de acuerdo al riesgo de transmisión según tasa de prevalencia (Morbilidad) de tuberculosis, se observa que los distritos de Villa El Salvador, Lurín, Pachacámac y San Bartolo mantienen un alto riesgo de transmisión, destacándose un incremento significativo en el distrito de Pucusana en el periodo estudiado.

Al analizar el antecedente de ser contacto de paciente con tuberculosis, se observa a nivel de la DRSVESLPP, el 33% de los casos refieren ser contactos de casos, de los cuales el 92% son casos de TB Pansensible y drogoresistente, el 5.1% son contactos de TB Multidrogo resistente y el 1% refiere ser contacto de un paciente con TB Extremadamente resistente.

Al analizar el antecedente tratamiento anterior, se observa que a nivel de la DRSVESLPP, el 13% de los casos refieren haber sido anteriormente tratados, de los cuales el 55% cumplieron su tratamiento de seis meses y han recaído.

A nivel de la DRSVESLPP, el 12.7% de los casos con tuberculosis tienen alguna comorbilidad, observándose una proporción del 11.5% y 14.8% entre hombres y mujeres respectivamente. A nivel de la DRSVESLPP se observa un incremento sostenido del riesgo de transmisión de 12 a 49 casos por 100000 habitantes (Dirección de RED de Salud Villa el Salvador – Lurín – Pachacamac – Pucusana, 2015)

El Centro Materno Infantil Juan Pablo II es una de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, y es responsable de abastecer las necesidades de salud de la población de su espacio referencial. Entre las funciones de la ESPCT, se encuentra en brindar a los casos de TB MDR/XDR. En el 2018 incremento de sintomáticos respiratorios identificados (SRI) en un 20 % en comparación al año anterior. El estudio de cohorte de pacientes nuevos y antes tratados de TB-MDR confirmada años 2013 al 2017, curado, abandonado, fracaso y fallecido. Asimismo, en el año 2018 número de casos de TB MDR, otros drogo resistente y TB XDR mayor porcentaje de pacientes (CMI Juan Pablo II, 2018).

1.3. Formulación del Problema

Problema General

¿Cuál es la causalidad del abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente del Centro Materno Infantil “Juan Pablo” II, Lima Metropolitana?

Problemas Específicos

¿Las reacciones adversas medicamentosas son la principal causa de abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente?

¿La presencia de otras enfermedades es una condición que propicia el abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente?

¿La falta de fármacos ocasiona el abandono al tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente?

¿Cuáles son los problemas que presentan los pacientes adictos a drogas y las que propician el abandono al tratamiento de la tuberculosis multidrogorresistente?

1.4. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Según, Navas Elorza & Moreno Guillen (2010) La dificultad de la resistencia a las medicinas antituberculosas no es un fenómeno nuevo, sino una consecuencia del proceso de la quimioterapia enfrentando a la enfermedad. Se manifiesta clínicamente el proceso de resistencia a las medicinas antibacterianas está puntualizado por los estudiosos británicos del *Medical Research Council* en 1948 se llegó a administrar la estreptomina en monoterapia para mejorar la tuberculosis; la efectiva quimioterapia antituberculosa son dos fases, con asociaciones de medicamentos integrando una rifampicina e isoniazida, que logra obtener mayor cantidad de mejoría infecciones patológicas activa conjuntamente un apropiado cumplimiento terapéutico, el uso de muestras incorrectas, por errores de prescripción médica, interacción medicamentosa, fallo de insumo, y mal adherencia a los tratamientos presentan

mayor problema de fracaso terapéutico, causando resistencias "primarias" que reducen principalmente el control de recuperación los de primera línea.

Según, Ziganshina, Titarenko & Davies (2013) este estudio fue desarrollado por la universidad de Liverpool, representada con los autores antes mencionados, con el fundamento de obtener la relación existente en la intervención educativa y el proceso de la enfermedad con el fin de colaborar a erradicar la temible enfermedad común en poblaciones en riesgo. Se utilizó a una población de 433 participantes que habían padecido la enfermedad, a quienes se les aplicó una encuesta y un programa de observación permanente, durante tres meses. Los resultados encontrados fueron que 70% de la muestra de estudio afirmó categóricamente haber sido favorecido en el tratamiento gracias a las estrategias educacionales que aplicó el personal médico y de enfermería. Por ello, dicho estudio concluye afirmando que existe una relación significativa entre la intervención educativa.

Según, Torres & Herrera (2015) los investigadores realizan el estudio: Perfil del paciente con tuberculosis que abandonan el tratamiento en Chile. Es la causa más importante que reducen la eficacia de la terapia. Entre las consecuencias están a la vista los problemas respectivos con el paciente, los medicamentos y con el procedimiento de salud. En este país, la proporción de abandono ha conservado en torno al 7%, a pesar de las diferentes estrategias implementadas para su prevención. Metodología: Estudio descriptivo de la investigación incluida en las audiencias de abandono encontrados entre los años 2009 y 2013. Resultados: Se indagaron 134 audiencias de abandono. Indagamos cumplir la acción de un 35,9% y la totalidad de los casos incompletos. Conclusión: Las manifestaciones refuerzan el momento de

aplicar el “riesgo de abandono” en los pacientes que integran a tratamiento para formar estrategias que permitan informar.

Según, Farías Curtidor, Mejía Bernal, Osorio Carmona, Pérez Peña & Preciado Aponte (2016) los investigadores realizan: Factores de riesgo para el desarrollo de tuberculosis multidrogorresistente en Colombia 2008 a 2011 como objetivo principal en personas enfermas de 18 años o más, iniciados a 3 Compañías Administradoras de Planes de Beneficios en Colombia, durante los años 2008 a 2011. Metodología se ejecutó una investigación de casos y controles entre varones y mujeres. Resultado de la edad media de los casos fue de 43 años y la de los controles de 39,5 años, el resultado prevalece en los varones con 73,3 %, los controles fueron mayores a las mujeres con 51,1 %. Conclusiones Ser hombre y obtener tratamiento previo para tuberculosis son principios de riesgo para el desarrollo de multidrogorresistencia. Es preciso realizar más investigación con el método de salud colombiano para entender en los encuentros con respecto al sistema subsidiado y el tratamiento de Tuberculosis multidrogorresistente.

Según, Estrada Mota & Ruvalcaba Ledezma (2018) realiza el estudio: Tuberculosis pulmonar, es delicado para el personal de salud que dificulta la salubridad pública. La tuberculosis pulmonar (TBP) es un mal infectocontagiosa originada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, cuyo depósito es el hombre y su conjunto de entrega a través del “flugge” expuesto por personas enfermas al toser o estornudar, contagia las vías respiratorias al no ser manifestada y tratada de manera adecuada llevando al paciente a la muerte. La enfermedad, demanda vigilancia y seguimiento por personal de salud, constituyendo un problema oculto para el personal en relación diaria con el paciente sin utilizar insumos de

defensa. En la actualidad constituye una molestia reemergente de Salud Pública en México dado a que la ocurrencia de este padecimiento se va empleando. Cada año se manifiestan aproximadamente de 15,000 pacientes nuevos y más de 2,000 muertes por esta causa, afecta primordialmente a varones, constituyendo un 60% de los casos por género. Implica resultados lamentablemente negativos.

Antecedentes Nacionales

Según, Rodríguez (2012) se buscó comprobar los factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar multidrogoresistente de la Región La Libertad. Es un estudio de tipo observacional analítico de casos controles. Teniendo 219 pacientes, con una edad aproximado de 37 años para casos y 38 para control. La búsqueda se adquirió de los informes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis. Rodríguez obtuvo la conclusión que: los problemas aumentaron en los factores ocasionando a los multidrogoresistente con los anteriores fracasos a esquema primario y el acercamiento con paciente que tiene TB MDR.

Según, Crispín et al. (2012) se establecieron las consecuencias de las dificultades de tuberculosis multidrogoresistente en establecimientos de salud urbano marginales 2006 – 2008. La investigación es de tipo observacional, descriptivo, analítico de casos y controles, emparejado en edad y género. Se pensó el caso a todo paciente determinado y que tomó tratamiento para TB-MDR y vigilancia a todo paciente determinado de esta enfermedad que afecta a los pulmones; asimismo sano al finalizar el tratamiento con fármacos de primera línea. La búsqueda fue realizada en la historia clínica, del cuaderno de anotación de pacientes y de la cartilla de control de tratamiento.

Según, Mendoza, Moore, Alarcon, Salmavides & Seas (2013) desarrollan su investigación: Propuestas de esquemas de tratamiento antituberculosis fundamentado en la susceptibilidad a isoniacida y rifampicina. Programaron como objetivo: Obtener esquemas de tratamiento para tuberculosis dependiendo con sus características de isoniacida (H) y rifampicina (R). Es una investigación operacional de tipo transversal en la cual se desarrolló utilizando base de datos de las características de susceptibilidad a medicamentos anti-TB de las cepas de M. tuberculosis. De acuerdo a los perfiles de severidad, inicios de terapéutica de la Organización Mundial de la Salud y costos en el país, se obtienen los esquemas mejor elaborados para cada agrupación. Con base en la resistencia a H y R, Mendoza et al. procesan y seleccionaron esquemas de tratamiento con mayor alta posibilidad de validez. Esta promesa es una facultad viable para combatir a la tuberculosis en Perú donde se viene difundiendo la prueba de sensibilidad rápida a H y R.

Según, Bonilla (2016) realizó la investigación de grado académico de Magister: Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en la Región de Callao, Perú, años 2010-2012. Se desarrolló la investigación analítica de casos y controles. Encontrando, problemas de varias causas: desconocimiento sobre la patología, no tener estable la curación, falta de interés de la sociedad, no tiene estable el horario atención para la toma de medicamentos, no recibe los resultados del laboratorio, consecuencia del abandono del tratamiento de tuberculosis multidrogorresistente. Estas manifestaciones se realizarían anticipadamente intervenciones clínico operacionales más reales, rápidas y de alto impacto.

1.4. Justificación de la investigación

Esta investigación va a beneficiar a los pacientes Multidrogorresistente para el tratamiento de las formas complejas de la enfermedad.

El tratamiento de los pacientes con TB MDR/XDR, se debe preparar o contribuir centros de hacinamiento evaluados, con un programa de control de patologías, hasta obtener el control de su estado de contagio. El testimonio de este régimen se mantiene a localizar la cadena de transmisión a contactos, aprueba un estudio general da lugar a un tratamiento más adecuado, vía endovenosa de drogas parenterales, guía de reacciones adversas medicamentosas, terapia de desarrollo nutricional y psicológica especializada.

Está contemplado en las últimas guías de dirección clínico de pacientes con TB MDR/XDR de la Organización Mundial de la Salud.

Es una prioridad de desarrollar estudios que establezcan los factores de riesgo asociados a la TB-MDR; al tener características de las consecuencias a los problemas importante como el exceso de alcohol, se puede formar estrategias de prevención puntualizada y favorecer a la prevención y control de salud pública.

Finalmente, la investigación permite comprender mejorar varios factores asociados al desarrollo de la TB-MDR y la caracterización epidemiológica de los pacientes que la padecen.

Para afrontar el problema del abandono al tratamiento de la tuberculosis, se solicita una mediación que manifieste la configuración clínica y epidemiológica; cualquier propuesta para el control de la enfermedad, deberá enunciar múltiples elementos y trabajar con las autoridades, ciñendo un abordaje tanto médico, como social y económico, considerar diversos medios familiares, comunitario y laboral. Esto aprobará que el control de la tuberculosis se

realice con protecciones de calidad, tecnología adecuada, finalmente dispongan de un contexto de salud pública óptima (Bonilla, 2008).

En la Norma Técnica de Salud indica el cuidado completo de los pacientes infectados, con el fin contribuir de apoyar la prevalencia a la enfermedad, al cabo de la orientación en la salud integral, en el cuadro del aseguramiento universal en salud.

1.6 Limitaciones de la investigación

Difícil acceso al ingreso al establecimiento de salud para realizar la investigación con una serie de procedimientos administrativos para el permiso, la distancia donde se encuentran las sedes de las oficinas de la Dirección de redes integradas de salud en diferentes distritos que tiene su flujograma para poder obtener el permiso de la investigación.

1.7 Objetivos de la investigación

Objetivo general

✓ Determinar la causalidad del abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Lima Metropolitana.

Objetivos específicos

✓ Determinar las reacciones adversas medicamentosas que causan el abandono al tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente.

✓ Identificar la presencia de otras enfermedades que propician el abandono al tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente.

✓ Identificar los fármacos ausentes que ocasionan el abandono al tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente.

- ✓ Identificar los problemas de pacientes adictos a drogas que propician el abandono al tratamiento de tuberculosis multidrogorresistente.

1.8 Hipotesis

No aplica al presente estudio

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual

La tuberculosis es la enfermedad patógena crónica, causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, que puede atacar cualquier organismo, produce una gran diversidad de casos clínicos que son afectados a los órganos (Farga, 2008).

En los antecedentes históricos, difunde: la tuberculosis es uno de los antecedentes del ser humano desde épocas ancestrales; unos consideran unos de las principales de la enfermedad conocida en los humanos. La especie se engrandece al neolítico cuando el hombre empieza con labores de ganadería y el *Mycobacterium bovis* muta a *Mycobacterium tuberculosis*, vienen ser un peligro al ser humano. La prehistoria de esta enfermedad además soporta manifestaciones arqueológicas en momias egipcias de 3000 años a.C (Saldarriaga, 2009).

Cartes (2013) mencionan durante la historia la tuberculosis se conoce con diferentes nombres, tisis, peste blanca o plaga blanca y parece reafirmar es una de las principales enfermedades humanas que se tiene comprendido. Alguna especie de micobacterias teniendo una presión selectiva, Obteniendo un reservorio en animales y luego pasa al hombre. Según los autores, desarrollan lugares de espécimen del *Mycobacterium bovis*, es la mayor antigüedad de las especies que incluyen el complejo *Mycobacterium*, junto con el *M. tuberculosis*, el *M. Africanum* y el *M. Microtti*.

El termino ptisis surge por primera vez en la bibliografía griega, alrededor del siglo V a.C menciona por Hipócrates en su obra monumental “*Corpus hipocraticum*”; la representó entre la población de 18 a 35 años y aproximadamente fatal. Otros datos históricos nos envían a Aristóteles que la enfermedad es por naturaleza y contagioso, varias personas pensaban en esa

época que era hereditario. Galeno, menciona la tisis es una ulceración de los pulmones, tórax o garganta, acompañada por tos, fiebre, y consunción del cuerpo por el pus (Barguena, 2012).

Estas ocasiones puede desarrollar la presencia de amplia resistencia en cepas clínicas con problemas al tratamiento de TB MDR, reconociendo la presencia de tuberculosis de extremada resistencia TB XDR, ocasionando la difícil curación y usualmente incurable. Estas condiciones es necesario aumentar conocimiento de los factores de riesgo que están agrupados y ayudan el abandono, para desarrollar estrategias de prevención (Palomino & Martín, 2016).

Este cuadro del abandono al tratamiento puede ser vulnerables a las personas, el peligro o amenaza de los argumentos, y los períodos definidos del recorrido clínico de la patología, que definen las circunstancias de riesgo no adherente al tratamiento de la tuberculosis. Se trata de dimensiones cuya correlación deberá ser reflejada en la indagación que se demanda para colocar en funcionamiento al sistema de información para la gestión, para que las autoridades sanitarias y la sociedad establezcan decisiones puedan evaluar la garantía de los programas de control integral del malestar y los tratamientos farmacológicos recomendado por la Organización Mundial de la salud (Culqui, 2012).

Tenemos un panorama completa del fenómeno de abandono que debemos conocer los problemas implicados como los resultados de la dificultad de la terapia, y no es labor fácil de controlar, organizar y analizar la interrelación de las diferentes variabilidades que llevan al abandono terapéutico, se plantea el resultado de esta investigación mostrando aquellas diferencias que permitan elaborar un diagnóstico del caso que inmediatamente podría abandonar, prevenir a lo largo del tratamiento. Reconociendo los factores de riesgo, experiencias para enseñar y motivando al paciente y trabajando estrategias para la alteración

de la conducta, permite mejorar la adherencia al tratamiento, aumentando y consiguiendo así resultados clínicos más favorables (Morales, Ferreira, Castillo, Pompa & Arias, 2015)

Etiología

La tuberculosis es producida por un bacilo de la familia Micobacteriaceae, orden Actinomycetales. Es Gram positivo, aeróbio obligado, inmóvil, no esperulado, acido-alcohol resistente, no flagelado. Mide 0,3 – 0,6µm x 1-4µm; la pared celular está constituida por un peptidoglicano (similar a otros Gram positivos), pero con la presencia del ácido N-glucolilmurámico unido a polisacáridos de cadenas ramificadas, proteínas y lípidos. Los ácidos grasos de cadena larga componen más del 60% de la masa total de la pared celular; otros componentes lípidos son micosidos, sulfolípidos y liporabinomanano. En la morfológica se acude la coloración de Ziehl Neelsen o Kinyoun, además se emplea la tinción de Gram.

El crecimiento de *M. tuberculosis* es lento en comparación a otros microorganismos, como *Escherichia coli*, pues mientras *E. coli* origina sus células hijas en 20 minutos, *M. tuberculosis* lo hace en 15 horas. Se debe a la pared hidrófoba que las hace agruparse, disminuye la filtración celular a los nutrientes. Aparecen las colonias entre 4 y 6 semanas y solicita una temperatura apropiada de 37°C.

El reservorio de *M. tuberculosis* es el ser humano, de diferentes variedades del *Mycobacterium perturban* al ganado vacuno. Las formaciones patógenas de mayor frecuencia son *Mycobacterium tuberculosis* y *Mycobacterium bovis*, especificado dentro de la familia Micobacteriaceae, son parte del complejo de tuberculosis, encontrándose incluidos *M. microti*, *M. africanum* y *M. canetti*, agrupados y aislados del patógeno. El tiempo de desarrollo es de

2 a 10 semanas. El bacilo no produce exotoxinas ni endotoxinas y los métodos patológicos son el resultado de reacciones inmunológicas del huésped. (MINSA, 2015)

Epidemiología

La tuberculosis (TB) es el primordial problema de salubridad mundialmente. Esta bacteria causada por la TB se traza en métodos de episodio, prevalencia y eliminación. En el año 2014 mundialmente se valoró, cerca de 9.6 millones de infectados con TB y 1,5 millones fallecieron a consecuencia de la enfermedad. También, se valoró que 480 mil pacientes desarrollaron esta enfermedad (TB-MDR) y 190 mil fallecieron a consecuencia de esto.

En el mundo, la tasa de incidente de TB altera largamente entre los países. El aumento de casos nuevos de TB alcanzó en países de las regiones de Asia Sudoriental - Pacífico Occidental (58%) y África (28%). Sin embargo son 22 países en todo el mundo donde hay gran cantidad de carga de esta patología, dentro de estos Sudáfrica y Swazilandia son los países con el episodio alto nivel mundial. En la región de las Américas la mayor parte de los países tienen tasas menores a 50 casos por 100 mil habitantes.

El año 2014 en el mundo, hubo una alta tasa de mortalidad por tuberculosis de 16 muertes por cada 100 mil habitantes y, 21.3 por cada 100 mil habitantes se indagaron muertes por TB en personas que vivían con VIH. Cerca del 75% del total de fallecidos de TB pasaron en las regiones de África y el Sudeste Asiático. La totalidad de las muertes por TB fueron de mayor cantidad los hombres, asimismo la TB se manifiesta una de las tres primordiales causas de fallecidos en las mujeres a nivel mundial (DGE, 2015).

Fisiopatología

La tuberculosis es un bacilo que transmite en las vías respiratorias primordialmente, a veces puede transferir de otras modalidades, como la sangre. Las gotitas en estos aerosoles (de Flugge) tiene un diámetro de 1-5 um; en personas con tuberculosis pulmonar activa, un toside genera hasta 3.000 gota infecciosas. El nodo bacterial necesario para la infección es baja, siendo necesarios solo entre 5 a 10 microorganismos. Cuando bacilo ingresa al alveolo es fagocitado por los monocito-macrófagos alveolares; en este lugar, los organismos crecen de 2 a 12 semanas, hasta ser un número de 1.000 a 10.000, habiendo la mínima cantidad para iniciar una contestación inmune de tipo celular, se puede mirar mediante la prueba de reacción a la tuberculina. Su componente antigénico lo debe a los muchos componentes de su pared, los cuales activan células de Langerhans, linfocitos y leucocitos polimorfonucleares. Una vez en el macrófago, el bacilo puede ser eliminado o puede facilitar y producir la lisis de la célula, a su vez provoca una respuesta inflamatoria puede ser local o diseminada (Dholakia, Quazi & Mistry, 2012).

Cuando una persona está infectada, la infección puede tomar una variedad de caminos, la mayoría de los cuales no conducen a tuberculosis real. La infección puede ser eliminada por el sistema inmológico del huésped o suprimida en una forma inactiva llamada infección tuberculosa latente (ITL), con huéspedes resistentes controlando el crecimiento bacteriano en focos distantes antes del desarrollo de la enfermedad activa. Los pacientes con ITL no pueden contagiar la TB (MINSAs, 2013).

Las principales causalidades de riesgo para TB-MDR para abandonar el tratamiento son los siguientes:

- ✓ Negación a esquema con fármacos de primera línea

- ✓ Acercamiento de caso confirmado de TB-MDR
- ✓ Co-infección con VIH
- ✓ Recaída después de haber sido dado de alta con medicinas de segunda línea
- ✓ Personas privadas de su libertad
- ✓ Antecedentes de tratamientos múltiples
- ✓ Referencias de incumplimiento al tratamiento, ausente o terapia no supervisada.
- ✓ Reingreso con bacteriología positiva posteriormente de haber considerado criterio de abandono y tomado un tratamiento de manera incumplido por más de un mes o después de haber recibido un tratamiento inadecuado por más de un mes.
- ✓ La reacción adversa a fármacos antituberculosos (RAFA)
- ✓ El peligro de la tuberculosis el decaimiento, el aislamiento, la necesidad, la falta de instrucción, la discriminación, la marginalidad, la falta de seguimiento por el programa de control de la enfermedad.
- ✓ Lo países con crisis económicas, sociales y políticas periódicas.

Estas consecuencias prevalecen una intranquilidad constante. El VIH es otra enfermedad de mayor peligro, cuyo tratamiento es bastante complejo (Ceccotti, 2009).

Causales generales de la tuberculosis multidrogorresistente

TB MDR es cuando el Bacilo de Koch se retorna resistente a las medicinas más principales a la terapia antituberculosa combinada: Rifampicina e Isoniacida.

La multidrogo-resistencia es el signo de mayor gravedad a la tuberculosis. Si un procedimiento adecuado progresa hasta la eliminación pulmonar uniforme con riesgo de inhabilidad y muerte.

La TB MDR es un mal curable se retorna incurable si no encuentran un nuevo tratamiento. El tratamiento es caro además molesto para el enfermo. Los pacientes multidrogorresistente es un origen altamente delicado de contagio para las personas de su entorno, ya que dispersan bacilos de la TB y de las cepas MDR. Las personas de la salud suponen como problema de riesgos para el desarrollo de TB MDR y requieren mayor cuidado en el diagnóstico de tuberculosis, los siguientes:

- ✓ Utilización de esquemas y toma de tratamientos incorrectos
- ✓ No cumplen con la administración de los medicamentos
- ✓ No disponibilidad de medicamentos
- ✓ Desabastecimiento de medicinas en cantidad de abastecimiento
- ✓ Automedicación
- ✓ Drogadicción, alcoholismo, etc
- ✓ Abandonos frecuentes del tratamiento

En 1993 la OMS declaro en emergencia mundial la TB y en 1996 había alrededor de cinco millones de personas en el mundo con TB MDR, considerando un peligroso al problema de salud pública que requiere atención primordial.

Pronto los diferentes grupos de la sociedad civil empezaron a buscar mejores estrategias para enfrentar la problemática de la TB MDR, para la atención de los enfermos afectados con TB MDR son los siguientes:

- ✓ Compromiso político de afirmar el soporte logístico y económico para la ejecución de la estrategia.
- ✓ Coordinación entre las diferentes áreas para afirmar el abastecimiento de medicamentos de segunda línea y de buena calidad y toda las demás actividades de la mejora del programa de

atención. Coordinación con los diferentes niveles: la asociación, el servicio de salud, estrategia nacional del programa y el nivel internacional.

- ✓ Buena red de laboratorios que prueban la eficacia de los resultados alcanzados para afirmar un diagnóstico rápido para la resistencia de los fármacos.
- ✓ Correcta estrategia para afirmar el tratamiento totalmente registrado y control de las reacciones adversas.
- ✓ Profesionales de la salud que manejen el tratamiento estandarizado, como individualizados según cada caso puntualizado.
- ✓ Un buen sistema de información y recolección de datos que permita: la planificación del programa, implementación de la programación, monitoreo y evaluación (Van Der Linde, 2003).

Circunstancias frecuentes sobre la tuberculosis multidrogorresistente en el Perú

En la década de los 80 implementaron en el país un tratamiento abreviado de 8 meses con 4 medicamentos, auto administrado en la segunda fase, sucedieron usuales sucesos de carencia de medicinas. Ambos ocasionan obstáculos e irregularidades en el tratamiento como consecuencia a los factores de riesgo para adquirir resistencia a los antibióticos (Van Der Linde, 2003).

Causas de la tuberculosis multidrogorresistente en el Perú

Una serie de causas que dan lugar al problema de la multidrogorresistencia en la dimensión cogida en la actualidad. Tenemos en tres grupos, cada uno cuenta en forma específico. Estos grupos son:

- ✓ Causales desde las políticas del programa de tuberculosis relacionados con el diagnóstico y el tratamiento.
- ✓ Causales desde los enfermos y
- ✓ Causas desde la operatividad del programa (Van Der Linde, 2003).

Causales desde las políticas emanales RPNCT

Estas causas suelen ser difícil que trataremos de expresar a partir del análisis documentario de diferentes fuentes, para hacer diagnosticado, con TB MDR, y tomar un tratamiento eficaz. Algunas personas con alta probabilidad de ser MDR obtuvieron la ocasión de formar o concluir la vía crucis, quedando en el camino agotado físicamente o moralmente o murieron:

Entre estos causales identificamos los siguientes:

- ✓ Proceso de diagnóstico de MDR largo y engorrosos
- ✓ El manejo de los tratamientos
- ✓ Instancias burocráticas para definir diagnóstico y tratamiento (Van Der Linde, 2003).

Causales desde los enfermos

No es fácil incentivar a los pacientes del momento de efectuar rigurosamente con el tratamiento y acudir precisamente al establecimiento de salud a toma de medicamentos.

Mencionamos que tenemos variedades de factores que aprobaron una toma irregular de los fármacos: tan pronto el paciente sentía mejoría abandonaban el tratamiento por su nivel pedagógico nunca cumplían con el tratamiento completo. Otra consecuencia era la condición económica dificultad de asistir diariamente, priorizaban su trabajo permitiendo un ingreso

económico y abandonaban el tratamiento. Por falta de dinero y no tener para la movilidad diaria y poder recibir el tratamiento, llevando un tratamiento irregular.

Además, los motivos de vergüenza por parte de la sociedad y su entorno por su enfermedad sienten bajo autoestima para no ser visto por sus amigos o compañeros de trabajo (Van Der Linde, 2003).

Causales desde la operatividad del programa de tuberculosis

El problema del desabastecimiento de los medicamentos en la década de los 80, se entregaban a los pacientes las recetas para su compra y por falta de economía y no existir en el mercado, no podían continuar con el tratamiento causando interrupciones más o menos prolongadas, ocasionando el abandono al tratamiento.

La alternativa profesional propicio cualidades en el personal, además la poca crítica frente a los hechos.

En varios establecimientos de salud la consulta diaria al paciente con TB está ubicada en lugares precarios, reducidos, pocos accesibles y con dificultad de facilitar la intimidad e individualidad del afectado, causando que el paciente empida acudir al servicio para no ser visto y ocasionalmente recibir mal trato. (Van Der Linde, 2003).

Tabla 2.**Clasificación de Medicamentos antituberculosis 2016(*)**

MEDICAMENTOS PARA TB MDR			
GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D
FLUOROQUINOLO NAS	INYECTABLES DE SEGUNDA LINEA	2° LINEA VIA ORAL	OTROS AGENTES
LEVOFLOXACINA 15 mg/kg	AMIKACINA 15 -20 mg/kg	ETIONAMIDA/PROT HIONAMIDA 15 mg/kg	D1 PIRAZINAMIDA ETAMBUTOL ISONIAZIDA ALTAS DOSIS
MOXIFLOXACINO 10 mg/kg	KANAMICINA 15 - 20 mg/kg	CICLOSERINA 15 mg/kg	D2 BEDAQUILINA DELAMANID
	CAPREOMICINA 15 - 20 mg/kg	LINEZOLID 10 mg/kg	D3 PAS IMIPENEM/CILAST ATINA MEROPENEM AMOXICILINA/CIV
	ESTREPTOMICINA 15 - 20 MG/KG	CLOFAZIMINA 200 - 300 mg/d	

(*) Referencia y adaptación: Guía de OMS, tratamiento TB resistente. 2016

Fuente: RM N° 752-2018/MINSA (17/08/2018) "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis).

La dosis de las medicinas administrados para el manejo de TB resistente en el país se muestra en la Tabla 3 de la presente Norma Técnica de Salud.

Tabla 3.

Medicamentos para TB resistente

Farmacos	Dosis		Dosis en adulto		Dosis máxima (>70 Kg)	Presentación en forma individual
	3 meses-<18 años	<33 Kg	33-50 Kg	51-70 Kg		
Acido Para amino Salicilico - sachet (PAS)	200-300 mg/kg/d	150 mg/kg/d	6-8 g/día	8 g	8-12 g	PAS sachets x 4 g
Amikacina (Am)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. X 500 mg Amp. X 1000 mg
Amoxicilina/Clavulato (Amx/Clv)	80 mg/kg dividida en 2 dosis basado en amoxicilina		40 mg/kg/día, máximo 2000 mg Adultos: 1000/250 mg cada 12 horas			Tab. X 500/125 mg
Bedaquiline (Bdq)	No indicado ^a	400 mg/día x 14 dosis. Luego 200 mg 3v/sem. por 22 semanas				Tab. X 100 mg
Capreomicina (Cm)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. X 1 g
Cicloserina (Cs)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500 mg	750 mg	1000 mg	Tab. X 250 mg
Clofazimina (Cfz)	2-3 mg/kg/día, si el niño tiene <25 kg dar 100 mg cada 2 días. Max. 200 mg	200 a 300 mg por día hasta pigmentación de la piel (2 meses), luego 100 mg/día		3-5 mg/kg/día		Capsula x 100 mg
Delamanid (Dlm)	3-5 mg/kg/d		100 mg cada 12 horas o 3-5 mg/kg/día			Tab x 50 mg
Etambutol (E.)	15-25 mg/kg/d Max. 1200 mg/d	20-25 mg/kg/d	800-1200 mg	1200-1600 mg	1600 mg	Tab x 400 mg
Estreptomicina (S)	20-40 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. X 1 g
Etionamida (Eto)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500 mg	750 mg	1000 mg	Tab. X 250 mg
Imipenem/cilastatina (Ipm/Cln) ^b	Solo IV, según prescripción de médico tratante		20 - 40 mg/kg/día en 2 dosis Adultos: 1000 mg cada 12 horas			Amp. X 500 mg
Isoniacida altas dosis	15-20 mg/kg/d		15 mg/kg/d, máximo 900 mg/día			Tab. X 100 mg
Kanamicina (Km)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. X 1 g
Levofloxacina (Lfx)	≤ 5 años: 7.5-10 mg/kg x 2v/d > 5 años: 10-15 mg/kg/día	10-15 mg/kg/d	500-750 mg	750 mg	750-1000 mg	Tab. X 500 mg Tab. X 250 mg
Linexolid (Lzd)	Niños < 10 años: 10 mg/kg/dosis, 2v/d Niños ≥ 10 años: 300 mg diario		Adultos: 10-20 mg/kg/día (600 mg una vez al día)			Tab. X 600 mg
Meropenem (Mpm)	20-40 mg/kg c/8 h Max 6gr/d	20-40 mg/kg c/8h Adultos: Iniciar con 1000 mg cada 8 horas, o 2000 mg cada				Amp x 500 mg
Moxifloxacino (Mfx)	7.5-10 mg/kg/d Max 800 mg	10 mg/kg/d Max. 400 mg	Max. 600 mg	Max 800 mg	800 mg	Tab. X 400 mg
Thioridazina (Tio)	> 2 años y < 10 a : 0.5-3 mg/kg/día. Max 100mg/día ≥ 10 a. y < 18 a : 200 mg/día	Adultos iniciar con 50 mg/día, aumentar 50 mg/día cada semana según tolerancia, hasta alcanzar dosis máxima de 250 mg/día Al termino del tratamiento programado, retirar en foirma progresiva 50 mg/día cada mes en el ultimo trimestre				Tab. X 100 mg

a Según las recomendaciones de OMS y DIGEMID para la inclusión adecuada de su uso.

b Para 3 meses a <18 años, preferir Meropenem según disponibilidad

Fuente: RM N° 752-2018/MINSA (17/08/2018) "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis).

Definición de Términos

- ✓ **Abandono:** Individuo que inicia tratamiento y es irregular por 30 días siguientes más. (MINSa, 2013).
- ✓ **Caso de TB pansensible:** Desarrolla de sensibilidad a todos los fármacos de primera línea por pruebas de sensibilidad convencional (MINSa, 2013).
- ✓ **Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR):** Resistencia presente a isoniacida y rifampicina por ensayos convencionales (MINSa, 2013).
- ✓ **Caso de TB drogorresistente:** Demuestra resistencia a los fármacos anti-tuberculosis sin efectuar criterio de TB MDR (MINSa, 2013).
- ✓ **Caso de coinfección TB latente – VIH:** Presenta de modo simultanea los diagnósticos de tuberculosis latente e infección por VIH (MINSa, 2018).
- ✓ **Curado:** Paciente que terminan el tratamiento y presentan 10 cultivos mensuales negativos siguientes en los posteriores 12 meses al tratamiento programado para casos de TB MDR y TB XDR (MINSa, 2013).
- ✓ **Esquema estandarizado:** Es un esquema temporal a manejar con factores de riesgo para TB MDR, por la rigidez de su estado, no se puede esperar el resultado de la PS rápida o convencional para iniciar tratamiento. (MINSa, 2018).
- ✓ **Esquema empírico:** Paciente con diagnóstico de TB resistente según PS rápida.
Paciente con diagnóstico de TB resistente según PS convencional solo a medicamentos de primera línea (MINSa, 2018).
- ✓ **Esquema individualizado:** Paciente con diagnóstico de TB resistente con resultados de una PS convencional para medicamentos de primera línea y segunda línea (MINSa, 2018)

- ✓ **Fallecido:** Paciente que muere por alguna razón durante el tratamiento de la tuberculosis (MINSA, 2013).
- ✓ **Fracaso:** Paciente que no alcanza la evolución bacteriológica al sexto mes de tratamiento o produce reversión bacteriológica después del sexto mes.

Además se considera como fracaso cuando demuestra la ampliación de la resistencia, a una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (MINSA, 2013).
- ✓ **Tratamiento completo:** Paciente que completó el tratamiento programado sin demostración de fracaso (MINSA, 2013).
- ✓ **Tuberculosis (TB):** Enfermedad infectocontagiosa causada por la bacteria o bacilo *Mycobacterium tuberculosis* que impresiona al ser humano, moviendo una enfermedad crónica que implica principalmente los pulmones, puede perturbar otro órgano (Ley N° 30287, 2014).
- ✓ **Medicamentos de segunda línea para TB resistente:** Son medicinas causadas a un menor efecto bactericida y tienen ocasionar mayor cantidad de eventos adversos. Son utilizados para el tratamiento de la tuberculosis resistente (Ley N° 30287, 2014).
- ✓ **Reacciones adversas:** Es cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento (MINSA, 2014)
- ✓ **Resistencia a medicamentos antituberculosis:** La resistencia del *Mycobacterium tuberculosis* se debe a la mayor mutación genética, causada por monoterapia encubierta, irregularidad de acumulación de drogas (Toman, 2004).

II. MÉTODO

3.1 Tipo de Investigación

El estudio es de tipo observacional descriptivo transversal, porque el objetivo que llevo a describir la realidad y no implico modificación de una variable; de asociación cruzada, ya que se estudió la relación entre ellas (sin atribuir causalidad); transversal, porque se realizó una sola toma de datos por variable a los sujetos de estudio.

3.2 Población y muestra

Se llevo a cabo en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, situado entre la Av. Mariano Pastor Revilla s/n sector 6 Mza. 01 Lote. 1 Gru. 6-A - en el distrito de Villa el Salvador.

El Centro Materno Infantil Juan Pablo II, tienen diferentes servicios de salud que se encuentra en el distrito de Villa el Salvador. Su función básica, es brindar Servicios de salud Preventivamente Promocional y desempeño. Contamos con una población total estimada para el año 2019 a nivel Centro Materno Infantil, de 62,662 mil personas.

El cuanto al programa de Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis cuentan con personal de salud capacitado.

La población para el siguiente estudio es considerar a los pacientes Multidrogorresistente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador:

- ✓ Poblaciones mayores a 18 años
- ✓ Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador: Cuenta con un total de 40 pacientes.

Características sociodemográficos de pacientes con TB MDR

Del total de pacientes incluidos el mayor porcentaje en el estudio, el 65% son masculino de mas probabilidad de poder abandonar el tratamiento, dentro de la edad entre 15 a 20 años un 25% de casos de mayor probabilidad de riesgo de no cumplir con el tratamiento, el 30% son estudiantes con secundaria completa y el 40% de ocupación desempleado por causa de la enfermedad dejaron de trabajar.

Tabla 4.

Características sociodemográficas de los pacientes

Características	Categorías	Nº	%
Edad	15 a 20	10	25.0
	21 a 30	8	20.0
	31 a 40	7	17.5
	41 a 50	6	15.0
	51 a +	9	22.5
Genero	Masculino	26	65.0
	Femenino	14	35.0
Grado de Instrucción	Primaria Completa	3	7.5
	Primaria Incompleta	2	5.0
	Secundaria Completa	12	30.0
	Secundaria Incompleta	10	25.0
	Superior Completo	9	22.5
	Superior Incompleto	4	10.0
Ocupacion	Empleado	3	7.5
	Independiente	7	17.5
	Desempleo	16	40.0
	Estudiante	5	12.5
	Ama de Casa	9	22.5

Fuente: Encuesta may-jun 2019.
Registro Centro Materno Infantil "Juan Pablo II"

3.3 Operacionalización de variables

- ✓ Acceso al tratamiento en la atención de salud
- ✓ Causas generales de salud
- ✓ Comportamiento del paciente en el tratamiento

- ✓ Consumo de medicinas para el tratamiento de la tuberculosis

3.4 Instrumentos

3.4.1 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La encuesta que se utilizó es parte del estudio de investigación que nos ayudó a determinar la causalidad del abandono al tratamiento pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en el Centro Materno Infantil de Juan Pablo II de Villa el Salvador.

Contestando el cuestionario de preguntas cerradas marcando la respuesta que usted considero correcto.

El contenido de la encuesta incluyó información personal del paciente y preguntas de estructuras como:

1. Tomar los medicamentos sin ninguna supervisión
2. Desabastecimiento de medicamento
3. Abandono al tratamiento
4. El consumo de alcohol, drogas, migración o tener enfermedades crónicas
5. Familiar fallecido de tuberculosis.

3.4.2 Validación de instrumentos de recolección de datos

El cuestionario de valoración sobre la causalidad del abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente, fue validado mediante juicio de expertos, interviniendo para lo cual cinco expertos (5), de los cuales tres son químicos farmacéuticos del área de farmacia responsable de la supervisión y monitoreo del tratamiento de los pacientes

tuberculosis multidrogorresistente y dos nutricionistas clínicas. Para la valoración del instrumento se emplearon los siguientes criterios: 1) Claridad y adecuación del lenguaje utilizado para los pacientes multidrogorresistente; 2) Coherencia de composición de ítems entre indicadores y dimensiones; 3) Cantidad suficiente de ítems por indicador; 4) Organización y secuencia lógica de ítems; 5) Factibilidad para describir la causalidad del abandono al tratamiento; 6) Utilidad del instrumento para los objetivos del estudio.

Los resultados según los rangos asignados por los expertos y el promedio global, que equivale una buena validez de contenido del instrumento para recoger la información

(Tabla 5).

Para evaluar la fiabilidad del instrumento se consideró el nivel de valoración determinado mediante la puntuación promedio alcanzado por criterio y en la puntuación promedio global, siendo 1 a 4 puntos un nivel deficiente de fiabilidad y de 9 a 10 puntos un nivel muy bueno de fiabilidad. Escribir (Anexo 4) están referidos a las 5 fichas de valoración de los expertos.

Tabla 5.

Valoración de expertos según criterios de validez de contenido del cuestionario sobre la causalidad del abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente

Expertos	Criterios de valoración					
	a	b	c	d	e	f
1	7	7	8	8	7	7
2	7	5	8	7	8	8
3	10	10	10	10	10	10
4	6	6	8	7	8	8
5	9	8	7	8	9	9
Promedio	7.80	7.20	8.20	8.00	8.40	8.40

Niveles: 1-4 Deficiente; 5-6 Regular; 7-8 Buena; 9-10 Muy buena

Promedio global 8.00

Los resultados según criterios indican puntuaciones con intervalo de 7.4 a 8.2; mientras que en la puntuación global se obtiene $X = 8.00$ puntos. Es decir, en ambas condiciones se superan la puntuación mínima requerida para una buena fiabilidad del instrumento (7 vs 10 puntos), sea según validez por criterios y sea en validez global del cuestionario. Destacándose el cuarto criterio, relacionado a la organización y secuencia lógica de ítems (9.6 vs 10.0 puntos), que equivale a una muy buena fiabilidad; y el mínimo puntaje, que está relacionado a la coherencia de composición de ítems entre indicadores y dimensiones (7.2 vs 10.0) que equivale a una buena fiabilidad (Tabla 5; Anexo 1 y Anexo 3: Ficha Técnica).

Concluyéndose que el instrumento de recolección de datos a emplearse en el estudio es válido y confiable, porque los valores hallados tanto en validez de contenido por juicio de expertos como en la fiabilidad por nivel puntuación. Sin embargo, adicionalmente y previa la recolección de datos definitivos se evaluó la confiabilidad según la técnica de consistencia interna. Asimismo, se considera la autorización para la evaluación de la actividad dejando constancia de consentimiento Anexo 5.

3.4.3 Fiabilidad del instrumento de recolección de datos (alpha de Cronbach)

- ✓ Alpha es un coeficiente de correlación al cuadrado, que calcula la uniformidad de las propuestas promediando todas las afinidades de los ítems para verificar, efectivamente, se parecen.
- ✓ La definición es que, cuanto más se acerque el índice 1, mejor es la fiabilidad, fundamentando una fiabilidad a partir de 0,80.

Su fórmula estadística es la siguiente:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K: El número de ítems
 Si²: Sumatoria de Varianzas de los Ítems
 S_T²: Varianza de la suma de los Ítems
 α: Coeficiente de Alpha de Cronbach

3.5 Procedimientos

- 1) Los datos se llegaron analizar utilizando el programa estadístico SPSS
- 2) Se realizo los análisis estudiados y evaluados en cuanto a la causalidad del abandono al tratamiento de riesgos ocasionados.
- 3) Se realizo análisis de diversas causalidades del abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis Multidrogorresistente.
- 4) En cuanto al análisis de los datos recabados con la encuesta, se realizo las propuestas para implementar el adecuado abastecimiento y seguimiento a los pacientes Multidrogorresistente en el Programa de Control de Tuberculosis.

3.6 Analisis de datos

Se empleo un análisis observacional descriptivo transversal en la población en general y luego solo se tomó los datos por variable independiente a los sujetos de estudio. Para el análisis de la variable independiente, se realizó los siguientes pasos:

Para realizar el análisis de la causalidad del abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente, se empleó la prueba chi cuadrado cuya formula es el siguiente:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

χ^2 = Chi cuadrado

$K-1$ = Grados de libertad

O_i = Frecuencia observada o empírica

$E_i = n \cdot p_i$, n es el tamaño de la muestra y p_i la probabilidad del i -esimo valor o intervalo de valores según la hipótesis nula

Esta Prueba H Kruskal-Wallis se emplea para 3 o más agrupaciones de las variables de los objetivos que salieron como resultado cuya formula es:

$$X^2_H = \frac{12}{H K (K + 1)} \sum R_i^2 - 3H (K + 1)$$

H = Prueba de Kruskal-Wallis

N = Total de la muestra

R_i^2 = Sumatoria de los rangos elevados al cuadrado

N_i = Muestra de cada grupo

L = Ajuste de ligas o empates de los rangos

La prueba U Mann-Whitney son utilizados en dos agrupaciones (variables) que fueron utilizados en el objetivo es la siguiente formula:

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_2$$

n_1 y n_2 = Tamaños de cada muestra

R_1 y R_2 = Rangos de las observaciones de las muestras 1 y 2

Equitativamente

U = Mínimo de U_1 y U_2

IV. RESULTADOS

4.1 Causalidad del abandono

Se describe los principales resultados de esta investigación sobre la causalidad del abandono al tratamiento en tuberculosis multidrogorresistente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

Las causalidades del abandono al tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en el ámbito de riesgo fueron jerarquizadas según el valor de las frecuencias relativas, agrupándose en nueve causalidades diferenciadas (Tabla 6). Determinándose que la principal causa de abandono al tratamiento se debe a las reacciones adversas medicamentosas que corresponde a más de las 4/5 partes de la población estudiada (82,5%), seguido por la presencia del VIH y de trastornos psiquiátricos en más de la mitad de los Pacientes (62,5%). En tercer lugar, se encuentra la adicción de drogas donde más de la tercera parte de la población se encontraban consumiendo tabaco, marihuana, alcohol (35%), seguido de los malestares de vómitos y mareos al tomar los medicamentos para TBC en más de la tercera parte de los entrevistados (32,5%) (Tabla 6). Igualmente, en la cuarta parte de los Pacientes entrevistados (25%) declararon como causa de abandono al tratamiento. Debido a las molestias como náuseas y dolor de cabeza; seguido por náuseas y dolor de estómago (22,5%) y de diarrea y dolor de estómago (20,0%).

Tabla 6.***Causalidades del abandono al tratamiento en pacientes TB MDR***

Causalidades	N°	%	J ₀	X ²	gl	p	Rango prom.	H
Principal motivo para el abandono								
RAM	33	82,5	1°					
Falta de fármacos	3	7,5	8°					
Falta de informacion o horario de atencion	3	7,5	8°	70,800	3	0,0003	88,65	
Lejanía al establecimiento de salud	1	2,5	9°					
Molestias que presentan al tomar los medicamentos								
Vomitos y mareos	13	32,5	4°					44,031
Nauseas y dolor de cabeza	10	25,0	5°					gl=2
Nauseas y dolor de estomago	9	22,5	6°	1,400	3	0,706	50,41	p<0,0003
Diarrea y dolor de estomago	8	20,0	7°					
Otros factores que ocasionan el abandono al tratamiento								
Otras patologias (VIH, Psiquiatrica)	25	62,5	2°	21,650	2	0,0002	42,44	
Adiccion a drogas	14	35,0	3°					
Inestabilidad laboral o no tener domicilio fijo	1	2,5	9°					
Total	40	100,0						

Leyenda: J₀=jerarquia según frecuencia relativa; X²=prueba de chi-cuadrado (sig. P<0,05); gl=grado de libertad; p=probabilidad o significancia; H=prueba de Kruskal Wallis (sig. P<0,05)

Fuente: Encuesta may-jun 2019.

Registro Centro Materno Infantil "Juan Pablo II"

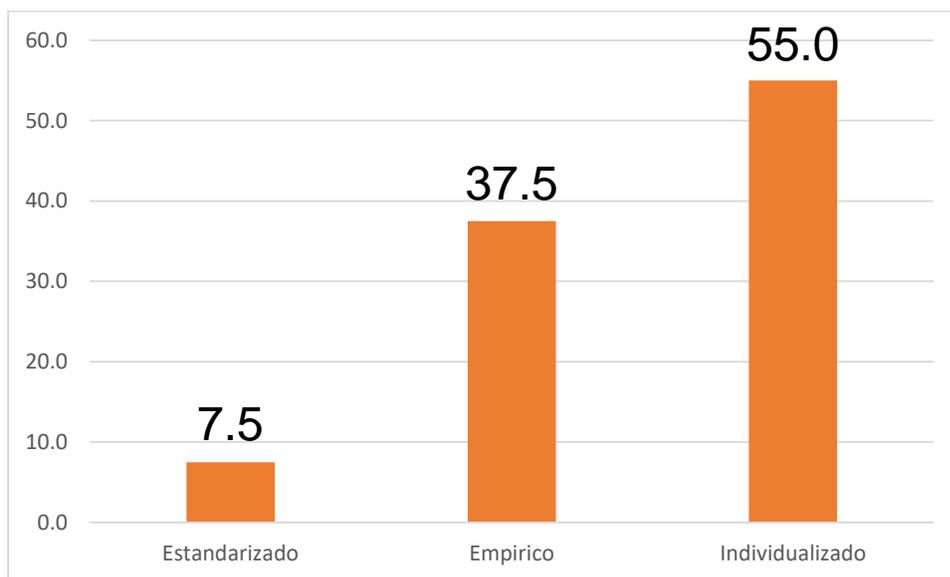
Esquema de tratamiento aplicado en paciente con tuberculosis multidrogorresistente

Del total de personas entrevistadas a la mayor cantidad de pacientes fueron tratados bajo el esquema individualizado 22 pacientes diagnosticados con un (55,0%) de tuberculosis resistente con una prueba de sensibilidad convencional medicamentos de primera línea segunda línea, 15 pacientes con 37,5% de esquema empírico pacientes con diagnóstico de TBC resistente según la

prueba de sensibilidad rápida y 3 pacientes con 7,5% estandarizado no se puede esperar el resultado rápido o convencional para iniciar el tratamiento.

Figura 1.

Numero de casos según el tipo de esquema aplicado en pacientes TB MDR en el CMI Juan Pablo II Lima Metropolitana



Fuente: Encuesta may-jun 2019.
Registro Centro Materno Infantil "Juan Pablo II"

4.2 Condiciones del abandono al tratamiento

Las condiciones del abandono al tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en el ámbito de riesgo fueron jerarquizadas según el valor de las frecuencias relativas, agrupándose en nueve causalidades diferenciadas (Tabla7). Determinándose que la principal causa de abandono al tratamiento se debe a las reacciones adversas medicamentosas que corresponde a más de las 4/5 partes de la población estudiada (82,5%), seguido por la presencia de suspensión al tratamiento por varios días es más de la

mitad de los Pacientes (40,0%). En tercer lugar, se encuentra quizás presentan alteraciones más de la tercera parte de la población (37,5%), seguido que podría ser otras alteraciones (32,5%) (Tabla 7). Igualmente, en la cuarta parte de los Pacientes entrevistados (30,0%) declararon como causa de abandono al tratamiento. Debido a la suspensión al tratamiento por un mes y por mas de un mes y seguido tal vez presentan alteraciones (25,0%).

Tabla 7.

Significancia estadística sobre las condiciones del abandono al tratamiento en pacientes con TB MDR CMI Juan Pablo II Lima Metropolitana

Causalidades	N°	%	J ₀	X ²	gl	p	Rango prom.	H
Principal motivo para el abandono								
RAM	33	82,5	1°					
Falta de fármacos	3	7,5	7°					
Falta de informacion o horario de atencion	3	7,5	7°	70,800	3	0,0003	92,60	
Lejanía al establecimiento de salud	1	2,5	9°					55,595
Abandono por presencia de alteraciones								
Quizas	15	37,5	3°					gl=2
Podria ser	13	32,5	4°	9,800	3	0,020	47,95	p<0,0008
Tal vez	10	25,0	6°					
Nunca	2	5,0	8°					
Tiempo de suspensión en el tratamiento								
Por varios días	16	40,0	2°	0,800	2	0,670	40,95	
Por un mes	12	30,0	5°					
Por más de un mes	12	30,0	5°					
Total	40	100,0						

Leyenda: J₀=jerarquía según frecuencia relativa; X²=prueba de chi-cuadrado (sig. P<0,05); gl=grado de libertad; p=probabilidad o significancia; H=prueba de Kruskal Wallis (sig. P<0,05)

Fuente: Encuesta may-jun 2019.

Registro Centro Materno Infantil "Juan Pablo II"

4.3 Problemática del tratamiento en los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente

Para identificar la problemática del abandono al tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en el ámbito del riesgo se ordenaron según la jerarquía del valor de las frecuencias relativas, agrupándose en once jerarquías de causalidades diferenciadas (Tabla 8). Determinándose que la principal causa de abandono al tratamiento se debe a las reacciones adversas medicamentosas que afectó a más de las 4/5 partes de la población estudiada (82,5%), seguido por la presencia del VIH y de trastornos psiquiátricos que declaran más de la mitad de los Pacientes (62,5%). En tercer lugar, se encuentra presente estas alteraciones más de la tercera parte de población (37,5%), Cuarto lugar, encontramos adicción de drogas consumiendo tabaco, marihuana, alcohol (35,0%), seguido de que podría ser estas alteraciones y los malestares de vómitos y mareos al tomar los medicamentos para TBC en más de la tercera parte de los entrevistados (32,5%) (Tabla 8). Igualmente, en la cuarta parte de los Pacientes entrevistados (25,0%) declararon como causa de abandono al tratamiento. Debido que tal vez estas alteraciones a las molestias como náuseas y dolor de cabeza; seguido por náuseas y dolor de estómago (22,5%); y asimismo diarrea y dolor de estómago (20,0%).

Tabla 8.

Problemática de pacientes con tratamiento de TB MDR

Causalidades	N°	%	J ₀	X ²	gl	p	Rango prom.	H
Principal motivo para el abandono								
RAM	33	82,5	1°					
Falta de fármacos	3	7,5	9°					
Falta de información o horario de atención	3	7,5	9°	70,800	3	0,0003	128,45	
Lejanía al establecimiento de salud	1	2,5	11°					
Otros factores que ocasionan el abandono al tratamiento								
Otras patologías (VIH, Psiquiátrica)	25	62,5	2°	21,650	2	0,00002	72,59	
Adicción a drogas	14	35,0	4°					
Inestabilidad laboral o no tener domicilio fijo	1	2,5	11°					64,333 gl=3 p<0,0007
Abandono por presencia de alteraciones								
Quizás	15	37,5	3°	9,800	3	0,020	65,86	
Podría ser	13	32,5	5°					
Tal vez	10	25,0	6°					
Nunca	2	5,0	10°					
Molestias que presentan al tomar los medicamentos								
Vómitos y mareos	13	32,5	5°					
Nauseas y dolor de cabeza	10	25,0	6°	1,400	3	0,706	55,10	
Nauseas y dolor de estómago	9	22,5	7°					
Diarrea y dolor de estómago	8	20,0	8°					
Total	40	100,0						

Leyenda: J₀=jerarquía según frecuencia relativa; X²=prueba de chi-cuadrado (sig. P<0,05); gl=grado de libertad; p=probabilidad o significancia; H=prueba de Kruskal Wallis (sig. P<0,05)

Fuente: Encuesta may-jun 2019.

Registro Centro Materno Infantil "Juan Pablo II"

4.4. Identificación de fármacos ausentes en el tratamiento

Identificar el abandono al tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en el ámbito de riesgo fueron jerarquizadas según el valor de las frecuencias relativas, agrupándose en cinco causalidades diferenciadas (Tabla 9). Determinándose que la principal

causa de abandono al tratamiento se debe a las reacciones adversas medicamentosas que corresponde a más de las 4/5 partes de la población estudiada (82,5%), seguido por la presencia del VIH y de trastornos psiquiátricos en más de la mitad de los Pacientes (62,5%). En tercer lugar, se encuentra la adicción de drogas donde más de la tercera parte de la población se encontraban consumiendo tabaco, marihuana, alcohol (35,0%).

Tabla 9.

Factores por fármacos Ausentes en el tratamiento

Causalidades	N°	%	J ₀	X ²	gl	p	Rango prom.	U
Principal motivo para el abandono								
RAM	33	82,5	1°					
Falta de fármacos	3	7,5	4°					
Falta de informacion o horario de atencion	3	7,5	4°	70,800	3	0,0003	56,35	
Lejanía al establecimiento de salud	1	2,5	5°					U=166,000 W=986,000 Z=-6,482 p<0,0009
Otros factores que ocasionan el abandono al tratamiento								
Otras patologias (VIH, Psiquiatrica)	25	62,5	2°	21,650	2	0,0002	24,65	
Adiccion a drogas	14	35,0	3°					
Inestabilidad laboral o no tener domicilio fijo	1	2,5	5°					
Total	40	100,0						

Leyenda: J₀=jerarquia según frecuencia relativa; X²=prueba de chi-cuadrado (sig. P<0,05); gl=grado de libertad; p=probabilidad o significancia; U=prueba de Mann-Whitney (sig. P<0,05)

Fuente: Encuesta may-jun 2019.

Registro Centro Materno Infantil "Juan Pablo II"

Resultados complementarios

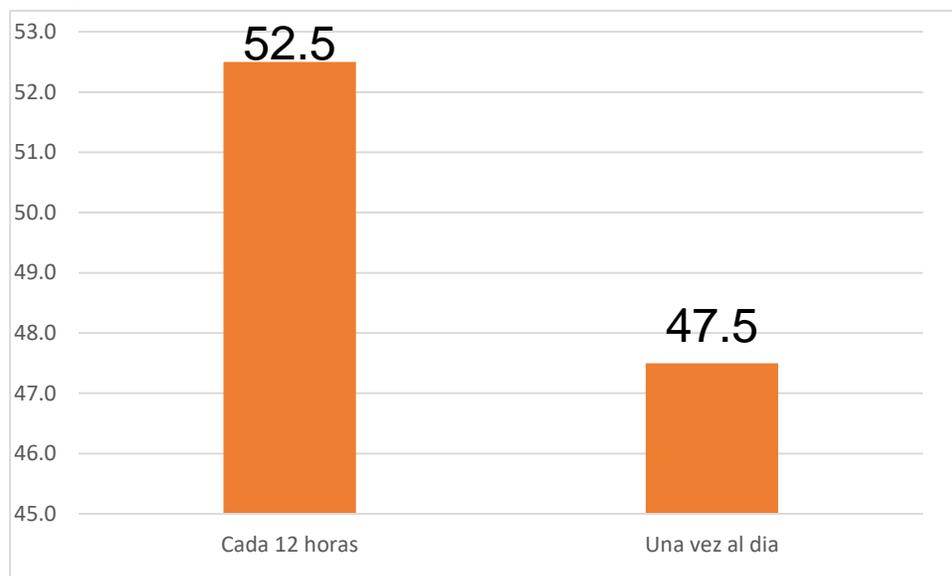
Frecuencia de pacientes que reciben tratamiento

Del total de pacientes de frecuencia que reciben 21 pacientes con el 52,5% reciben tratamiento cada 12 horas que diariamente cumple con la frecuencia y 19 pacientes con 47,5% una vez al día son aquellas personas que no pueden venir dos veces al día por trabajo o estudios asimismo

ocasionan problemas de consumir en una sola toma gran cantidad de medicamentos que pueden producir alteraciones o molestias en el paciente.

Figura 2.

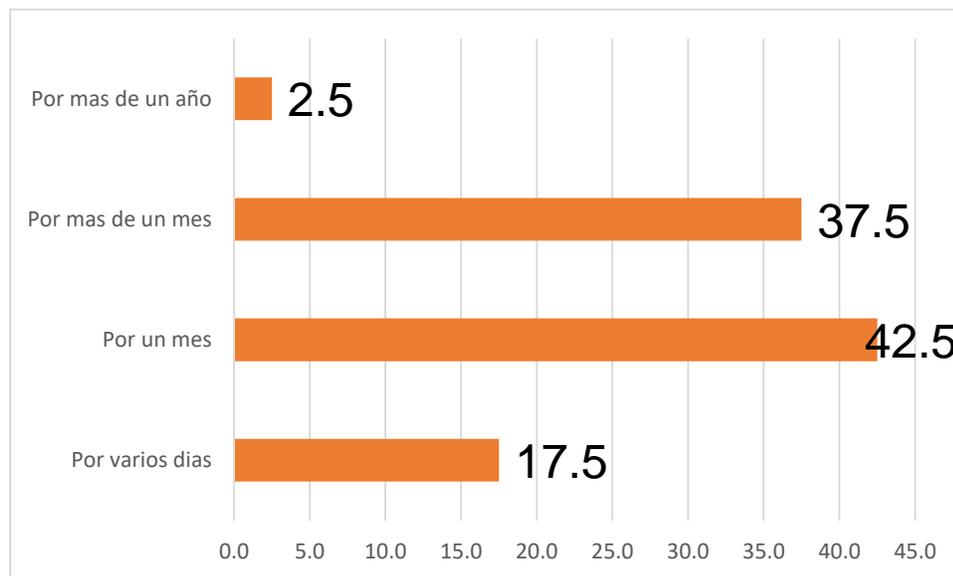
Frecuencia de tratamiento en pacientes con TB MDR en el CMI Juan Pablo II Lima Metropolitana



Fuente: Encuesta may-jun 2019.
Registro Centro Materno Infantil “Juan Pablo II”

El tiempo de abandono al tratamiento de TB MDR

La cantidad de pacientes que se realizó la encuesta tiempo de abandono del tratamiento de TB MDR, 17 pacientes con el 42,5% por un mes dejaron de tomar los medicamentos, 15 pacientes con 37,5% por más de un mes abandonaron el tratamiento, 7 pacientes con 17,5% por varios días interrumpieron su tratamiento y 1 con el 2,5% por más de un año dejó de ir al establecimiento de salud por molestias que ocasiona toma del medicamento por problemas familiares o sociales.

Figura 3.***Tiempo de abandono al tratamiento en pacientes con TB MDR en el CMI Juan Pablo II Lima Metropolitana***

Fuente: Encuesta may-jun 2019.
Registro Centro Materno Infantil "Juan Pablo II"

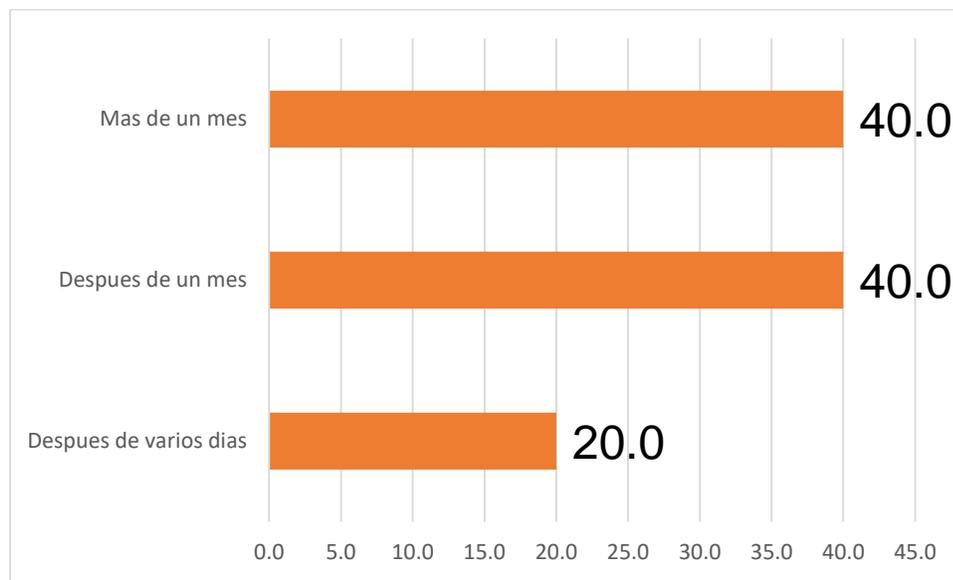
Tiempo de reinicio al tratamiento

Del total de pacientes que reinicia el tratamiento 16 pacientes con el 40,0% más de un mes y después de un mes empieza el tratamiento con un nuevo esquema o con el mismo de acuerdo a las pruebas de sensibilidad que van a realizar al pacientes y 8 pacientes con el 20% después de varios días iniciaría su tratamiento con algunos cambios de algunos medicamentos.

Figura 4.

Tiempo de reinicio al tratamiento en pacientes con TB MDR en el CMI Juan Pablo II Lima

Metropolitana



Fuente: Encuesta may-jun 2019.

Registro Centro Materno Infantil "Juan Pablo II"

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Dada la asignación significativa de recursos y la participación gubernamental en la estrategia nacional del control de la tuberculosis, actualmente vienen mejorándose el tratamiento de la tuberculosis multidrogorresistente; sin embargo, los resultados no vienen garantizando la recuperación de los pacientes, esto debido a múltiples causas, entre otros factores son la prevalencia y el crecimiento de la población. Como sostiene (Bonilla, 2016), los pacientes al recibir el tratamiento con varios antibacterianos tendrán repercusiones en el sistema digestivo por la absorción de dichos medicamentos que ocasionan reacciones adversas, esto debido a la interacción medicamentosa y sus efectos adversos secundarios, que el material utilizado en la fabricación del recubrimiento de dichos medicamentos procede de diferentes países que se benefician de los tratados de libre comercio (Bonilla, 2016).

En estas condiciones puede ir de al abandono al tratamiento por la resistencia secundaria o adquirir medicamentos antituberculosos que desarrollan los pacientes los que han recibido quimioterapia antituberculosis irregular o abandonaron el uso de medicamentos.

El análisis de los resultados se debe también al tener otras enfermedades que repercute el tratamiento con la variedad de medicamentos que puede tratarse el paciente viene las molestias continuas de los malestares es un problema que el paciente abandone el tratamiento el problema de la salud pública.

Otros de los factores principales de la salud es el resultado su entorno, la sociedad, estilo de vida y la organización de los servicios de salud que es un rol importante tenemos pacientes adictos a la droga, con antecedentes penales y judiciales que no hay el apoyo familiar que son personas agresivas no tienen un control en su vida. Por tal razón es necesario determinar el comportamiento

individual de cada persona, sus creencias, actitudes y prácticas que pueden contribuir en la adherencia al tratamiento.

El análisis evidencia en las causalidades del abandono al riesgo que permitirán caracterizar al paciente afectado por Tuberculosis Multidrogorresistente que abandona al tratamiento son personas menores de 20 años de edad, con grado de instrucción medio. Además, son pacientes con otras enfermedades. Podría tratarse con pacientes desempleados.

Son pacientes algunos no reciben apoyo social y/o familiar y son consumidores de tabaco, cigarrillos o drogas alucinógenas.

No consideran una adecuado información y horario de atención, la prolongación de espera para la toma de los medicamentos, las incomodidades del ambiente donde son administrados los pacientes.

Mencionamos que muchos factores reconozcan como riesgo para el abandono del tratamiento, en la parte logística de realizar las licitaciones o convocatorias de las compras de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios que sería uno de los problemas de la salubridad pública (Culqui, 2010).

También, no podemos dejar de comentar el rol fundamental en el abandono irregularidad del tratamiento, las decisiones políticas, organización y capacidad de los servicios de salud, respecto al tipo de establecimiento que ofrece la atención, tipo de profesional que presta el servicio, evaluación de recuperación de pacientes, presupuesto de recursos humanos e insumos.

VI. CONCLUSIONES

La principal causalidad del abandono al tratamiento de la tuberculosis multidrogorresistente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II son las reacciones adversas medicamentosas que presentaron en la mayoría de los pacientes (85,0%).

La consecuencia de presentar otras enfermedades que ocasionan el abandono al tratamiento con tuberculosis multidrogorresistente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II como el VIH y algunas patologías psiquiátricas con 62,5% de pacientes que ocasionan el problema a la sociedad.

Los fármacos ausentes que ocasionan el abandono al tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II se debe por la falta de medicamentos con el 7,5% del desabastamiento por los tratamientos incompletos que ocasionan el abandono.

Identificamos los problemas de pacientes adictos a drogas que propician el abandono al tratamiento de tuberculosis multidrogorresistente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II que tienen problemas al consumo de tabaco, marihuana y algunos alucinógenos con 35,0% de pacientes como resultado al problema.

La tuberculosis forma un grave problema de salud pública a nivel mundial; en el uso existentes de las medicinas efectivas, seguros de calidad potentes que pueden sanar la patología; tiene un control que va disminuyendo por la cantidad de pacientes que abandonan el tratamiento. Que describen múltiples causalidades que influyen esta situación tienen que ser afrontadas desde diferentes perspectivas, que conlleva de plantear un abordaje más realista y establecer estrategias preventivas costo efectividad y alto impacto.

VII. RECOMENDACIONES

En el Centro Materno Infantil Juan Pablo II Villa el Salvador, al culminar este estudio, debería establecer estrategias que permitan identificar tempranamente aquellas dificultades con tuberculosis multidrogorresistente, que cumplan con las características de inseguridad para que no abandonen el tratamiento.

El establecimiento de salud debe realizar eventos didácticos, que puedan acceder información adecuada a todos los pacientes quienes inician el tratamiento por tuberculosis multidrogorresistente y toda la población en general, sobre aspectos fundamentales a la enfermedad, razón de cumplir el tratamiento adecuado y preciso.

El área de la estrategia sanitaria debe comunicarse con las oficinas administrativos adecuados, con el fin de reunir a los pacientes con TB MDR a los programas sociales del estado, que solucionen el problema sobre las patologías presentadas en las determinantes sociedades de la salud.

Determinar actividades de defensa que contribuyan a formar políticas sanitarias que disminuyan los obstáculos de acceso y mayor capacidad resolutive de los servicios de salud.

VIII. REFERENCIAS

- Alarcón, A. (2013). *Plan de reducción de la tuberculosis en el Perú*. Lima: MINSA.
- Baguena, M. (2012). *La tuberculosis en la historia*. Barcelona: Fundación Uriach.
- Bazan, S., Ancajima, E., Lachire, A. y Mejía, C. (2018). Factores asociados al desarrollo de tuberculosis pulmonar multidrogorresistente en el departamento de Piura, Perú 2009 – 2014. *Infectio*, 23(1): 10-15.
- Barbosa, A., Módena., C. y Torres, V. (2012). El abandono del tratamiento de tuberculosis en la perspectiva de directores de centros de salud de Belo Horizonte-MG, Brasil. *Texto Contexto de Enfermería, Florianópolis*, 21(1): 77-85.
- Bonilla Asalde, C. (2016). *Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en la Región de Callao, Perú, años 2010-2012*. [Tesis inédita de maestría]. Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.
- Bonilla, C. (2008). Situación de la tuberculosis en el Perú. *Acta Medica Peruana*, 25(1): 163-170.
- Cartes, J. (2013). Breve historia de la tuberculosis. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(605): 145-15.
- Ceccotti, E., Sforza, R., Carzoglio, J., Luberti, R. y Flichman, J. (2007). *El diagnóstico en clínica estomatológica*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades- CNEPCE-. (2019). *La tuberculosis un problema multicausal y es tarea de todos ponerle fin*. Lima: MINSA.
- Centro Materno Infantil Juan Pablo II (2018). *SIGTB base de datos de la ESPCT*. Lima: MINSA.

Congreso de la República. Ley de prevención y control de la tuberculosis en el

Perú Ley N° 30287.

Crispin, V., Roque, M., Salazar, M., Ruiz, J., Ortiz, J., Almonacid, A, ... (2012). Factores de riesgo para tuberculosis multidrogorresistente en establecimientos de salud urbano marginales 2006-2008. *Ciencia e Investigación*, 15(1): 25-29.

Culqui Lévano, D. (2010). *Factores de riesgo para el abandono del tratamiento*

Antituberculoso esquema I y II Perú 2004. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Culqui, D., Munayco, C., Grijalva, C., Cayla, J., Horna, O., Alva, K, ... (2012). Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Archivos de Bronco neumología*, 48(1): 150–155.

Dholakia, Y., Quazi, Z. & Mistry, N. (2012). Drug-resistant tuberculosis: Study of clinical practices of chest physicians, Maharashtra, India. *Lung India*, 29(2): 192-193.

Dirección de Red de Salud Villa El Salvador – Lurín – Pachacamac – Pucusana. (2015). *Análisis de la situación de salud. Villa el Salvador*. Lima: MINSA.

Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú. *Análisis de la Situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú*. (2015). Lima: MINSA.

Estrada, M. y Ruvalcaba, L. (2018). Tuberculosis pulmonar, un riesgo latente para los trabajadores de la salud como problema de salud pública. *Jonnpr*, 4(2): 197-209.

Farga, V. (2008). Tuberculosis lo que hay que saber. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 24(1): 317-322.

Farias, C., Mejía, B., Osorio, C., Pérez, P. y Preciado, A. (2016). Factores de riesgo para el

desarrollo de tuberculosis multidrogorresistente en Colombia, 2008 a 2011. *Revista Salud Pública, 18(6): 845-857.*

Jave, H., Contreras, M. y Hernández, V. (2017). Situación de la tuberculosis multirresistente en Perú. *Acta Médica Peruana, vol. 34 (2): 114-125.*

Mendoza, A., Moore, D., Alarcón, V., Samalvides, F. y Seas, C. (2013) Propuesta de esquemas de tratamiento antituberculosis basados en la susceptibilidad a isoniacida y rifampicina. *Rev Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30(2): 125-30.*

Ministerio de la Salud – MINSA (2008). *Situación de la tuberculosis en Perú.* Lima: MINSA.

Ministerio de Salud. (noviembre de 2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis.* Lima: MINSA.

Ministerio de Salud. (diciembre de 2014). *Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).* Lima: MINSA.

Ministerio de Salud del Perú (noviembre de 2015). *Situación de la tuberculosis en el Perú 2010.* Lima: MINSA.

Ministerio de la Salud – MINSA (2018). Documento técnico. Plan de intervención de prevención y control de tuberculosis en Lima metropolitana y regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018-2020. [En línea]. Fecha de consulta: 15/07/2018. Disponible en:

<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180328114640.PDF>

Ministerio de Salud. (agosto de 2018). *Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis.* Lima: MINSA.

Ministerio de Salud. (octubre de 2018). *Norma técnica de salud para la prevención y*

control de la coinfección tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana en el Perú.

Lima: MINSA.

Morales, L., Ferreira, B., Castillo, N., Pompa, Y. y Arias, I. (2015). Factores de riesgo asociados a la tuberculosis pulmonar. Bayamo. Gramma. enero 2007 diciembre 2012. Multimed. *Revista médica. Granma*, 19(1):1-18.

Navas, E & Moreno, G. (2010). Tuberculosis multirresistente y extremadamente resistente. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12(3): 1-7.

Organización Mundial de la Salud. *Tuberculosis, nota descriptiva N° 104, octubre de 2014*. Habana: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. *Tuberculosis in the Americas Regional Report 2015*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Global tuberculosis Report. (20° Ed.)*. Ginebra: Press, World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. *Objetivos de desarrollo sostenible, enero 2016*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud – OMS (2016b). *Global Tuberculosis Report 2016*. Ginebra: OMS.

Pachi, A., Ratis, D. & Tselebis, A. (2013). Psychiatric morbidity and other factors affecting treatment adherence in pulmonary tuberculosis patients. HPC. *Tuberculosis Research and Treatment*, 10(10):CD489865.

Palomino, J. & Martin, A. (2016). Challenges associated with diagnostics, drug resistance, and pathogenesis of mycobacterium tuberculosis In Humn emerging and reemerging infections: bacterial and mycotic infections. *New York: Jonh Wiley & Sons*, 45(2): 10-15.

- Rodriguez, L. (2012). Factores de riesgo para tuberculosis pulmonar multidrogoresistente TB-MDR en la región La Libertad. Perú. *SCIENDO*, 15(2): 1-7.
- Saldarriaga, A. (2009). Tuberculosis: expresión de belleza, horror y dolor. *Colombia Medica*, 40 (1): 134-137.
- Toman, K. (2004). *Toman's Tuberculosis: Case detection, treatment, and monitoring*. (2^o Edit) Geneva: World Health Organization.
- Torres, G. & Herrera, M. (2015). Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile. *Revista Chile Enfermedades Respiratoria*, 31(1): 52-57.
- Van der Linde Broking, M. (2003). *Situación de la tuberculosis multidrogoresistente en el programa nacional de tuberculosis del Perú desde la perspectiva ética y de los derechos del enfermo periodo 1991 – 2001*. [Tesis inédita de maestría]. Instituto tecnológico de Santo Domingo.
- World Health Organization. Anti - tuberculosis drugs resistance in the world: Report No. 4. 2002-2007. [En línea]. 2008; Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/2008/drs_report4_26feb08.pdf.
- World Health Organization. Salud mental y abuso de sustancias. 2004 [Internet]. Geneva: WHO; c2014 [citado el 10 de diciembre del 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf.
- Ziganshina, L. Titarenko, A. & Davies, G. (2013). Fluoroquinolones for treating tuberculosis (presumed drugsensitive) (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. *University of Liverpool, UK*, 6(6):CD004795.

IX ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE ENCUESTA SOBRE LA CAUSALIDAD DEL ABANDONO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS

MULTIDROGORRESISTENTE

El cuestionario de abajo ayudo a conocer la Causalidad del Abandono al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II Lima Metropolitana

INSTRUCCIONES:

Por favor, conteste el cuestionario marcando la respuesta que usted considere correcta. La veracidad con que usted responda es muy importante. Recuerde que es totalmente anónimo.

I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE

1. Edad

1) 15 a 20 () 2) 21 a 30 () 3) 31 a 40 ()

4) 41 a 50 () 5) 51 a + ()

2. Sexo

1) M () 2) F ()

3. Grado de Instrucción

1) Primaria Completa () 2) Primaria Incompleta ()

3) Secundaria Completa () 4) Secundaria Incompleta ()

5) Superior Completa () 6) Superior Incompleta ()

4. Ocupación

1) Empleado () 2) Independiente () 3) Desempleo ()

4) Estudiante () 5) Ama de casa ()

5. Tipo de Esquema:

1) Estandarizado 2) Empírico 3) Individualizado

II. DATOS ESPECIFICOS

1.- ¿Con qué frecuencia recibe el tratamiento?

1) Cada 6 horas

2) Cada 8 horas

3) Cada 12 horas

4) Una vez al día

2.- ¿Qué molestias presenta al tomar los medicamentos?

1) Nauseas y dolor de estomago

2) Nauseas y dolor de cabeza

3) Vómitos y mareos

4) Diarrea y dolor de estomago

3.- Por cuanto tiempo suspendieron el tratamiento cuando presento estas molestias

1) Por varios días

- 2) Por un mes
- 3) Por más de un mes
- 4) Por más de un año

4.- Abandona el tratamiento al presentar estas alteraciones

- 1) Nunca
- 2) Quizás
- 3) Tal vez
- 4) Podría ser

5.- ¿Qué otros factores ocasionaron el abandono al tratamiento?

- 1) Inestabilidad laboral o no tener domicilio fijo
- 2) Otras patologías (VIH, patología psiquiátrica)
- 3) Adicción a drogas
- 4) Centro penitenciario

6.- Por cuanto tiempo abandonó el tratamiento

- 1) Por varios días
- 2) Por un mes
- 3) Por más de un mes
- 4) Por más de un año

7.- ¿Te gustaría continuar con el tratamiento?

- 1) Podría ser
- 2) Tal vez
- 3) Quizás
- 4) Nunca

8.- ¿Por qué?

- 1) Para curarme
- 2) Por la familia
- 3) Por el trabajo
- 4) Por los amigos

9.- En cuanto tiempo reinicia el tratamiento?

- 1) Después de varios días
- 2) Después de un mes
- 3) Después de más de un mes
- 4) Después de más de un año

10.- Al reiniciar el tratamiento cambiaron de esquema

- 1) Podría ser
- 2) Tal vez
- 3) Quizás
- 4) Nunca

11.- ¿Dónde prefiere tomar sus medicamentos?

- 1) Establecimiento de salud
- 2) Casa
- 3) Trabajo
- 4) Centro de estudio

12.- ¿Cómo se encuentra con el nuevo esquema de tratamiento?

- 1) Muy bien
- 2) Bien
- 3) Estable
- 4) Decaído

13.- ¿Cuál es el principal motivo para abandonar el tratamiento ya iniciado?

- 1) Falta de información o horario de atención
- 2) Lejanía al establecimiento de salud
- 3) Falta de fármacos
- 4) Reacciones adversas al medicamento

14.- ¿Qué recomendarías a tus compañeros sobre el abandono al tratamiento?

- 1) Intolerancia al tratamiento
- 2) Contagio a otras personas
- 3) Complicación a otras enfermedades
- 4) Puede fallecer

15- ¿Usted valora su vida?

1) Podría ser

2) Tal vez

3) Quizás

4) Nunca

ANEXO 2
BASE DE DATOS PROCESADOS EN SPSS

ID	EDAD	SEXO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	TIPO DE ESQUEMA	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
1	3	2	6	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	4	2	1
2	1	1	6	2	3	3	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	3	2	1
3	3	1	5	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	4	2	4
2	2	2	3	5	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1
5	1	1	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	4	1	1
6	3	1	5	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	4	3	1
7	1	2	6	3	3	4	4	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	4	1	1
8	5	2	4	5	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	1	3	4	1	1
9	4	1	1	2	3	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	4	2	1
10	5	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	1	3	4	1	1
11	5	1	5	2	2	3	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	3	1
12	1	1	3	4	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	4	4	1
13	2	2	5	1	3	4	1	1	2	2	1	2	3	1	1	3	2	1	3	1
14	1	1	2	3	2	4	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	4	2	1
15	3	1	3	3	1	3	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1
16	2	1	4	3	1	4	3	2	3	3	2	2	1	3	3	2	2	4	2	1
17	4	1	4	3	2	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	4	4	1
18	4	1	4	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	4	4	1
19	2	1	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	4	1	1
20	5	2	1	5	2	3	3	2	3	3	2	2	1	3	3	1	2	4	2	1
21	5	1	5	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	4	1	1
22	4	1	5	2	3	3	4	3	3	2	2	2	2	2	2	1	3	4	2	1
23	5	2	3	5	2	3	3	2	2	2	2	2	1	2	1	1	3	4	2	1
24	5	1	5	3	3	4	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	1
25	5	1	5	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	3	4	2	1
26	3	2	3	5	3	4	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	4	1	1
27	4	2	3	5	3	3	2	1	1	2	2	3	2	1	2	2	3	4	2	1
28	1	1	6	4	2	4	1	1	1	2	4	1	1	2	3	2	2	4	3	4
29	1	2	4	5	2	3	1	1	4	2	2	1	1	2	2	2	2	4	2	1
30	2	1	5	1	3	4	3	1	1	2	3	1	2	2	1	3	3	4	2	1
31	2	1	3	3	3	4	1	1	1	2	3	1	3	3	3	1	3	4	2	1
32	4	2	1	5	1	4	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	3	2	1
33	5	1	3	3	3	4	2	2	4	2	2	1	1	2	1	2	1	4	3	1
34	3	1	3	3	3	4	1	1	1	2	2	1	2	3	3	1	2	4	1	1
35	3	2	3	5	3	4	2	1	1	2	3	1	1	3	2	2	2	4	1	1
36	1	1	2	3	2	4	2	1	1	3	1	1	1	1	3	1	2	4	2	1
37	1	1	4	4	3	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	2	1
38	1	1	4	4	2	4	3	1	1	2	2	1	1	2	3	1	2	4	2	1
39	2	2	4	3	3	4	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	4	3	1
40	2	2	4	2	3	4	3	1	1	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	1

Fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados
0.893	0.900

Causalidad del abandono

Estadísticos de prueba			
	P2 Que molestias presenta al tomar los mtos	P5 Que otros factores ocasiono el abandono al tto	P13 Cual es el principal motivo para abandonar el tto ya iniciado
Chi-cuadrado	1,400 ^a	21,650 ^b	70,800 ^a
gl	3	2	3
Sig. asintótica	0.706	0.000	0.000
a. 0 casillas (.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 10.0.			
b. 0 casillas (.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 13.3.			

Rangos			
	GR_O1	N	Rango promedio
Frec_2_5_13	IT2	40	50.41
	IT5	40	42.44
	IT13	40	88.65
	Total	120	

Estadísticos de contraste ^{a,b}	
	Frec 2_5_13
Chi-cuadrado	44.031
gl	2
Sig. asintót.	.000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: GR_O1

Condiciones del abandono al tratamiento

Estadísticos de prueba			
	P3 Por cuanto tiempo suspendieron el tto cuando presento estas molestias	P4 Abandona el tto al presentar estas alteraciones	P13 Cual es el principal motivo para abandonar el tto ya iniciado
Chi-cuadrado	,800 ^a	9,800 ^b	70,800 ^b
gl	2	3	3
Sig. asintótica	0.670	0.020	0.000
a. 0 casillas (.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 13.3.			
b. 0 casillas (.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 10.0.			

Rangos			
GR_O2	N	Rango promedio	
Frec_3_4_13	IT3	40	40.95
	IT4	40	47.95
	IT13	40	92.60
	Total	120	

Estadísticos de prueba ^{a,b}	
Frec_3_4_13	
H de Kruskal-Wallis	55.595
gl	2
Sig. asintótica	0.000
a. Prueba de Kruskal Wallis	
b. Variable de agrupación: GR_O2	

Problemática del tratamiento en los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente

Estadísticos de prueba				
	P2 Que molestias presenta al tomar los mtos	P4 Abandona el tto al presentar estas alteraciones	P5 Que otros factores ocasiono el abandono al tto	P13 Cual es el principal motivo para abandonar el tto ya iniciado
Chi-cuadrado	1,400 ^a	9,800 ^a	21,650 ^b	70,800 ^a
gl	3	3	2	3
Sig. asintótica	0.706	0.020	0.000	0.000
a. 0 casillas (.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 10.0.				
b. 0 casillas (.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 13.3.				

Rangos			
GR_O3	N	Rango promedio	
Frec_2_4_5_13	IT2	40	55.10
	IT4	40	65.86
	IT5	40	72.59
	IT13	40	128.45
	Total	160	

Estadísticos de prueba ^{a,b}	
Frec_2_4_5_13	
Chi-cuadrado	64.333
gl	3
Sig. asintótica	0.000
a. Prueba de Kruskal Wallis	
b. Variable de agrupación: GR_O3	

Identificación de fármacos en el tratamiento

Estadísticos de prueba		
	P5 Que otros factores ocasiono el abandono al tto	P13 Cual es el principal motivo para abandonar el tto ya iniciado
Chi-cuadrado	21,650 ^b	70,800 ^a
gl	2	3
Sig. asintótica	0.000	0.000
a. 0 casillas (.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 10.0.		
b. 0 casillas (.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 13.3.		

Rangos				
GR_O4		N	Rango promedio	Suma de rangos
Frec_5_13	IT5	40	24.65	986.00
	IT13	40	56.35	2254.00
	Total	80		

Estadísticos de prueba ^a	
	Frec_5_13
U de Mann-Whitney	166.000
W de Wilcoxon	986.000
Z	-6.482
a. Variable de agrupación: GR_O4	

ANEXO 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOS
<p><u>PROBLEMA GENERAL</u></p> <p>¿Cuáles es la causalidad del abandono al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Lima Metropolitana?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las causalidades del abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis Multidrogorresistente del Centro Materno Infantil Juan Pablo II Lima Metropolitana. <p><u>OBJETIVOS ESPECIFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las reacciones adversas medicamentosas que causan el abandono al tratamiento de 	<p><u>VARIABLE PRINCIPAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso al tratamiento en la atención de salud. • Causas generales de salud. • Comportamientos del paciente en el tratamiento. • Consumo de medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis. 	<p><u>TIPO DE ESTUDIO</u></p> <p>El estudio es de tipo observacional descriptivo transversal, porque el objetivo es describir una realidad y no implica modificación de una variable; de asociación cruzada, se llevo a estudiar la relación entre ellas (sin atribuir causalidad); observacional descriptivo transversal , porque se realizo una sola toma de datos por variable a los sujetos de estudio.</p>

	<p>pacientes con tuberculosis multidrogorresistente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la presencia de otras enfermedades que propician el abandono al tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente • Identificar los fármacos ausentes que ocasionan el abandono al tratamiento de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente. • Identificar los problemas de pacientes adictos a drogas que propician 		<p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Observacional Descriptivo Transversal, porque se realizó una sola toma de datos por variable a lo sujetos de estudio.</p> <p>POBLACIÓN DE ESTUDIO: La población para el siguiente estudio está considerados los pacientes Multidrogorresistente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II Liam Metropolitana: Poblaciones mayores a 18 años Centro Materno Infantil Juan Pablo II Lima Metropolitana: 40 pacientes</p>
--	--	--	--

	el abandono al tratamiento de tuberculosis multidrogorresistente.		
--	--	--	--

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Acceso al tratamiento en la atención de salud	Actitudes y comportamientos que afectan al paciente en cuanto al tratamiento.	Abandono	Adicción a drogas Inestabilidad laboral Delincuencia RAM Otras patologías (5, 13)	1 2 3 4
Causas generales de salud.	Falta de atención al paciente en condiciones adecuadas	Fracaso Fallecer	Falta de fármacos Durante el tratamiento Abandona (6, 7, 8)	1 2
Comportamientos del paciente en el tratamiento	Actitudes que puede tener el paciente en el transcurso del tratamiento	Reacción adversa al medicamento	Náuseas y dolor de estomago Náuseas y dolor de cabeza Vómitos y mareos Diarrea y dolor de cabeza (2, 3, 4)	1 2 3 4
Consumo de medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis	El adecuado tratamiento y frecuencia de la toma de los medicamentos	Falta de evaluación	Intolerancia al tratamiento Cantidad de fármacos Falta de fármacos (1, 9,10, 11, 12, 14, 15)	1 2 3
Datos generales del informante (1, 2, 3, 4, 5)				

ANEXO 4

VALORACIÓN DE EXPERTO N° 1

FICHA de Valoración al Cuestionario sobre la Causalidad del Abandono al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente

Valoración por Juicio de Expertos

CRITERIOS DE VALORACIÓN	DEFICIENCIA				REGULAR		BUENA		MUY BUENA	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Los ítems están redactados con claridad y el lenguaje es adecuado para los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente					✓		✓			
2. Los ítems guardan coherencia con las dimensiones e indicadores								✓		
3. La cantidad de ítems es suficiente por cada indicador							✓			
4. La organización de ítems tiene una secuencia lógica								✓		
5. Los ítems pueden ayudar a describir la causalidad del abandono al tratamiento								✓		
6. El instrumento será de utilidad para los objetivos propuestos								✓		

Opinión _____

Puntuación promedio

53 puntos

1-1

Grado y Profesión del experto: BACHILLER - LICENCIADO

Especialidad: LIC. EN NUTRICIÓN

Reg. Del Colegio Profesional: 3485

Teléfono: 99759550 E-mail: _____

Fecha: 22-07-17

Área de Trabajo: HN29

Firma: _____



ANEXO 4

VALORACIÓN DE EXPERTO N° 2

FICHA de Valoración al Cuestionario sobre la Causalidad del Abandono al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente

Valoración por Juicio de Expertos

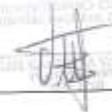
CRITERIOS DE VALORACIÓN	DEFICIENCIA				REGULAR		BUENA		MUY BUENA	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Los ítems están redactados con claridad y el lenguaje es adecuado para los pacientes tuberculosis multidrogoresistente							X			
2. Los ítems guardan coherencia con las dimensiones e indicadores							X			
3. La cantidad de ítems es suficiente por cada indicador								X		
4. La organización de ítems tiene una secuencia lógica								X		
5. Los ítems pueden ayudar a describir la causalidad del abandono al tratamiento							X			
6. El instrumento será de utilidad para los objetivos propuestos							X			

Opinión _____

Puntuación promedio

4.2

Firma: _____


 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 VENEZUELA
 CALLE 5ta. Y AV. BOLÍVAR
 CAROLINA, GUAYRAS

Grado y Profesión del experto: BACHILLER LICENCIADO
 Especialidad: NUTRICIONISTA CLINICO
 Reg. Del Colegio Profesional: CNP 2760
 Teléfono: 9925-04340 E-mail: valle_nina@hotmail
 Fecha: 22-07-17
 Área de Trabajo: HOSPITALIZACIÓN

ANEXO 4

VALORACIÓN DE EXPERTO N° 3

FICHA de Valoración al Cuestionario sobre la Causalidad del Abandono al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente

Valoración por Juicio de Expertos

CRITERIOS DE VALORACIÓN		DEFICIENCIA				REGULAR		BUENA		MUY BUENA	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Los items estan redactados con claridad y el lenguaje es adecuado para los pacientes tuberculosis multidrogorresistente										X
2	Los items guardan coherencia con las dimensiones e indicadores										X
3	La cantidad de items es suficiente por cada indicador										X
4	La organización de items tiene una secuencia lógica										X
5	Los items pueden ayudar a describir la causalidad del abandono al tratamiento										X
6	El instrumento será de utilidad para los objetivos propuestos										X

Opinión EN EL AREA DE FARMACIA DE LA REDVESLPP - SOY RESPONSABLE DE LA SUPERVISION Y MONITOREO DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES MULTIDROGORRESISTENTE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Puntuación promedio

Grado y Profesión del experto: QUIMICO-FARMACEUTICO

Especialidad: _____

Reg. Del Colegio Profesional: CQFP 00671

Teléfono: 988440298 E-mail: ggarcia2011@l

Fecha: 17/07/2017

Area de Trabajo: AREA DE FARMACIA

MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE REGIÓN DE VALLE DEL CACHI
LUPA Y FARMACIA RESISTENTE
1004
GUILLERMO GARCÍA CARSAVAL
COORD. DEL AREA DE FARMACIA

Firma: _____

ANEXO 4

VALORACIÓN DE EXPERTO N° 4

FICHA de Valoración al Cuestionario sobre la Causalidad del Abandono al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente

Valoración por Juicio de Expertos

CRITERIOS DE VALORACIÓN		DEFICIENCIA				REGULAR		BUENA		MUY BUENA	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Los ítems están redactados con claridad y el lenguaje es adecuado para los pacientes tuberculosis multidrogorresistente										
2	Los ítems guardan coherencia con las dimensiones e indicadores						x				
3	La cantidad de ítems es suficiente por cada indicador						x				
4	La organización de ítems tiene una secuencia lógica								x		
5	Los ítems pueden ayudar a describir la causalidad del abandono al tratamiento							x			
6	El instrumento será de utilidad para los objetivos propuestos								x		

Opinión ___ En cuanto a las últimas preguntas formuladas (14 y 15) no encuentro relación con el indicador, tampoco relación pregunta y alternativas respecto a la pregunta (14).
 En cuanto a la pregunta 15 no encuentro finalidad para el tema.

Puntuación promedio

Grado y Profesión del experto: Químico Farmacéutica

Especialidad: _____

Reg. Del Colegio Profesional: __ 3345

Teléfono: 992848405 _____ E-mail: jencar372401@hotmail.cc

Fecha: 14 julio 2017. _____

Área de Trabajo: Encargada del Servicio de Farmacia CMI San José

 Firma: 
 QUIMICO FARMACEUTICA JULIA ENCARNACION MONTALVO

ANEXO 4

VALORACIÓN DE EXPERTO N° 5

FICHA de Valoración al Cuestionario sobre la Causalidad del Abandono al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente

Valoración por Juicio de Expertos

CRITERIOS DE VALORACIÓN		DEFICIENCIA				REGULAR		BUENA		MUY BUENA	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Los ítems están redactados con claridad y el lenguaje es adecuado para los pacientes tuberculosis multidrogorresistente									X	
2	Los ítems guardan coherencia con las dimensiones e indicadores								X		
3	La cantidad de ítems es suficiente por cada indicador							X			
4	La organización de ítems tiene una secuencia lógica								X		
5	Los ítems pueden ayudar a describir la causalidad del abandono al tratamiento									X	
6	El instrumento será de utilidad para los objetivos propuestos									X	

Opinión _____

Puntuación promedio _____



Grado y Profesión del experto: Químico Farmacéutico, egresado de la Maestría y Doctorado en Salud Pública de la UNFV, ex Responsable del área de suministro del proyecto del Fondo Mundial TB MDR - VIH, ex Responsable de Medicamentos de la Red Tupac Amaru - Ex Disa III LN - Integrante del equipo del PNCT.

Especialidad: _____

Reg. Del Colegio Profesional: 04750

Teléfono: 999455884

E-mail: willycesar2010@gmail.com

Fecha: 25.07.2017

Área de Trabajo: Jefe de Negocio Público - TEVA PERU

Firma: _____

William Arzuwanga Orihuela

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el estudio de las causas al tratamiento de los pacientes multidrogorresistente se está realizando una encuesta con el objetivo de determinar los diferentes problemas que pueden ocasionar al paciente que fracasan, abandonan, fallecen con el tratamiento y aumenta los casos de tuberculosos en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II Lima Metropolitana.

Consideramos que su autorización para esta evaluación es necesaria. Si usted está de acuerdo de participar en esta actividad, por favor deje constancia de consentimiento firmado a continuación.

Institución:

Nombres y Apellidos:

Nombre y Apellido del padre o tutor:

Firma responsable:

DNI: