"AÑO DEL ESTADO DE DERECHO Y DE LA GOBERNABILIDAD DEMOCRÁTICA "

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
22/11/12
BIBLIOTECA CENTRAL
UNU
1883 T

"FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE PACIENTES MULTIDROGORRESISTENTES, DEPENDIENTES DEL PERSONAL DE SALUD Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL, 2000-2001"

PRESENTADO POR:

GARCÍA RÍOS, Rosemary
RAMÍREZ ANGULO, Herbert

Para optar el Título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PUCALLPA - PERÚ
2004

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS JURADOS CALIFICADORES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Lic. Enf. Yolanda Santos Villegas
Presidente

Obst. Milagros Mayma Alvarado
Secretaria

Lic. Enf. Rolinda Falcón RivaAgüero
Miembro

Lic. Enf. Teresa Eléspuru Nájar
Asesora

DEDICATORIA

A Emerson y Marylín mis padres, Milagritos Duvessy, Emerson y Erick Martín mis hermanos, Erma mi abuelita, por el inmenso apoyo que me brindaron a pesar de la distancia me supieron enseñar y alentar para la culminación de este trabajo.

A mi esposo Herbert y a mi querido tesoro Herbert Jesús, por ser la razón y el punto cardinal para el inicio y culminación de este trabajo.

ROSEMARY

A Ena y Armando mis padres, Roy Galo, Lizeth Llanine, Marcos Manuel, Erica Mirella, Danillo mis hermanos, Grimaneza mi abuelita, por el inmenso apoyo que me brindaron a pesar de la distancia que me supieron enseñar y alentar para la culminación de este trabajo.

A mi esposa Rosemary y a mi querido tesoro Herbert Jesús, por ser la razón y el punto cardinal para el inicio y culminación de este trabajo.

HERBERT

AGRADECIMIENTO

A DIOS nuestro Padre Celestial, compañero y amigo por habernos iluminado y dado fuerzas en cada momento de nuestras vidas.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento al personal jerárquico, administrativo y asistencial del Hospital San Juan Bautista de Huaral.

Al personal profesional y técnico del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital San Juan Bautista de Huaral, Lic. Enf. Amelia Balta de Gonzáles; Lic. Enf. Isabel Venegas de García; Lic. Enf. Carmen Eustaquio; Lic. Enf. Sara Sales Del Castillo; Lic. Enf. Rosa Guanilo De La Cruz; Téc. Enf. Berta Alzamora; Téc. Enf. Mirtha Delgado.

Del mismo modo expresar nuestro sincero agradecimiento a nuestra asesora Lic. Enf. Teresa Eléspuro Najar por el apoyo desinteresado que nos brindó para la elaboración y culminación de este trabajo.

Una vez más a todos ellos, sin cuya ayuda no hubiera sido posible la elaboración y culminación de este trabajo gracias, por tan importante contribución.

LOS AUTORES.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	v
Índice de Cuadros	viii
Índice de Gráficos	ix
Índice de Anexos	x
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	13

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	17
1.2.1 Antecedentes Internacionales	17
1.2.2 Antecedentes Nacionales	20
1.2.3 Antecedentes Locales	34
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	34
1.3.1 Objetivo General	34
1.3.2 Objetivo Específicos	34
1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	35
1.5 HIPÓTESIS, VARIABLE, OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	38
1.5.1 Hipótesis	38
1.5.1.1 Hipótesis General	38
1.5.1.2 Hipótesis Específicos	38
1.5.2 Variables y Operacionalización de las Variables	39
1.5.2.1 Variables	39
a. Variables Independientes	39
b. Variables Dependientes	39
1.5.2.2 Operacionalización de las Variables	39

CAPÌTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 PLANTEAMIENTO TEÓRICO DEL PROBLEMA 44
2.1.1 Factor Biológico 44
2.1.2 Redes Sociales, Soporte Social, Nivel Social 45
2.1.3 Factor Cultural 49
2.1.4 Factores Dependientes del Personal de Salud 50
2.1.5 Consideraciones Importantes sobre Resistencia 52
2.2 BASES TEÓRICAS 64
2.2.1 Teoría del Cambio de KELMAN 64
2.2.2 Teoría Sociológica DOROTHEA E. OREM 65
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS 66

CAPÌTULO III
METODOLOGÌA

3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 76
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA 76
3.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 76
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 77
3.5 TRATAMIENTOS DE LOS DATOS 78

CAPÌTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÒN

4.1 Análisis y Discusión de Resultados 80

CAPÌTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES 114
RECOMENDACIONES 116
BIBLIOGRAFÍA 118
ANEXOS 124

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°		Pág.
01	Casos de Tuberculosis Pulmonar, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	80
02	Tipo de Resistencia en los casos de Tuberculosis Multidrogorresistente, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	83
03	Frecuencia de Resistencia en los casos de Tuberculosis Multidrogorresistente, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	86
04	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Edad, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	89
05	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Sexo, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	92
06	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Estado Nutricional, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	95
07	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Soporte Social, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	98
08	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Nivel Social, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	101
09	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Grado de Instrucción, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	104
10	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Quimioterapia, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001	107
11	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Atención al Tratamiento, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	110

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico N°		Pág.
01	Casos de Tuberculosis Pulmonar, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	81
02	Tipo de Resistencia en los casos de Tuberculosis Multidrogorresistente, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	84
03	Frecuencia de Resistencia en los casos de Tuberculosis Multidrogorresistente, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	87
04	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Edad, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	90
05	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Sexo, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	93
06	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Estado Nutricional, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	96
07	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Soporte Social, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	99
08	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Nivel Social, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	102
09	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Grado de Instrucción, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	105
10	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Quimioterapia, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001	108
11	Incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente según Atención al Tratamiento, Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001.	111

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 : Guía de Entrevista realizado a pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente sobre Aspectos Biosocioculturales y Dependientes del Personal de Salud, del Hospital San Juan Bautista de Huaral. 2000 – 2001.

Anexo 2 : Oficio N° 184/03-UNU-CTO y G-FCS. Autorización para el desarrollo del Proyecto de Tesis.

Anexo 3 : Constancia de Desarrollo de Proyecto de Tesis. Hospital de Huaral.

Anexo 4 : Informe de Evaluación Social.

Anexo 5 : Libro de Registro y Seguimiento de Pacientes con Tuberculosis Crónica y TB-MDR.

Anexo 6 : Tarjeta de Control de Asistencia y Administración de Medicamentos en Pacientes con Esquema de Retratamiento para TB MDR.

Anexo 7 : Esquema de Retratamiento Estandarizado para Tuberculosis Multidrogorresistente

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los factores biosocioculturales de pacientes Multidrogorresistente (MDR) dependientes del personal de salud y su influencia en la incidencia de tuberculosis del Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000 – 2001. Metodológicamente es descriptivo correlacional de corte transversal con una muestra constituida por trece pacientes con tuberculosis Multidrogrresitente.

Los datos se obtuvieron a través de la guía de entrevista, ficha de datos, historia clínica, registro y seguimiento de pacientes con tuberculosis crónica y TB MDR, ficha de evaluación social y nutricional: Los cuales se registraron en la ficha para este propósito. Se tabularon los datos con los respectivos indicadores de las variables. Los resultados se presentaron en cuadros y gráficos simples y de doble entrada. Los datos del estudio fueron obtenidos durante los meses de Abril y Mayo del 2003, cuyo resultado indica lo siguiente:

Del 100 % (13) pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente, el 84,62 % corresponde a resistencia secundaria y 15,38 % a resistencia primaria. La frecuencia de resistencia es: De 1 – 2 fármacos 53,85 %, de 3 – 4 fármacos 38,46 % y de 5 a más fármacos 07,69 %. Con relación a la edad, el de mayor porcentaje se ubica entre las edades de 16 – 25 años (53,85 %). Con relación a sexo, el masculino presenta un alto porcentaje (76,93 %), mientras el estado nutricional bajo peso es el de mayor porcentaje (53,85 %) en resistencia secundaria y en cuanto a soporte social no proporciona alcanza el 61,54 %.

En relación al nivel social; bajo riesgo social muestra un 61,54 %. Según grado de instrucción el 69,24 % corresponde a grado de instrucción secundaria y en cuanto a Quimioterapia el 76,24 % corresponde a quimioterapia insuficiente. Finalmente con relación a la atención del tratamiento este es deficiente.

INTRODUCCIÓN

Desde principio de los años noventa, se han registrado en diferentes regiones del mundo, diversos brotes de Tuberculosis Multirresistente a consecuencia del uso incorrecto de los medicamentos antituberculosos que se observan en casos crónicos, tras el fracaso de los regímenes de retratamiento recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo que representa una alta proporción de enfermos de Tuberculosis con resistencia adquirida. Excepcionalmente, la Tuberculosis Multirresistente se observa en los casos nuevos, es decir, en pacientes que nunca han tomado medicamentos antituberculosos y que han sido infectados por bacilos multirresistente. En la mayor parte de las situaciones, estos casos nuevos causados por bacilos multirresistentes representan una proporción muy pequeña de nuevos casos de Tuberculosis con resistencia primaria.

Con respecto a Tuberculosis Multirresistente, se encontraron datos en los trabajos del Dr. César Bonilla (1992), MINISTERIO DE SALUD (1995), Pedro Suárez y Otros (2000); donde reportan 381 casos con retratamiento estandarizados y 121 casos con retratamiento individualizado y en cuanto a Tuberculosis Multidrogorresistente refieren diversos factores. Entre los años 1980 – 1990, uno de las deficiencias del control de la Tuberculosis en el Perú, era la falta de un continuo suministro de medicamentos, que por momentos ocasionó desabastecimiento de medicamentos a nivel nacional, regional y local.

Entre 1990 y 1993, se intentó mantener para los casos crónicos un tratamiento basado en el uso de asociaciones variadas que incluían Kanamicina, Etambutol,

Tiocetazona en asociación con Isoniacida y Rifampicina. Se logró curación en proporción que varió entre el 40 y 49 % y la eficacia entre el 70 y 75 %.

En consecuencia, nos enfrentamos con una situación mucho más grave que la que existía a mediados de los años cincuenta. Debido a factores demográficos y socioeconómicos, a la escasa atención prestada al control de la Tuberculosis y por último a la epidemia de VIH. Por otra parte se ha producido un gran aumento del número de casos de Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopía Positiva, que a menudo queda sin diagnosticar o sin tratar.

En 1991, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHO 44,8 en la que reconoce que la base del control de la Tuberculosis es el tratamiento eficaz de los casos. Desde 1992, el Programa Mundial de la OMS contra la Tuberculosis ha adoptado una nueva estrategia con miras a atender las necesidades del control de la Tuberculosis.

En tal sentido el presente estudio de investigación trata sobre aquellos factores biosocioculturales de pacientes Multidrogorresistentes, dependientes del personal de salud y su influencia en la incidencia de Tuberculosis en los pacientes que acuden al Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001, considerando para ello los siguientes capítulos: Capítulo I: Planteamiento del Problema, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Metodología, Capítulo IV: Resultados y Discusión, Capítulo V: Conclusión y Recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Tuberculosis es una enfermedad a la que aún no se ha vencido y que sigue siendo un problema sanitario para el mundo y un reto diario para la medicina.

El fenómeno de la Tuberculosis Fármacorresistente es enteramente producto del ser humano.

El *Mycobacterium Tuberculosis* causa la muerte de más personas que cualquier otras infecciones.

Las defunciones por Tuberculosis representan el 25 % de toda la mortalidad evitable en los países en desarrollo, donde se registra el 95 % de los casos y el 98 % de los fallecimientos causados por esta enfermedad; de estos casos se sitúa en el grupo de edad económicamente productiva (15 - 50 años).

A pesar de la multitud de estudios en los últimos años de la resistencia primaria estos han sido en su mayoría de carácter epidemiológico y pocos se han dedicado a dar completa claridad sobre los mecanismos que la producen.

Por tal motivo nos planteamos la siguiente interrogante ¿cuáles son los factores biosocioculturales de pacientes Multidrogorresistentes, dependientes del personal de salud, que influyen en la incidencia de la Tuberculosis, del Hospital San Juan Bautista de Huaral 2000 – 2001?

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

1.2.1 Antecedentes Internacionales.

PILHEU, J. A. y Otros (1978-1980). Realizaron un estudio en el Hospital E. Tornú. Buenos Aires – Argentina y llegaron a los siguientes resultados:

Del total de los 200 (100 %) pacientes estudiados, 150 fueron regulares (77 %), 26 irregulares (13 %) y 20 desconocidos (10 %). 176 (88 %) pacientes habían recibido un solo tratamiento previo y 24 (12 %) mas de uno. Entre los regulares, 15 casos recibieron dos tratamientos.

Entre los irregulares, tres casos recibieron dos tratamientos y un caso, tres. Entre los desconocidos, cuatro casos recibieron dos tratamientos y un caso seis.

Habían 54 casos (27 %) con gérmenes resistentes a uno o más drogas. De los 150 casos regulares, el 9,7 % tenían bacilos resistentes.

La resistencia total para cada una de las drogas fue: 45 casos para Isoniacida (22,5 %), 28 casos para Estreptomicina (14 %), 13 casos para Etambutol (6,5%) y 13 casos para Rifampicina (6,5 %).

En cuanto a la resistencia primaria, de los 243 pacientes en tratamiento previo al estudio de sensibilidad[(a)] bacteriana mostró la presencia de gérmenes resistente en 17 casos (7 %); la edad media de estos pacientes fue de 32.3 años, con un rango de 18-44 años.

SAMPER, Sofía y Otros (2000). En un estudio realizado en España, llegaron a los siguientes resultados:

Del total de 94 casos de Tuberculosis Multirresistente[(b)], 79 eran varones y 15 eran mujeres. El promedio de edad fue de 42 años (53 años en varones y 34 en mujeres, $p < 0,001$). La Tuberculosis Pulmonar fue la variedad más frecuente (80 %).

El 77 % de los casos de Tuberculosis Pulmonar presentaba frotis de esputo positivo. Todas las cepas eran resistentes a la Isoniacida y a la Rifampicina, como mínimo: Este patrón de resistencia representó un 41 %

La mitad de los casos presentaban factores de riesgo para desarrollar Tuberculosis: 19 estaban coinfectados con VIH (20 %), 19 eran usuarios de drogas por vía parenteral (20 %) y 12 eran alcohólicos (12 %).

Las agrupaciones tendían a incluir un menor porcentaje de casos de mayor edad que casos más jóvenes (prácticamente todos los casos de mayor edad presentaban una forma reactivada de la enfermedad).

(a) O prueba de sensibilidad, es un examen auxiliar para determinar la sensibilidad o resistencia de los fármacos antituberculosos en los casos de fracaso a los esquemas de tratamientos antituberculosos. Serán de exclusiva responsabilidad del laboratorio de referencia de mico bacterias del Instituto Nacional de Salud.

(b) En el trabajo se utilizarán los términos, Tuberculosis Multirresistente, Tuberculosis Multidrogorresistente, entendiéndose que ambos se refiere a la enfermedad de Tuberculosis causado por bacterias que es resistente a más de una medicina comúnmente usada para curar la Tuberculosis.

VAN RIE, Annelies y Otros (2000). En un estudio realizado en Sudáfrica, llegaron a los siguientes resultados:

El 52 % de los casos estaban provocados por cepas resistentes a fármacos. La mayoría de ellos se debían a multirresistencias más que a resistencias a un solo producto. Sin embargo, de acuerdo con la clasificación clínica, únicamente el 18 % de los pacientes habían sido encuadrados dentro de la Tuberculosis de resistencia primaria. Los expertos consideran que la clasificación tradicional debería sustituirse. El trabajo concluye: "Hemos verificado que un total de 25 pacientes habían recibido una dosificación incorrecta"[(c)].

VAN HELDEN, Paúl y Otros (2000). A esta conclusión llegaron después de realizar identificación molecular del ADN del *Mycobacterium Tuberculosis* en 16 pacientes con Tuberculosis recurrente, posterior a cura de infección primaria. Los participantes eran de Cape Town, en Suráfrica, donde el número de casos anuales de Tuberculosis es alto (1000 por cada 100 000 habitantes).

Los hallazgos mostraron que los patrones de la Mycobacteria encontrados en 12 pacientes fueron diferentes a los registrados en la infección inicial, indicando que la reinfección exógena fue la causa de recurrencia de la enfermedad. Puestos que estos casos resultan por contacto pertenecieron a un grupo de cepas identificadas con anterioridad en la comunidad.

(c) Término que se refiere al uso incorrecto de medicamentos antituberculosos esenciales, en los casos de tuberculoso pulmonar multibacilar.

1.2.2 Antecedentes Nacionales.

SABOGAL, Iván y Otros (1993-1996). En un estudio realizado en el Callao, Perú, llegaron a los siguientes resultados: Se encontraron 118 casos de fracasos al tratamiento primario en los cuatro años de estudio. Se observa que el 8,5 % de casos presentaban sensibilidad a los fármacos probados. Una alta proporción (91,5 %) presenta algún grado de resistencia que se distribuye principalmente en: 13,6 % a un solo medicamento, 34 % a dos, 33 % a tres, 7,6 % a cuatro, 2,5 % a cinco medicamentos. La multidrogorresistencia alcanzó 67,8 %.

MINISTERIO DE SALUD (1995-1996). En un estudio sobre vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos, presenta los siguientes resultados: La resistencia inicial (RI) determinada en 1500 pacientes nunca tratados (NT) fue: 15,4 %, un 10,1 % presentó resistencia a un medicamento, 3,9 % a dos medicamentos, 1,0 % a tres medicamentos y finalmente un 0,4 % a cuatro medicamentos. Se detectó multirresistencia en 2,4 % de los 1500 pacientes. La prevalencia de resistencia adquirida (RA)[(d)] fue determinada en 458 pacientes antes tratados (AT), de los cuales 165 presentaron resistencia a uno o más medicamentos. Un 16,2 % de estos 458 mostraba resistencia a un medicamento, otro 10,9 % a dos medicamentos, 6,3 % a tres y 2,6 % a cuatro medicamentos.

(d) En los pacientes en que hay constancia de tratamiento anterior (de más de un mes de duración) la resistencia bacteriana, se denomina Resistencia Adquirida o Resistencia Secundaria. A veces en casos de tratamiento monomedicamentoso o de combinaciones medicamentosas inadecuadas la resistencia puede aparecer en dos o tres semanas. Conviene tener en cuenta este hecho cuando se prescriba una combinación de varios medicamentos a un caso individual.

La resistencia global, tanto como RI[e] como RA, el mayor porcentaje de casos resistentes se halló para Estreptomicina (8,7 %) entre los pacientes NT, mientras que en los pacientes AT predominó la resistencia a Isoniacida (23,8 %). El mayor porcentaje de RI y multirresistencia entre pacientes NT se encontró en el grupo de 31 a 40 años y la RA fue mayor de 41 a 50 años, en quienes también se observó una mayor multirresistencia. La relación RI y RA con el género no se observó un perfil uniforme: La RI fue ligeramente más elevada en hombres, mientras que la RA fue algo mayor entre las mujeres.

SUAREZ, Pedro y Otros (1995-1996). En un estudio sobre vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos en el Perú, llegaron a los siguientes resultados:

De 1991 casos con cepas sensibles, que recibieron tratamientos con esquema primario, se encontraron 99 casos con multidrogorresistencia, de ellos, 70 fueron antes tratados y 29 nunca tratados, de éstos, 5 recibieron otro esquema no especificado. De 24 casos con multidrogorresistencia primaria, 11 casos presentaron resistencia a Isoniacida y Rifampicina, 6 casos presentaron a Isoniacida, Rifampicina y Estreptomicina; 3 casos presentaron a Isoniacida, Rifampicina y Etambutol; y 4 casos presentaron resistencia a Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Estreptomicina. De 70 casos con multidrogorresistencia secundaria, tienen como categoría de ingreso antes tratados 74,3 % (52 casos) corresponde al grupo de recaídas y 25,7 % (18 casos) son abandonos recuperados.

(e) Si una vez efectuado el examen clínico, es dudoso que el paciente no haya recibido algún tratamiento anterior, se habla de resistencia inicial. La Resistencia Inicial es una combinación de resistencia primaria y de resistencia adquirida no revelada.

POCOMUCHA, Nelly (1996-1997). Realizó un estudio sobre creencias, actitudes, y prácticas de los familiares de pacientes en tratamiento con Tuberculosis en la ciudad de Tarma. Estudió a 5 familias cercanas de los pacientes con Tuberculosis, haciendo un total de 25 personas (mayores de 18 años). Hubo predominio femenino en un 56 %. El grado de instrucción de la mayoría fue educación secundaria completa (48 %).

El 60 % de los encuestados si sabían que la vacuna BCG prevenía la Tuberculosis. El 40 % cree que el tratamiento contra la Tuberculosis No es efectivo. Hay reacciones de rechazo, miedo y aislamiento al paciente en tratamiento con Tuberculosis en un 48 %.

El 48 % de los encuestados pensaban, que darle una buena educación(f) al paciente era más importante, que darle una buena alimentación o brindarle apoyo moral.

CANALES, Roberto (1997-1998). En un estudio realizado en el Perú, llegó a los siguientes resultados: El número de casos ingresados al esquema referencial de retratamiento para Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR) en el ámbito nacional es de 174 pacientes, observándose que los grupos de edad con mayor incidencia de casos probables de TB MDR son los de 15 a 19 años con 28 casos (16,0 %), de 20 a 24 años con 40 casos (22,9 %); de 25 a 35 años con 63 casos (36,2 %); y de 35 a 45 años con 22 casos (12,6 %).

(f) La Educación para la salud, es un proceso de diálogo-información-reflexión-acción dirigido al enfermo, su familia y a la población en comunidad, orientado a conseguir la adopción de una conducta que: disminuye la transmisión de la infección en la comunidad, sintomático respiratorio identificados sean examinados por bacilos copia que los enfermos reciban tratamientos completos y supervisados y evitar que los abandonen, etc.

Referente al género de 174 casos reportados, 97 corresponde al sexo masculino (56 %) y 77 corresponden al sexo femenino (44 %).

El motivo de ingreso se ha distribuido de la siguiente manera, la mayor proporción corresponde a casos de pacientes que fracasaron al esquema dos, habiendo ingresado como recaídas(g), estos casos fueron 95 (54 %); los casos que presentaron fracaso secuencial al esquema uno y dos (o dos reforzado), fueron en total 448 (28 %); y los casos que ingresaron de manera excepcional 31 casos (18 %).

Respecto al número de tratamientos recibidos previamente al esquema referencial de retratamiento para TB MDR, se puede observar que de 145 casos evaluados, recibieron solo un tratamiento previo 5 casos (3,5 %); dos tratamientos previos 117 casos (80,5 %); tres tratamientos previos 21 casos (14,6 %) y cuatro tratamientos previos dos casos (1,4 %).

La resistencia según número de drogas en pacientes con esquema referencial de retratamiento para TB MDR, en número de 28 pruebas de sensibilidad, indican que la resistencia a 5 drogas se dio en tres casos (3,8 %), a 4 drogas, en quince casos (53,6 %); a 3 drogas, en cinco casos (17,8 %); y a 2 drogas también en cinco casos (17,8 %).

El patrón de resistencia en pacientes con esquema referencial de retratamiento para TB MDR, en número de 28 pruebas de sensibilidad, la

(g) Paciente con un nuevo episodio de actividad tuberculosa después de haber completado un tratamiento exitoso (curado)

resistencia a la Rifampicina 28 cepas (100 %), a la Isoniacida en 27 cepas (96,4 %); a la Estreptomicina en 17 cepas (60,7 %); a Etambutol en 21 cepas (75,0 %) y a Pirazinamida en 10 cepas (35,7 %). En cuanto a la asociación Isoniacida-Rifampicina, la resistencia se presentó en 27 cepas (96,4 %) [11].

SULLA, E. y Otros (1998). En un estudio realizado en el Hospital Goyeneche, Arequipa-Perú, para llegar a los resultados tomaron en cuenta la totalidad de pacientes ambulatorios con TBC Pulmonar BK (+) casos nuevos, que iniciaron tratamiento entre Enero y Julio de 1997 y concluyeron durante el año 1997 (n = 46).

El estado nutricional por IMC[h] en los pacientes ambulatorios alcanzó el 50 % normales (n = 23), bajo peso 34,8 % (n = 16) y sobre peso 15,2 % (n = 7).

TITE, B. (1997-1998). En el estudio descriptivo, explicativo, correlacional, realizado en los Centros de Salud, ciudad Blanca y 15 de Agosto, Arequipa, Perú, llegó a los siguientes resultados:

El 26 % de pacientes presenta limitado apoyo emotivo por parte de la familia, quienes no brindan confianza y seguridad. Así mismo, en el 20 % se demuestra desinterés y/o despreocupación por la salud del paciente.

El 16 % se sienten frustrados e impotentes por la difícil situación.

En el 14 % se presenta actitud de rechazo y desprecio hacia el enfermo.

(h) Indice de masa corporal, término que se refiere al grado de adiposidad, se utiliza para evaluar el estado nutricional; según la fórmula índice de Quetelec cuyo indicador es Peso/Talla.

SUAREZ, Pedro y Otros (1997-1999). En el estudio realizado, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del Perú, llegaron a las siguientes conclusiones:

Han ingresado hasta Mayo de 1999, cumpliendo criterios de inclusión, 482 casos esquema estandarizado[(i)] y 24 a individualizado[(j)].

La distribución de casos según género, muestra un predominio masculino de 352 casos (60 %) y el sexo femenino 232 (40 %).

La distribución por edad se distribuye entre los 10 y más de 65 años, no se observan casos en menores de 10 años y la mayor frecuencia se presenta entre los 15 y 44 años.

Los patrones de resistencia que se encontraron en las 311 pruebas son: A un solo fármaco 9 (2,9 %); a dos fármacos 47 (15,1 %); a tres fármacos 75 (24,1 %); a cuatro fármacos 126 (40,5 %); a cinco fármacos 33 (10,6 %); a seis fármacos 2 (0,6 %); y a siete fármaco 1 (0,3 %).

MINISTERIO DE SALUD Y OTROS (1999). En un estudio sobre vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos en el Perú, obtuvieron los siguientes resultados:

(i) Está indicado, en pacientes con Tuberculosis Pulmonar bacteriológicamente positiva que han ingresado como nuevos, fracasan al esquema uno y como recaídas o abandonos recuperados, fracasan al esquema dos en condiciones de tratamiento regular y supervisado y tiene cultivo positivo como confirmación del fracaso. Dura 18 meses.

(j) Está indicado en pacientes que fracasan al esquema de tratamiento estandarizado para TB MDR y en pacientes que recaen luego de haber recibido exitosamente un retratamiento estandarizado para TB MDR. Dura de 18 – 36 meses.

De los 2,101 pacientes incluidos, 1,841 fueron nunca tratados y 260 antes tratados. El 59,2 % (1,243) fueron de género masculino y 858 (40,8 %) de género femenino. No se presentan diferencias entre el grupo de casos estudiados y la notificación nacional respecto a sexo, procedencia y grupos etáreos.

La prevalencia de resistencia adquirida fue determinada en 260 pacientes antes tratados, de los cuales 61 presentaron resistencia a uno o más medicamentos. Un 10 % de estos 260 pacientes mostraba resistencia a un medicamento, otro 6,25 % a dos medicamentos, 2,7 % a tres y 4,6 % a cuatro medicamentos.

La Multidrogorresistencia se detectó en 12,3 % del total de pacientes.
El mayor porcentaje de casos resistentes se halló para la Estreptomicina (11,8 %) entre los pacientes nunca tratados, mientras que entre los pacientes antes tratados predominó la resistencia a Isoniacida.

SUARES, Pedro y Otros (1997-2000). Experiencia del programa de la Tuberculosis en el Perú y la aplicación de la estrategia DOTS Plus, llegaron a los siguientes resultados:

De los 478 casos que iniciaron retratamiento, 381 (79.9 %) cumplieron los criterios de inclusión establecidas en las directivas vigentes; mientras que 97 (20,3 %) fueron admitidos en la condición de otros. En la distribución según género predomina el género masculino con 281 (58,8 %). Se observan 197

casos en el género femenino (41,2 %). Los patrones de resistencia observados más frecuentemente son: RHES (28,7 %), RHS (12,8 %), RHZES (11,7 %) y RH (11,7 %).

Los motivos de ingreso fueron pacientes que fracasaron en forma secuencial a los esquemas uno y dos, registrándose 161 casos de pacientes que, siendo recaídas, fracasaron al esquema dos.

Los motivos de ingreso a retratamiento individualizado para TB MDR corresponden a fracasos al esquema de retratamiento estandarizado para TB MDR, con 96 casos (60 %), seguido de casos crónicos multitratados con medicamentos antituberculosos de primera línea que persisten con bacteriología positiva, con 56 casos (35 %); recaídas al esquema de retratamiento estandarizado para TB MDR dos casos (1 %), y en la categoría otros, se registraron siete casos (4 %). Con respecto a los 121 casos que iniciaron el retratamiento individualizado y que disponen del resultado de la prueba de sensibilidad, en 115 casos (95 %) se demostró multidrogorresistencia y en 6 (5 %) no se demostró multidrogorresistencia, pero de ellos 2 (33 %) fueron resistentes a tres medicamentos de primera línea; 3 (50 %) fueron resistentes a dos medicamentos de primera línea y 1 (17 %) presentó resistencia a un medicamento de primera línea. De los 115 casos con demostrada multidrogorresistencia, 3 (2,6 %) fueron resistentes a la asociación Isoniacida más Rifampicina; resistentes a la asociación (H-R) mas un medicamento fueron 14 casos (12,2 %); mas dos medicamentos 29 casos (25,2 %); más tres medicamentos 23 casos (20 %); mas cuatro

medicamentos 24 casos (20,9 %); mas cinco medicamentos 13 (11,3 %); mas seis medicamentos ocho casos (6,9%) y mas siete medicamentos solo un caso (0,9%).

En 121 casos, la resistencia demostrada a cada uno de los fármacos antituberculosos de primera línea indicó que 118 casos (98 %) tenían resistencia a Isoniacida; 112 (93 %) a Rifampicina; 83 (69 %) a Pirazinamida; 102 (84 %) a Etambutol y 86 casos (71 %) a Estreptomicina. Con respecto a la resistencia a fármacos de segunda línea, se observó, que hay resistencia a Etionamida en 47 casos (39 %); a Kanamicina en 38 (31 %); a Capriomicina en 19(16 %); a Ciprofloxacina en 18 (15 %); y a Ciclocerina en 4 casos (3 %).

CANCHO A. y E. OYARCE (2000). en un estudio realizado en la Dirección de Salud II-Lima Sur, Perú, llegaron a los siguientes resultados:

De los 20 pacientes en estudio (100 %), solo 4 (20 %) tuvieron crecimiento de *Mycobacterium Tuberculosis* a los quince días y 16 (80%) a los treinta días de siembra de las muestras provenientes de estos pacientes. La carga bacilar de los 15 cultivos positivos de estos pacientes fue de la siguiente manera: crecimientos de colonia, un cultivo (5 %); con (+), diez cultivos (50 %), con (++), un cultivo (5 %); con (+++), ocho cultivos (40 %). De las colonias que crecieron a los 15 días, solo una tuvo una cruz (+) y tres tuvieron tres cruces (+++). De los cultivos que crecieron a los 30 días, nueve tuvieron una cruz (+), uno 2 cruces (++), y seis 3 cruces (+++).

RACACHA E. (2000). En un estudio realizado en el Hospital Materno Infantil San José, Villa el Salvador, Lima Perú, llegó a los siguientes resultados:

De 132 pacientes, la media del índice de masa corporal (IMC) de los pacientes de 6 a 72 años fue de 20,04 + ó – 3,15. El 31,1 % del total de pacientes estaba con bajo peso o desnutrido, el 63,6 % con peso normal y solo el 5,3% con sobre peso. En cuanto a los factores de riesgo para el estado de nutrición, lo relacionado con la pobreza extrema (categoría D y E), el sexo masculino y la edad de 15 a 44 años mostró asociación estadística significativa con la desnutrición.

SAYRITUPA M. y OTROS (2000). En el estudio realizado en Puno-Perú encontraron a 52 pacientes con Tuberculosis Pulmonar con Frotis Positivo (TBP-FP) nunca tratados, con edades entre 18 y 64 años; de ellos fueron 40 varones y 12 mujeres eutróficos 32 casos (61,54 %), y bajo peso 20 casos (38,46 %).

Los eutróficos entre 55,17 % a 80 % y los de bajo peso 20 % a 44,83 %. En estudios de casos control determinados: bajo peso 11%, normal 56,52 % y sobre peso 31,52 %; total 92.

CALDERON N. J. RODRÍGUEZ (2000). En un estudio realizado en la Región de San Martín-Perú, llegaron a los siguientes resultados:
De 45 pacientes, bajo grado de apoyo familiar 9 casos (20 %); moderado grado de apoyo familiar 16 casos (35,56 %) y alto grado de apoyo familiar 20 casos (44,44 %).

- El personal de salud que trabaja en el Control de la Tuberculosis es también, objeto de la estigmatización.

Con Relación al Programa de Control de la Tuberculosis:

- Entre los casos estudiados, se registraron dos en los que, habiendo llegado como pacientes nuevos a los establecimientos con síntomas persistentes de TBC, la Baciloscopía arroja resultados negativos, no iniciándose el tratamiento.
- Las relaciones adversas encontrados en ocho de los nueve casos han actuado en oportunidades como factor coadyuvante a la irregularidad o abandono del tratamiento.
- La captación de sintomáticos respiratorios se realiza fundamentalmente en los establecimientos, la búsqueda activa en la comunidad se ve limitada por la escasez de recursos humanos en exclusividad para el programa de control de la Tuberculosis y por falta de facilidades para esta labor.
- El desconocimiento por el enfermo del proceso integral de la enfermedad estaría limitando su empoderamiento y subsecuente manejo apropiado de la misma.
- A pesar de que el personal de los servicios imparte a la población educación sanitaria específica sobre la TBC, ésta se evidencia como insuficiente sobre todo con relación a las formas de contagio.

1.2.3 Antecedentes Locales.

En el ámbito local no se encontró a la fecha, trabajos referente al tema; pero se encontraron datos en el Programa de Control de Tuberculosis del Hospital San Juan Bautista de Huaral.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1 Objetivo General:

Determinar los factores biosocioculturales, de Pacientes Multidrogorresistente dependientes del personal de salud y su influencia en la Incidencia de Tuberculosis. Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2000-2001.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Precisar que tipo de resistencia presenta mayor porcentaje en los casos de Tuberculosis Multidrogorresistente.

- Cuantificar la frecuencia de resistencia a fármacos que presenta mayor porcentaje en los casos de Tuberculosis Multidrogorresistente.

- Identificar si la edad influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

- Precisar si el sexo influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

- Describir si el estado nutricional influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

- Describir si el soporte social influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.
- Identificar si el nivel social influye en la Tuberculosis Multidrogorresistente.

- Identificar si el grado de instrucción influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

- Identificar si la quimioterapia proporcionada por el personal de salud influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

- Describir si la atención del personal de salud a los pacientes, influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

1.4 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.

El presente trabajo de investigación, se justifica por el hecho comprobado mediante la observación directa y el aporte de datos estadísticos obtenidos directamente del Programa de Control de la Tuberculosis de los Servicios Básicos de Salud – Huaral, que nos muestra la triste realidad de estos acontecimientos: Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente. Nos permite abordar sobre este flagelo que sigue amenazando nuestro país, conocer nuestra realidad local, regional, nacional e internacional, ya que

aproximadamente un tercio de la población está infectado por el *Mycobacterium Tuberculosis*. La Tuberculosis es una enfermedad a la que aún no se ha vencido y que sigue siendo un problema sanitario para el mundo y un reto diario para la medicina.

A pesar de la multitud de estudios de los últimos años de la resistencia primaria, estos han sido en su mayoría de carácter epidemiológico y pocos se han dedicado a dar completa claridad sobre los mecanismos que la producen.

El *Mycobacterium Tuberculosis* causa la muerte de más personas que cualquier otras infecciones.

Las defunciones por Tuberculosis representan el 25 % de toda la mortalidad evitable en los países en desarrollo, donde se registra el 95 % de los casos y el 98 % de los fallecimientos causados por esta enfermedad, de estos casos se sitúa en el grupo de edad económicamente productiva (15-50 años).

El perfil epidemiológico de la enfermedad es similar en todos los lugares del país, la incidencia y la prevalencia difieren de una zona a otra por sus características geográficas, socioeconómicas y urbanísticas, siendo más vulnerables las zonas urbanas.(1)

La forma de transmisión del bacilo tuberculoso por inhalación del aerosol de la expectoración de un paciente con Tuberculosis Pulmonar, nos obliga a reducir la transmisibilidad mediante la detección precoz de los casos de Tuberculosis

Pulmonar con Baciloscopía Positiva y la introducción de la quimioterapia eficaz, lo cual produce una disminución de la frecuencia de la tos y una reducción de la excreción de los bacilos. El fenómeno de la Tuberculosis Fármacorresistente es enteramente producto del ser humano.(2)

Por todo lo expuesto y añadiéndole el tamaño considerable de la población económicamente activa y la composición sociocultural de las familias Huaralinas, estimamos que el presente trabajo de investigación se justifica, ya que proporciona datos acerca de la Multidrogorresistencia de la Tuberculosis y con ellas se recomiendan algunas pautas correctivas. Sirve también como fuente problemática para futuros trabajos de investigación.

Por lo tanto cabe investigar los diferentes factores de orden sociocultural, biológico y dependiente del personal de salud, de tal forma que al interaccionarlos, podamos hallar la manera en que estos influyen en la Tuberculosis Multidrogorresistente en el Hospital San Juan Bautista de Huaral.

Es posible que estos factores tengan diferente grado de influencia en lo referente al problema, sin embargo; los mismos serán dependientes de la composición sociocultural de la población que habita en la Provincia de Huaral y ex haciendas aledañas, la cual tiene un alto componente de personas de bajo nivel de instrucción y un marcado comportamiento dependiente de creencias y costumbres ancestrales.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

1.5.1 Hipótesis.

1.5.1.1 Hipótesis General:

Los factores biosocioculturales de pacientes Multidrogorresistentes, dependientes del personal de salud influye en la incidencia de Tuberculosis del Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2000-2001.

1.5.1.2 Hipótesis Específicas

La resistencia secundaria es la que presenta mayor porcentaje en los casos de Tuberculosis Multidrogorresistente.

La resistencia de tres a cuatro fármacos presenta mayor porcentaje entre los casos Tuberculosis Multidrogorresistente.

La edad influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

El sexo influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

La falta de Soporte Social influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

El mediano riesgo social influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

- El grado de instrucción primaria influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.
- La quimioterapia incorrecta influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.
- La deficiente atención del personal de salud en el tratamiento influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

1.5.2 Variables y Operacionalización de las Variables.

1.5.2.1 Variables

a. Variables Independientes:

Son los factores que condicionan a los pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente: Biológicos, sociales culturales y dependientes del personal de salud.

b. Variable Dependiente:

Se considera a la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente de los pacientes del Hospital San Juan Bautista de Huaral.

1.5.2.2 Operacionalización de las Variables

a. Factores Biosocioculturales: Representa la variable independiente mediante las condiciones que son influyentes en los pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente, se detalla de la siguiente manera:

a.1 Biológicos: Este factor se refiere a los indicadores de:

Edad: Edades comprendidas entre: 16-25, 26-35 y 36-45 años.

Sexo: Masculino y Femenino.

Estado Nutricional: En este factor se trabajó con el índice de Quetelec que se clasifica en:

Masculino:

IMC	<	=	20	Bajo peso
IMC		=	20 – 25	Normal
IMC	>	=	25	Sobre peso

Femenino:

IMC	<	=	18,7	Bajo peso
IMC		=	18,7 – 23,8	Normal
IMC	>	=	23,8	Sobre peso

a.2 Sociales: Este factor se refiere al papel que juega el entorno familiar y la comunidad.

Soporte Social: Es el apoyo que se brinda a las personas en tiempo de crisis ayudándoles a enfrentar sus problemas materiales y emocionales.

No proporciona: No recibe el Soporte Social

Proporciona: Recibe Soporte Social

- **Nivel Social:** Se refiere a la condición de vida que tiene el paciente. Datos de la ficha de evaluación social del paciente que se clasifican en:
  - Bajo Riesgo
  - Mediano Riesgo
  - Alto Riesgo

a.3 Cultural: Este factor se refiere al grado de instrucción que poseen los sujetos en estudio.

- **Grado de Instrucción:**

  Primaria: Se considera Primaria Completa e Incompleta.

  Secundaria: Secundaria Completa y Secundaria Incompleta.

  Superior: Superior Completa y Superior Incompleta.

a.4 Dependientes del Personal de Salud: Este factor considera el cumplimiento del DOTS (Tratamiento acortado directamente observado); el tratamiento en la fase inicial, independiente, médico particular, Programa de Tuberculosis o Centros de Salud.

- **Quimioterapia:** Administración de medicamentos considerando el cumplimiento del DOTS.

  Incorrecta: No cumplimiento de la administración de medicamentos según DOTS.

Correcta: Cumplimiento de la administración de medicamentos según DOTS.

- **Atención al Tratamiento:** Se considera las siguientes categorías:
  - Deficiente y
  - Eficiente

b. Incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente: Es la variable dependiente de los casos nuevos de Tuberculosis Multidrogorresistente cuyas características son:

b.1 Tipo de Resistencia:

- **Primaria:** Cuando el paciente no a recibido tratamiento alguno.
- **Secundaria:** Cuando el paciente a recibido tratamiento anterior.

b.2 Frecuencia de Resistencia: Se refiere a las veces que el paciente hace resistencia a uno o más fármacos del tratamiento antituberculoso.

- **1 - 2 fármacos:** Isoniacida y Rifampicina
- **3 - 4 fármacos:** Isoniacida, Rifampicina, Kanamicina y Estreptomicina.
- **5 a más fármacos:** Isoniacida, Rifampicina, Estreptomicina, Kanamicina, Etambutol y otros.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 PLANTEAMIENTO TEÓRICO DEL PROBLEMA

2.1.1 Factor Biológico.

Las situaciones que los enfermos, así como los miembros de la comunidad, asocian reiterativamente la adquisición de la Tuberculosis son la alimentación insuficiente e irregular – características de un contexto de pobreza – así como el contagio. Para la comunidad, la mala alimentación tiene distintos responsables: En el caso de los niños, los ancianos y las mujeres embarazadas, es la escasez de recursos, en tanto que frente a los jóvenes hay una carga moral en la explicación, la que incluye "descuido personal", la "mala vida" o "vida silenciosa", descritas en términos del consumo de alcohol, de drogas, la participación en fiestas, el comercio sexual, entre otras conductas. Esta percepción es compartida por los proveedores de salud de distinto nivel. Para la comunidad, la mejor prevención frente a la enfermedad es la alimentación apropiada, lo que resulta consistente con el discurso hegemónico de la condición de mala alimentación como factor condicionante de la Tuberculosis: "A buena alimentación buenas defensas"

La Tuberculosis como Entidad Biosocial:

La Tuberculosis no es una enfermedad cualquiera. Sobre la base biológica de la entidad patológica y de su tratamiento, se construye la enfermedad con elementos sociales y morales. A diferencia de otras enfermedades como, por ejemplo, la Leishmaniasis o la Lepra, que generan discriminación hacia el afectado por la mutilación física de la

que este es objeto, en el caso de la Tuberculosis el enfermo arrastra, además, la sanción moral de ser responsable de la adquisición de la enfermedad y del fracaso en su recuperación, cuando es ese el caso. En síntesis, sobre bases biológicas, se ha construido socialmente a la TBC como un "objeto" indeseable encarnado en el enfermo, quien como fuente de contagio debe ser rehuido. De allí el estigma asignado a la afección(3). ESTROFF(4) explora la experiencia de discapacidad y cronicidad, recorriendo el camino por el que personas que "tiene" una enfermedad se transforman en personas que "son" una enfermedad; sugiere que la cronicidad consiste en una fusión entre identidad y diagnóstico, que transforman al afectado en una categoría de persona negativamente valorada y disfuncional. El daño biológico se extiende, metafóricamente, a la personalidad total y a las circunstancias de vida del individuo afectado. La cronicidad y la discapacidad están construidas por: La persistencia temporal de disfunción percibida por el yo y los otros; El contacto continuo con otros, poderosos, que diagnostican y tratan; la redefinición gradual pero define de la identidad del paciente que hacen los parientes y otras personas del entorno inmediato que observan, son afectados o comparten la debilidad; y la pérdida concurrente de roles e identidades que no están relacionadas con la enfermedad.

2.1.2 Factor Social: Redes Sociales, Soporte Social y Nivel Social.

Las estructuras grupales suelen ejercer un condicionamiento sobre la conducta individual en el desarrollo de estrategias de cambio adecuadas. House y sus asociados concluyeron a partir del metanálisis de los más

importantes estudios epidemiológicos, que las redes de vínculos sociales débiles están asociadas a un mayor riesgo de enfermedad y muerte. El aislamiento de un individuo, una unidad doméstica o un grupo familiar respecto a las redes locales puede significar no sólo un menor acceso a los recursos que éstas ofrecen, sino también una intensificación de sentimientos tales como poca autonomía, poca decisión propia sobre los hechos de la vida o la muerte y en fin, una actitud pasiva frente a amenazas. En este punto hay un encuentro entre variables sociales y psicológicos. El sujeto enfermo, en tanto miembro de una familia, enfrentará su situación social y patológica mediante el conjunto de ideas, valoraciones y conductas que generen en el marco de sus relaciones sociales inmediatas.

Todo ello, a su vez, dependerá de los conocimientos, información, percepciones, actitudes y conductas que, en general, el grupo familiar procese acerca de la Tuberculosis. La familia constituye el contexto más inmediato en el que se desenvuelve la enfermedad. En los casos estudiados se destaca la prevalencia y fortaleza de los lazos de parentesco, no obstante episodios ocasionales de mutua culpabilización, e incluso ante la carencia objetiva de recursos. El abordaje del padecimiento por el enfermo, así como el resultado-exitoso o no – dependerán parcialmente de la solidez o fragilidad de sus vínculos. En varios de los casos resulta evidente que la irregularidad o conductas tendientes al abandono están asociadas a vínculos familiares débiles o inexistente, y viceversa.

Al interior del grupo domestico se manifiestan diferencias de roles y funciones de varones y mujeres en términos de las formulas de enfrentar el mal. Diversos estudios reportan que las mujeres son las que desempeñan, a través de sus roles de madres, esposas o hermanas, el mayor número de funciones referidas al proceso, salud/enfermedad (detección de malestares, primeros tratamientos, búsqueda de otras soluciones, etc.). Los hombres de la familia están casi ausentes del proceso.

Los pacientes con Tuberculosis en un gran porcentaje se sienten marginados por la familia y la comunidad, los cuales no les brindan confianza y seguridad por el poco interés que tienen en la recuperación de la salud de la paciente y muchas veces por la imposibilidad de la familia de no poder ayudar al enfermo. Ante esta actitud socio-familiar el paciente se siente disminuido ante los demás tiene la necesidad de ser escuchado, poseyendo una personalidad desconfiada, huidiza y carente de voluntad para seguir adelante.(5)

Un estudio reportó que, es alto el porcentaje de los pacientes de los casos que ingresan al Programa de Control de Tuberculosis, con alto riesgo social para contraer Tuberculosis.(6)

Los factores a nivel familiar asociados a la mortalidad por Tuberculosis Pulmonar en la población económicamente activa, fueron: Familia disgregada, desempleo, hábito de alcohol.(7)

Relaciones Sociales Complementarias en el Marco del Proceso de Salud/Enfermedad:

Aún cuando la perspectiva analítica asumida sitúa al nivel de la familia (grupo doméstico), como marco de referencia para situar la experiencia del enfermo de Tuberculosis, es importante tener en cuenta que el paciente no es únicamente un miembro de familia. Es también usuario de los servicios de atención en salud (incluidos aquellos del Programa de Control de la Tuberculosis), es miembro de diversas redes de relaciones sociales (el barrio, y los diferentes grupos que genera el de amigos, los clubes, los compadrazos, etc.) y forma parte de una cultura. Es en el contexto de la Familia y de la organización social de la comunidad donde se procesan las representaciones sociales y culturales mayores que, a su vez incidirán en las conductas frente a la enfermedad.

El cumplimiento o el abandono del tratamiento contra la Tuberculosis depende de una suma de factores como el conocimientos y las creencias del enfermo en torno a la Tuberculosis, sus expectativas de curación, los beneficios y/o prejuicios que le ocasionan el proceso de tratamiento, la oportunidad e idoneidad del mismo, la calidad de atención recibida en el establecimiento, así como otros medios de apoyo o soporte afectivo, familiar y comunitario al momento de experimentar la condición de enfermo de Tuberculosis. Todo esto constituye parte del universo de representaciones y prácticas del paciente en el marco del proceso salud/enfermedad.

2.1.3 Factor Cultural.

En un estudio hacen mención los proveedores reiterativamente al "Nivel Cultural" de la población el que constituiria un obstáculo para el cuidado de la propia salud, la identificación de la enfermedad y la perseverancia en el tratamiento. La población atendida es, en gran medida de origen provinciano (aunque no necesariamente, son migrantes de primera generación). Sus concepciones particulares, creencias, y mitos contrarios al Programa de Control de Tuberculosis (PCT), tales como la toma diaria de pastillas les hace daño e incluso les puede matar; este ultimo se asocia a la duración del tratamiento. El diferente "Nivel Cultural" de los enfermos actuaría como disuasivo para que el personal proporcione la información completa sobre el proceso terapéutico completo, que le permitiría que el paciente pueda sentir que la situación está bajo su entero control personal para tomar las decisiones mas adecuadas para su recuperación

Dimensiones Socioculturales:

Los cambios en la vida personal y en la dinámica familiar del enfermo, como producto de la Tuberculosis, son sumamente importantes, inciden en el sufrimiento fisico y emocional, debido a las trasformaciones objetivas de la vida cotidiana, y a las que se operan en la subjetividad de las personas, en el contexto de las relaciones que se construyen entre el individuo y en mundo. Entre las consecuencias objetivas de quienes padecen de Tuberculosis esta la disminución de los roles sociales desempeñados.

Esto se debe tanto a las limitaciones físicas que impone la enfermedad, al consumo de tiempo involucrado en las visitas al establecimiento de salud, como al distanciamiento producido por el carácter infeccioso de la Tuberculosis y por las connotaciones sociales. En ocasiones, el enfermo tiene que encarar la disyuntiva entre seguir el tratamiento o trabajar. Además, la incomprensión de los empleadores junto con la merma física de trabajar contribuye a la reducción a la participación en actividades productivas para la provisión del sostenimiento material propio y de la familia. Entre los más jóvenes, la Tuberculosis trunca la formación profesional. Las características antes descritas del tratamiento apropiado imponen el reordenamiento cotidiano para recurrir diariamente o con frecuencia a recibir los medicamentos. Los trastornos se extienden al núcleo familiar. Esto se suma a los cambios en la imagen corporal y al padecimiento de la misma enfermedad, que va acompañado de un sentimiento de invalidez y disminución de las capacidades personales para la vida diaria.

2.1.4 Factores Dependientes del Personal de Salud.

Factores Inherentes a las Características de un Programa Integrado: Si bien es efectivo que un programa integrado puede llegar a ser tal, porque la adopción de procedimientos simples y estandarizados permiten su delegación total o parcial en personal auxiliar de los servicios generales de salud o en auxiliares para el caso particular que nos preocupa, aumentando así la cobertura, no es menos cierto que ello implica algunos problemas no despreciables:

- Amplia dispersión de recurso humano que debe recibir información o adiestramiento específico. Polivalencia de la mayoría que debe efectuar las técnicas bacteriológicas de Tuberculosis, tanto en el seno de los laboratorios como en funciones completamente ajenas a este. Frecuente rotación del personal, muchas veces en funciones absolutamente disímiles.

- La mayor parte de los establecimientos de salud no cuenta con un ambiente adecuado en términos de espacio, iluminación y ventilación.

- Hay un tejido de relaciones interinstitucionales con un potencial sinérgico para la acción de los establecimientos de salud. La situación de estos no es homogénea en cuanto a la cantidad e intensidad de los vehículos con organizaciones locales.

Factores Dependientes del Personal: Conspiran contra la receptividad hacia el adiestramiento y la responsabilización:

1. La tendencia de todo el personal de salud a considerar de importancia secundarias y siempre postergables las actividades de Tuberculosis.
2. El arraigado temor al contagio.
3. El rechazo y repulsión al procesamiento de muestras como la expectoración.
4. La tendencia, a nivel del personal profesional, a ejecutar y dedicar mayor tiempo a técnicas más complejas, estudio de sensibilidad e

inclusive el cultivo[l], desinteresándose por la simple pero eficaz Baciloscopía[m].

Como es factible apreciar, el camino está sembrado de obstáculos y ofrece numerosas posibilidades de frustración.(8)

- Al lado del reconocimiento de la pobreza y precariedad características de la zona coexiste la percepción generalizada entre los proveedores de salud que el propio enfermo es el responsable de la adquisición y persistencia de la enfermedad, por su falta de interés en la propia salud y por la vida desordenada y silenciosa que lleva.
- A pesar de que el personal de salud de los servicios imparte a la población educación sanitaria específica sobre la Tuberculosis, esta se evidencia como insuficiente sobre todo con relación a las formas de contagio.

Errores Médicos que dan la Producción Selectiva de Bacilos Resistentes son:

La prescripción de una quimioterapia insuficiente en los casos de Tuberculosis Pulmonar Multibacilar (por ejemplo, solo dos o tres medicamentos durante la fase inicial del tratamiento en un paciente con Baciloscopía Positiva y bacilos inicialmente resistentes a la Isoniacida).

(l) Permite diagnosticar los casos que presentan bacilos copia negativa, con una radiografía sospechosa y aporta hasta un 20% mas que confirmación bacteriológica (especificidad del 100% y sensibilidad del 80 a 90%)

(m) Es la herramienta fundamental rutinaria para el diagnóstico de la Tuberculosis y el seguimiento del tratamiento de los pacientes con Tuberculosis. El examen directo de esputo (bacilos copia) tiene una mayor confiabilidad diagnóstica (especificidad del 98%) y capacidad de detección (sensibilidad entre 60-80%) que el criterio clínico y radiológico.

La adición de un medicamento suplementario en caso de fracaso, añadiendo luego otro medicamento cuando el paciente recae, lo que equivale a una monoterapia.

Los Errores más Comunes que se Observan en el Manejo del Suministro de Medicamentos:

Las dificultades con que tropieza los enfermos pobres para obtener todos los medicamentos que necesitan (por falta de recursos financieros o de seguros sociales).

El empleo de medicamentos (o combinaciones medicamentosas) con biodisponibilidad no demostradas.

Factores que Contribuyen también a Multiplicar el Riesgo de Selección de Bacilos Resistentes por Monoterapias Sucesivas:

Deficiente atención del tratamiento (falta de supervisión directa sobre todo en la fase inicial).

Falta de conocimiento del paciente (por falta de información o por no haber recibido una buena explicación antes de iniciar el tratamiento).(9)

2.1.5 Consideraciones Importantes sobre Resistencia.

En la clínica diaria se considera que un tuberculoso presenta resistencia cuando no responde al tratamiento con los fármacos y las dosis a los que lo hace un enfermo cuya población bacilar es sensible. El número de

bacilos necesarios para que aparezca resistencia a Isoniacida es de 10^5 – 10^6, para Rifampicina de 10^7 – 10^8, para Etambutol 10^6, para Estreptomicina de 10^5 – 10^6 para Pirazinamida 10^2 – 10^4, para ácido para – Aminosalicílico de 10^3 – 10^6 y para Etionamida, Cliclocerina, Capriomicina, Viomicina, Tioremicarbazona y Embiomicina se necesita de 10^3. (10)

Al referirnos a los mecanismos que pueden dar lugar a la aparición de resistencia primaria, debemos hacer constar las divergencias existentes entre distintos autores. Ya en 1958 la Unión Internacional Contra la Tuberculosis (UICT) propugnó que era consecuencia del contagio con bacilos resistentes transmitidos por tuberculosos crónicos con resistencia adquirida y así se a aceptado a lo largo de los años que la incidencia de la resistencia primaria estaba relacionada con la prevalencia de la resistencia secundaria y con las Medidas de segregación [n] y profilaxis de la comunidad. Esta teoría sigue siendo sugerida como la causa principal por muchos autores, la American Thoracic Society (ATS), en sus normas oficiales de 1982 (ATS – 1983), considera que la enfermedad producida en pacientes expuestos a tuberculosis con resistencia es una de las circunstancias que se asocian con una alto tanto por ciento de drogorresistencia (11) (12).

(n) Aislar o separar a determinados miembros de una comunidad

Resistencia a los Medicamentos Provocada por Mutaciones[o]: El *Mycobacterium Tuberculosis* adquiere resistencia a los medicamentos antituberculosos mediante mutaciones que se producen en el cromosoma bacteriano. En algunas bacterias, la resistencia puede ser secundaria a la transferencia de genes "móviles" presentes en los plásmidos de otras bacterias. Hasta el momento no existen evidencias de que esto ocurre en *Mycobacterium Tuberculosis*, pero no puede excluirse.

Las mutaciones responsables de resistencias medicamentosas se producen con una frecuencia baja pero constante y esta frecuencia varía según el medicamento. Tales mutaciones se producen en ausencia de la droga: La exposición al medicamento no induce mutaciones, solamente permite la replicación de los mutantes ya presentes, mediante la destrucción de las bacterias fármacosensibles que de otra manera competirían por los nutrientes. Claramente, la probabilidad de que se produzca una mutación que induzca una resistencia medicamentosa, es directamente proporcional a la carga bacteriana. Toda población de *Mycobacterium Tuberculosis* superior a 10^9 bacilos inevitablemente contendrá algunos mutantes a los diversos medicamentos antituberculosos. Igualmente, los cultivos obtenidos para la realización del test de sensibilidad contendrán tales mutantes. Por otra parte, la *Mycobacteria*, cuya secuencia genómica[p] fue relevada hace poco tiempo, presenta varios factores de virulencia[q] en su pared celular que le

(o) Cambio hereditario en el material genético, que aparecen bruscamente y no es debido a recombinación genética.
(p) Conjunto de cromosomas de un núcleo, célula o individuo.
(q) Infeccioso. la facultad de un microorganismo de producir enfermedades; el poder de un microorganismo para superar la resistencia de huésped.

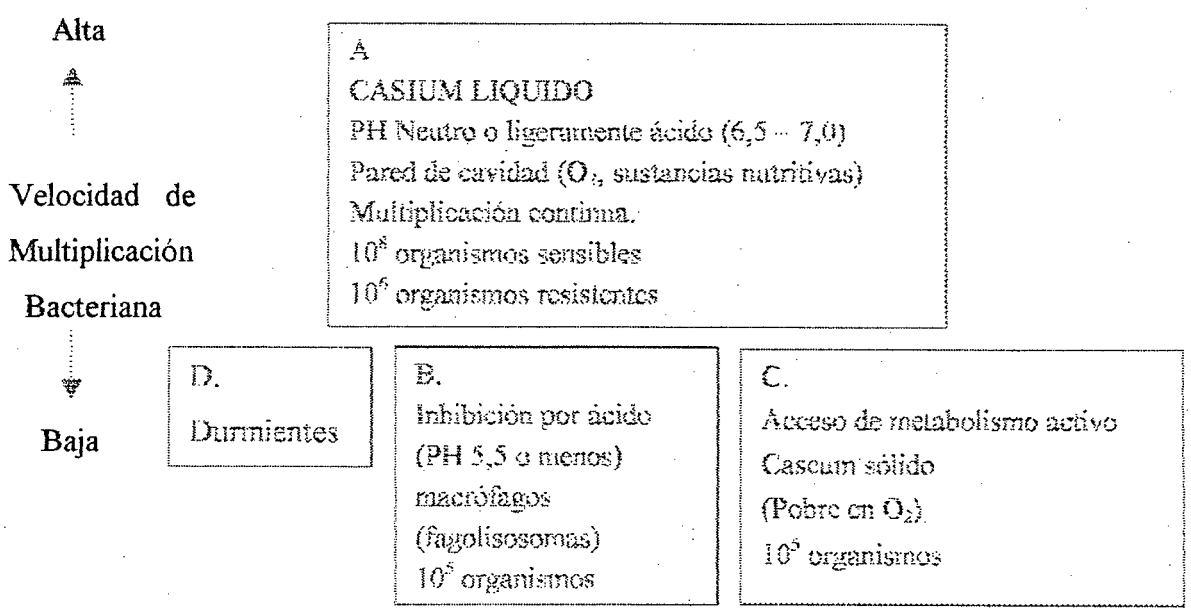
permite resistir la penetración de antibióticos y desarrollarse en condiciones de baja tensión de oxígeno, permaneciendo así dentro de las células infectadas por largo tiempo y favoreciendo la cronicidad de la infección. En la última edición de Nature, investigadores de Howard Hugles Medic Institute, Albert Einstein College y Colorado State University reportan la identificación de una molécula en la pared del *Mycobacterium Tuberculosis* que es indispensable para su crecimiento en el pulmón. Después de crear mutaciones en el genoma de las Mycobacterias mediante la inserción al azar de transposones, inocularon las cepas mutantes en ratones y a las tres semanas, observaron que tres de ellas no presentaron crecimiento en el pulmón pero si en el hígado y bazo.(13) (14)

Resistencia Fisiológica a los Medicamentos: Se sabe muy poco acerca de los mecanismos de resistencia bacteriana y de la naturaleza de los bacilos persistentes. En un intento para explicar por qué sobreviven algunos bacilos tuberculosos fármacos sensibles, al menos por un tiempo durante la terapia, **Mitchinson**(15), sugirió que la lesión tuberculosa puede ser considerada como la agrupación de compartimentos. El primer compartimento contiene bacilos que se multiplican activamente en el PH neutro o ligeramente ácido 6,5 – 7,0 de caseum líquido, que se encuentra tapizando las paredes de las cavernas, en este grupo poblacional vamos a encontrar 100 millones de micobacterias sensibles y un millón de mutantes resistentes a los medicamentos aproximadamente.

El segundo contiene bacilos que ni están en replicación tan activa, presentes en un medio ácido con PH 5,5 ó menos al interior de los lisosomas o fagolisosomas de los macrófagos o en un tejido inflamado, esta población intracelular debido a lo adverso de las condiciones ambientales no excede los 10^5 organismos. El tercero contiene bacilos, al interior de las células, así como el caseum anóxico y denso, que tienen acceso de metabolismo activo, estos por el hecho de crecer en forma lenta e intermitente en un ambiente desfavorable nunca van hacer mas de 10^5 microorganismos. El cuarto compartimento presente bacilos durmientes. Como resultado de estos cuatro compartimentos fisiológicos, algunos medicamentos son bactericidas in Vitro pero son incapaces de penetrar a todos estos compartimentos y con los cuales no se puede contar para curar al paciente.(16) (17)

CUADRO

POBLACIONES BACTERIANAS



Resistencia del Paciente por Falta de Cumplimiento: Es un fenómeno bien conocido, donde los pacientes con cierta frecuencia no completan su tratamiento (18) (19) (20), debido a una falta de comprensión sobre sus objetivos, deficiencias de la infraestructura requerida para una supervisión completa del tratamiento y traslado de un distrito a otro.

Desafortunadamente, estos problemas también se conservan en Europa y otras regiones industrialmente desarrolladas, a menudo por razones similares y también debido a la existencia y a dificultades lingüísticas pertenecientes a los grupos étnicos migrantes y también debido a unos de los hechos más característicos de esta era de la medicina científica, en la cual los médicos raramente dan el tiempo para asegurarse que sus pacientes efectivamente comprenden su enfermedad y su tratamiento.

Resistencia de la Comunidad o Falta de Servicios Adecuados: Son bien conocidos los problemas generados por la inadecuada prestación de servicios para el control y la erradicación de la Tuberculosis en los países en desarrollo.

Desafortunadamente, debido al hecho que la Tuberculosis está relativamente bien controlada en los países industrialmente desarrollados, esta enfermedad a creado su propio problema.

Particularmente, a menudo los economistas sanitarios no logran distinguir entre control y eliminación, asumiendo que la tendencia a la

disminución debe llevar al punto cero. Cuando se discute la eliminación de la Tuberculosis de una comunidad debe diseñarse soluciones paralelas de su eliminación al nivel de cada paciente.(21)

El Riesgo Anual de Infección (RAI) es el índice más fiable para conocer la situación evolutiva de la Tuberculosis en un país, pero presenta el inconveniente de no poderse evaluar con exactitud en los países donde se ha vacunado masivamente con BCG. Los tantos por cientos de reacciones positivas a la tuberculina son muy elevadas en países como por ejemplo Haití donde son positivos entre el 75 % y 91 % de la población que no había recibido BCG. Estos datos contrastan con el 4,1 % de los colegios de New York, cifra que es elevada para la media de Estados Unidos, donde el RAI es aproximadamente del 0,01 % (22). La tendencia a registrar mayor prevalencia de infección en los vacunados con BCG, respecto de los no BCG no alcanzó a ser estadísticamente significativa(23). La utilización masiva de Isoniacida como quimioprofilaxis no contribuye a incrementar la resistencia a la Isoniacida en las sociedades que se ha usado, ni en los individuos que desarrollan enfermedad Tuberculosa después de una Isoniacida-Profilaxis(24). Las reacciones adversas encontradas en ocho de los nueve casos han actuado en oportunidades, como factor coadyuvante a la irregularidad o abandono del tratamiento.

Durante mucho tiempo, la literatura a indicado casos de Tuberculosis Post Primaria son resultados de una creación de una reactivación

endógena de la infección. Sin embargo, estudios y modelos estadísticos recientes señalan que la reinfección exógena también puede contribuir de manera importante en la epidemia... según los cuales la reinfección exógena puede tener un papel principal en la patogénesis de la Tuberculosis Post primaria en sujetos inmunocompetentes que habitan áreas con alta incidencia de la enfermedad.(25)

Clásicamente se ha considerado, por convención que existen dos tipos de resistencias en Tuberculosis que tienen connotaciones clínicas y epidemiológicas: La resistencia primaria (RP) y la resistencia adquirida (RA) o secundaria (RS). En este contexto se define como resistencia primaria o natural la que presentan las cepas aisladas de pacientes que nunca recibieron tratamiento con medicamentos antibacilares y como resistencia secundaria la consecutiva a una quimioterapia incorrecta. (26) (27) (28)

Prevención de la Aparición a la Resistencia Adquirida: Aún las poblaciones de bacilos de enfermos tuberculosos que no han sido expuestos a las drogas antituberculosas contienen pequeñas proporciones de mutantes resistentes. Si se usan combinaciones inadecuadas de drogas, estos mutantes probablemente reemplacen a los bacilos susceptibles muertos y den inicio a la enfermedad con aparición de resistencia. Para evitar el surgimiento de la resistencia adquirida depende de la extensión en que haya podido inhibir continuamente al bacilo, cualquiera sea la tasa de metabolismo, aún cuando haya cierta

irregularidad en la toma de las drogas. La Isoniacida y la Rifampicina son las más efectivas para la prevención de la aparición de las resistencias a otras drogas, y la Estreptomicina y el Etambutol son levemente en su acción. La Pirazinamida es menos efectiva y el PAS y la Tiacetona son las más inefectivas.(29)

Las personas que pasan mucho tiempo con algún enfermo con Tuberculosis pueden infectarse con bacterias de Tuberculosis resistentes a varias drogas. Si tiene una prueba de tuberculina en la piel positiva, es posible que les dé una terapia preventiva. Esto es muy importante para las personas en alto riesgo, como niños y personas infectadas con VIH, y así no desarrollen la enfermedad de tipo TB MDR.

La Detección precoz para CASAL, lo fundamental es que el individuo con Tuberculosis Multirresistente reciba tratamiento en un centro especializado, en donde el primer paso se debe realizar un antibiograma previo a la instalación de la terapia. Si la enfermedad es muy resistente, debe mantener el tratamiento durante los 24 meses siguientes a la conversión del esputo, y valorar la alternativa quirúrgica. En mi opinión, y sin restar importancia a las investigaciones farmacológicas que se están desarrollando, "el problema se resolverá cuando contemos con una vacuna eficaz"(30).

Una Enzima Ofrece un Blanco para Atacar a la Tuberculosis Resistente a los Medicamentos: El 17 de agosto del 2000 investigadores (Jacobs y sus colegas; Russell y sus colegas) han descubierto una enzima que le permite a la bacteria de la Tuberculosis metabolizar nutrientes y persistir por meses, mientras se defiende del ataque del sistema inmune, ocultándose en el interior de los macrófagos. Según los investigadores, la Isocitrato Ligasa (ICL) ofrece un blanco de ataque excelente para drogas que maten a las cepas persistentes de las bacterias de la Tuberculosis, que pueden evadir a los antibióticos y causar una infección crónica. "La Tuberculosis tiene una capacidad asombrosa para crecer exponencialmente hasta que el sistema inmune cede", dijo JACOBS.

Una vez que el sistema inmune se pone en acción, la Tuberculosis detiene su crecimiento pero puede persistir a pesar del ataque del sistema inmune y del tratamiento con antibióticos. Esta extraordinaria persistencia es la razón por la cual la Tuberculosis quita más vidas humanas que cualquier otro patógeno bacteriano(31). Los fármacos a usar han de ser descartados o no mediante la realización de una exhaustiva "historia farmacológica" que orientará sobre el tratamiento (en principio empírico) que el enfermo debe recibir. A todos se les deben realizar estudios de resistencia que evalúen la más amplia gama de principios activos posibles contra la Tuberculosis y todos deben ser tratados en unidades especiales.(32)

"Todas las personas aquejadas de Tuberculosis tienen derecho a recibir tratamiento para curar su enfermedad. La Tuberculosis puede curarse, se puede acabar con este flagelo. Por consiguientes, dejen de denegarles este derecho humano fundamental"(33). En ciertos casos de Multirresistencia que no responde a ningún tratamiento, se está optando por la cirugía. Concretamente, la alternativa quirúrgica no alcanza más allá del 5 % de los enfermos. Se trata de pacientes que presentan una gran cantidad de bacilos multirresistentes en unas zonas pulmonares muy localizadas. CASAL ha insistido en que, además, la cirugía se puede plantear cuando la porción pulmonar afectada es accesible y el enfermo tiene un buen estado de salud general. El riesgo de la intervención es menor que el que le supone presentar una infección multirresistente, pero en los operados también hay que continuar con el tratamiento farmacológico.

El esquema de retratamiento estandarizado para Tuberculosis Multidrogorresistente está indicado para:

1). Pacientes con Tuberculosis Pulmonar bacteriológicamente positivo que han ingresado como nuevos, fracasan al esquema uno en condiciones de tratamiento regular y supervisado y que tienen cultivo positivo como confirmación del fracaso.

2). Pacientes con Tuberculosis Pulmonar bacteriológicamente positivo que han ingresado como recaídas o abandonos recuperados, fracasan al esquema dos en condiciones de tratamiento regular y supervisado, y que tienen cultivo positivo como confirmación del fracaso.(34)

El nivel progresivo de la resistencia a medicamentos nos pone delante de dos riesgos principales:

En primer lugar con relación al paciente, cuya calidad de vida va a estar sumamente deteriorada y en alto riesgo de muerte.

En segundo lugar con relación a la comunidad, los pacientes resistentes van a ser un foco de contagio y de diseminación con gérmenes también resistentes entre la población.(35)

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 Teoría del Cambio del KELMAN

Tiene sus orígenes en la sociopsicología. Supone un cambio personal en relación con los factores ambientales. Los tres procesos de cambios identificados por KELMAN son: Cumplimiento, identificación, interiorización.

Cumplimiento, supone el interés de realizar una conducta bajo un control exterior que promueve un cambio de conducta por cumplimiento. Puede aparecer otros tipos de cambios debido a un control exterior. El control de los padres, parejas o compañeros, por la fuerza, el chantaje o el castigo son otras formas de cumplimiento.

Identificación, supone realizar una conducta como consecuencia de una aliciente exterior. El modelo o el ídolo son personajes que provocan cambios de conducta por identificación. El cambio por relación del rol recíproco. En este tipo de cambio cada persona se comporta dé manera que intenta identificarse con otro.

Interiorización, supone realizar una conducta como consecuencia de una decisión personal en función de los valores de un individuo. La razón del cambio de conducta es el valor priorizado por la persona. La teoría de cambio de KELMAN sirve de base teórica para la fase de interiorización del modelo de aprendizaje del comportamiento.

2.2.2 Teoría Sociológica: DOROTHEA E. OREM

Para OREM la enfermería se refiere especialmente a las necesidades humanas que están en relación con el autocuidado definiéndose esto como "las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud", curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos. En autocuidado es indispensable.

Los servicios del enfermero(a) son indispensables cuando el enfermo es incapaz de asegurar la cantidad y la calidad de "autocuidados" necesarios para el mantenimiento de la vida y la salud.

En una sociedad hay siempre seres humanos que no son capaces de cumplir las acciones precisas para la supervivencia. La intervención del enfermero(a) en estos casos es indispensable.

Entre los individuos que no pueden asegurar su "autocuidado" se encuentran los niños, los ancianos, los enfermos y aquellos cuyo desarrollo fisico-mental que es incompleto o sufre deterioro. OREM como ROGERS y ROY, consideran al ser humano como un todo en interrelación estrecha con su entorno y concede mucha importancia a la adaptación de este ser humano y al mundo individuo.

También OREM hace referencia de las diferentes especies de "autocuidados"

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Bacteria Resistente.-** Bacteria que no puede ser muerta con una medicina específica.
- **BCG.-** Una vacuna contra la Tuberculosis que recibe su nombre de los Científicos franceses CALMETTE y GUERIN. BCG se usa comúnmente en los bebés y niños pequeños en paises en los cuales la Tuberculosis es común.
- **Caso de Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR).-** Es el paciente que presenta Tuberculosis ocasionado por bacilos resistentes. Ocurre en una importante proporción de pacientes con Tuberculosis que presentan resistencia secundaria.

- **Contacto.-** Una persona que ha pasado algún tiempo con alguien que padece Tuberculosis y esté en riesgo de contagio.
- **Diagnóstico de caso de Tuberculosis Multidrogorresistente.-** Operacionalmente se considera como caso de TB MDR:
  a. Al paciente con Tuberculosis Pulmonar bacteriológicamente positivo que fracasa al esquema primario (uno) en condiciones de tratamiento regular y supervisado.
  b. Al paciente con Tuberculosis Pulmonar bacteriológicamente positivo que ingresó como recaída o abandono recuperado y fracasa al esquema secundario (dos) en condiciones de tratamiento regular y supervisado.
  c. Al paciente con Tuberculosis Pulmonar bacteriológicamente positivo que fracasa al esquema de retratamiento estandarizado para TB MDR.
- **DOTS Tratamiento Acortado Directamente Observado.-** El tratamiento acortado directamente observado es la clave para detener la epidemia de Tuberculosis. Los agentes de salud deben observar a los pacientes tomar cada dosis de los medicamentos y vigilar su progreso hasta que se curen. Esta supervisión debe ejercerse diariamente durante los dos primeros meses y, en condiciones ideales, a lo largo de los seis meses de tratamiento.
- **DOT Plus.-** Es una estrategia de manejo de casos, actualmente en proceso de desarrollo, destinada a manejar la TB MDR, administrando medicamentos de segunda línea, dentro de la estrategia DOTS/TAES, en los países de bajo y mediano ingreso económico. El objetivo principal del DOTS Plus consiste en prevenir el desarrollo y ulterior difusión de la TB

MDR. La mencionada estrategia no es una opción universal y tampoco se requiere impulsarla en todos los países. El DOTS Plus debe aplicarse en áreas seleccionadas para luchar contra la epidemia emergente de TB MDR.

- **Enfermedad de Tuberculosis.-** Una enfermedad en que la bacteria de Tuberculosis se está multiplicando y atacando diferentes partes del cuerpo. Los síntomas de la Tuberculosis incluyen: Debilitamiento, pérdida de peso, fiebre, falta de apetito, escalofríos y sudoración nocturna. Otros síntomas de la enfermedad de Tuberculosis dependen de la parte del cuerpo en la cual esté creciendo la bacteria. Si la enfermedad de Tuberculosis está en los pulmones (Tuberculosis Pulmonar), los síntomas pueden ser una fuerte tos, dolor en el pecho y sangre al toser.
- **Estado Nutricional.-** Una medición del grado al cual se satisface la necesidad fisiológicas de nutrientes de una persona, ~~el cual~~ se valora de acuerdo a estándares de la OMS.
- **Evaluación del Estado Nutricional.-** Valoración antropométrica que se realiza utilizando la fórmula del índice de Quetelec.
- **Evaluación Social.-** Valoración del nivel social, a través de la ficha de evaluación social clasificándolos:

  No pobre : Sin riesgo social

  Pobreza reciente : Bajo riesgo social

  Pobreza crónica : Mediano riesgo social

  Pobreza extrema : Alto riesgo social

- **Fracaso al Esquema Primario (uno) y Secundario (dos).-** Es un concepto bacteriológico. Se sospecha de fracaso al esquema uno y dos:

  a. En los enfermos que mantiene baciloscopías positivas hasta el cuarto mes del tratamiento regular y estrictamente supervisado.

Ejemplo:

Mes de tratamiento	1	2	3	4	5	6
Baciloscopía	+	+	+	+		

b. En los pacientes que presentan Baciloscopía Positiva en dos controles sucesivos después de un periodo de negativización de dos meses y que a recibido tratamiento regular y estrictamente supervisado.

Ejemplo:

Mes de tratamiento	1	2	3	4	5	6
Baciloscopía		+	-	-	+	+

- **Fracaso al Esquema de Retratamiento Estandarizado para TB MDR.-** Se define como la situación de un enfermo con TB MDR, que presenta persistencia o reaparición del cultivo positivo a partir del sexto mes de retratamiento (150 dosis) habiendo recibido en tratamiento regular y estrictamente supervisado.
- **Grupo Etáreo.-** Grupo de edades comprendidas entre 16 a 45 años considerados en el trabajo.
- **Incidencia.-** Número de casos nuevos en un determinado periodo de tiempo. Las veces que puede ocurrir una enfermedad, un agente o microorganismo en una población o muestra determinada.
- **Infección de Tuberculosis.-** Una condición en que la bacteria de Tuberculosis esté viva pero latente en el cuerpo. Las personas con infección de Tuberculosis no tiene síntomas, no se sienten enfermos, no pueden contagiar a otros y dan positivo en las pruebas de tuberculina en la piel. Pueden llegar a desarrollar la enfermedad de Tuberculosis después en la vida si no reciben terapia preventiva.

- **Indice de Masa Corporal (IMC).-** Peso (Kg.)/ altura (cm.); una definición del grado de adiposidad.
- **Indice de Quetelec.-** Indice de masa corporal (IMC) peso / talla 2. Que clasifica como normal (N) y como bajo peso (BP), cuando:

Masc.	:	IMC	> =	20 - 25	normal
		IMC	<	20	bajo peso
Fem.	:	IMC	> =	18,7 - 23,8	normal
		IMC	<	18,7	bajo peso

- **Mycobacterium Tuberculosis.-** Bacteria que causa la infección y la enfermedad de Tuberculosis.
  - Es un microorganismo con forma bacilar, que se comporta como aerobio estricto. Su crecimiento está subordinado a la presencia de oxígeno y el valor del pH circundante. Es muy resistente al frío, la congelación y a la desecación, siendo por el contrario muy sensible al calor, luz solar y luz ultravioleta. Su multiplicación es muy lenta (12 a 24 horas) y, ante circunstancias metabólicas adversas, entra en un estado latente durmiente, pudiendo llegar a demorar su multiplicación desde varios días hasta muchos años.
- **Prueba de Sensibilidad.-** Es un examen auxiliar para determinar la sensibilidad o resistencia a los fármacos antituberculosos en los casos de fracaso a los esquemas de tratamiento antituberculosos. Serán de exclusiva responsabilidad del laboratorio de referencia de micobacterias del Instituto Nacional de Salud.
- **Quimioprofiláxis.-** Es la administración de Isoniacida a los contactos de pacientes con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (TBP-FP) menores de

15 años y a pacientes con infección por VIH sin evidencia de Tuberculosis. Su objetivo específico es prevenir y/o disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en los infectados. La Isoniacida se administra a razón de 5mg./Kg. Peso/día, y no debe exceder los 300 mg. diarios, en una sola toma, por vía oral, durante seis meses, con excepción de las personas con infección VIH, en la cuales se administra por 9 meses y es gratuito

- **Quimioterapia:** Método Profiláctico o curativo de las enfermedades infecciosas mediante productos químicos desinfectantes o paralizadores de los microbios.
- **Tratamiento de la Tuberculosis.-** Se define a la terapia del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) cuyos medicamentos esenciales más utilizados son: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Estreptomicina y Etambutol. Las propiedades fundamentales de estos medicamentos son: Capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia. Los medicamentos antituberculosos poseen estas propiedades en grados diferentes. La Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida, son los medicamentos bactericidas más potentes, activo contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos. La Isoniacida actúa sobre poblaciones de multiplicación continua; la Rifampicina interfiere en la duplicación del material genético del *Mycobacterium Tuberculosis*, la Pirazinamida es activa en medio ácido contra los bacilos que se encuentran en el interior de los macrófagos. Debido al hecho de que estos tres medicamentos pueden eliminar al bacilo en cualquier localización extra o intracelular, se les conoce como el núcleo básico del tratamiento

antituberculoso. La Estreptomicina tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos tuberculosos, y es activas contra los que se encuentran en fase de multiplicación extracelular rápida. El Etambutol es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas mas potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes.

- **Tuberculosis Contagiosa.-** La enfermedad de Tuberculosis que se encuentra en los pulmones o la garganta y que puede pasarse a otra persona.
- **Tuberculosis Fármacorresistente.-** Con esta expresión se designa un caso de Tuberculosis (generalmente pulmonar) que excreta bacilos resistentes a uno o más medicamentos antituberculosos.
- **Tuberculosis Pulmonar.-** Enfermedad de Tuberculosis que ocurre en los pulmones, generalmente produce una tos que dura más de dos semanas. La mayoría de las enfermedades de Tuberculosis son pulmonares.
- **Tuberculosis Multirresistente a Medicinas.-** Enfermedad de Tuberculosis causada por bacteria que es resistente a más de una medicina comúnmente usada para curar la Tuberculosis.
- **Soporte Social.-** Término general para describir los distintos recursos que dan apoyo a las personas en tiempo de crisis, ayudándoles a enfrentar la vida.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

(1) CAMINERO, José. "Resistencia Primaria a Fármacos Antituberculosos". Pág. 35.

(2) CROFTON y Otros. "Directrices para el Tratamiento de la Tuberculosis Fármacorresistente". 1997. Pág. 8

(3) MINISTERIO DE SALUD y Otros. "Vivir la Tuberculosis". Págs. 42-44.

(4) ESTROFF, Sue E. "Identity, Disability, and Schizophrenia: The Problem, of Chronicty". Pág. 74

(5) TITE, B. "Marginación Socio-Familiar del Paciente con Tuberculosis Pulmonar que Recibe Tratamiento Ambulatorio en Centros de Salud Ciudad Blanca y 15 de Agosto". Pág. 89

(6) REYES, ER. y Otros. "Otros Factores de Riesgo Social de Tuberculosis y en las ZONADIS", Pág. 225.

(7) SALAZAR, V. A. "Factores de Riesgo Familiares y de los Servicios de salud Asociados a Mortalidad por Tuberculosis Pulmonar en la Población Económicamente Activa de Arequipa Metropolitana". Pág. 98

(8) VALENZUELA HIRIART, P. "Formación de Recursos Humanos en Bacteriología para un Programa Integrado de Control de la Tuberculosis". Págs. 176-177.

(9) Ob. Cit. Pág. 15

(10) Ob. Cit. Pág. 11

(11) Mc. CORNICK, Rita. "El Riesgo de la Tuberculosis Resistente en los Pacientes y el Personal. www.Tuberculosis.org.com Pág. 5-6

(12) CDC. "Preguntas mas Frecuentes sobre Tuberculosis". www.cdc.gov.com Pág. 1

(13) NATURE. "Identificada Molécula de Membrana Responsable de la Virulencia del Mycobacterium Tuberculosis en Pulmón". www.ama_med.com Pág. 1

(14) REY DURAND. R.V; AUXINA RUIZ. "Tuberculosis Multirresistente". www.inbiomed.com.mx Pág. 2-5

(15) MITCHISON. "Mechanism of Drogaction in Shout Course Chemotherapy". Pág. 34-37

(16) GRANGE, JM. "Resistencia a Drogas y la Eliminación de la Tuberculosis". Pág. 63

(17) GROSSET. J. "Regímenes Actuales y Nuevas Drogas en Quimioterapia y Quimioprofilaxis de la Tuberculosis". Pág. 14-18

(18) Ob. Cit. Pág. 5

(19) Ob. Cit Pág. 2

(20) AUSINA V. "Tuberculosis Multirresistente: Puntualizaciones y Reflexiones sobre un Tema Polémico y de Candente Actualidad". Pág. 114

(21) Ob. Cit Pág. 63

(22) Ob. Cit. Pág. 3

(23) MINSA y Otros. "Prevalencia y Riesgo Anual de Infecciones por Tuberculosis en Escolares de Colegios de Lima-Callao y Provincias". Pág. 124

(24) Ibidem Pág. 235

(25) VAN HELDEN, Paúl D. "Reinfección Exógena podría ser la Causa Importante de Tuberculosis Posprimaria". www.ama_med.com Pág. 2

(26) Ibidem. Pág. 53

(27) Ob. Cit. Pág. 37

(28) Ob.Cit. Pág. 86

(29) UICTER. "Regímenes de Quimioterapia Antituberculosa, Recomendaciones del Comité de Tratamiento". Pág. 115.

(30) CASAL, Manuel. "La Cirugía puede Complementar a la Terapia Médica en Tuberculosis Multirresistente España. www.altavista/diariomédico.com Pág. 2-3

(31) JACOBS, Williams; RUSELL, David y SACCHETTINY, James. "Una Enzima ofrece un Blanco para Atacar a la Tuberculosis Resistente a los Medicamentos". www.hhmi.org Pág. 1-3

(32) Ob. Cit. Pág. 118

(33) OMS. "Día Mundial de la Tuberculosis". www.who.int Pág. 1-2

(34) MINSA. "Actualización de la Tuberculosis en el Perú". Pág. 52

(35) BONILLA, César. "Fundamentos para el Uso Racional de Medicamentos en el Tratamiento y Retratamiento de la Tuberculosis. Pág. 79-91.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación por su desarrollo y características es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Está constituido por el 100 % (13 pacientes) de 16 – 45 años de edad con Tuberculosis Multidrogorresistentes que son los únicos casos registrados en el Programa del Control de Tuberculosis del Hospital San Juan Bautista de Huaral en el periodo 2000 – 2001.

3.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

1. Se solicitó permiso al Director del Hospital San Juan Bautista de Huaral.
2. Se aplicó la prueba piloto a tres pacientes con TB MDR del Hospital de Huacho, la primera semana del mes de Marzo del año 2003, luego se realizaron pequeñas correcciones del instrumento.
3. La recolección de datos se realizó los meses de Abril y Mayo del año 2003.
4. Para la clasificación del nivel social se utilizó la Ficha de Evaluación Social y se contó con la colaboración del Asistente Social del Hospital.
5. La clasificación del estado nutricional se realizó según la fórmula del índice de masa corporal (índice de Quetelec) y se contó con el apoyo de la nutricionista del Hospital San Juan Bautista de Huaral
6. Para la recolección de datos se contó con la colaboración de personal del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital San Juan Bautista de Huaral.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.4.1 Técnicas:

Se utilizó las siguientes técnicas:

Entrevista, que se realizó a los pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente del Hospital San Juan Bautista de Huaral, durante el turno de mañana.

Observación, que se aplicó en los pacientes con TB MDR y que permite tener una apreciación directa sobre la situación real y actual de los mismos.

Análisis documentario, se realizó a través de la revisión de los documentos y registros del Hospital como: Historia Clínica, formato de seguimiento de casos crónicos, ficha de registro de tratamiento.

3.4.2 Instrumentos:

a. Guía de entrevista: Se aplicó a cada uno de los pacientes con una duración de 25 minutos, entre los meses de Abril – Mayo del 2003.

b. Ficha de evaluación social, ficha de evaluación del estado nutricional, libro de registro y seguimiento de pacientes con Tuberculosis crónica y TB MDR, Historia Clínica, tarjeta de Control de asistencia y administración de medicamentos en pacientes con esquema de retratamiento para TB MDR; se realizó la revisión de estos datos en 45 minutos para cada caso.

3.5 TRATAMIENTO DE LOS DATOS.

a. Los datos recolectados se procesaron a través de la informática y presentados en cuadros simples y de doble entrada y en gráficos en diferentes presentaciones (pastel y de barras).

b. El análisis es cualitativo y cuantitativo por el nivel de medición de las variables, se contrastó la hipótesis a través de la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado con un nivel de significancia de 0,05.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
BIBLIOTECA CENTRAL
U N U

CUADRO N° 01

CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000 – 2001.

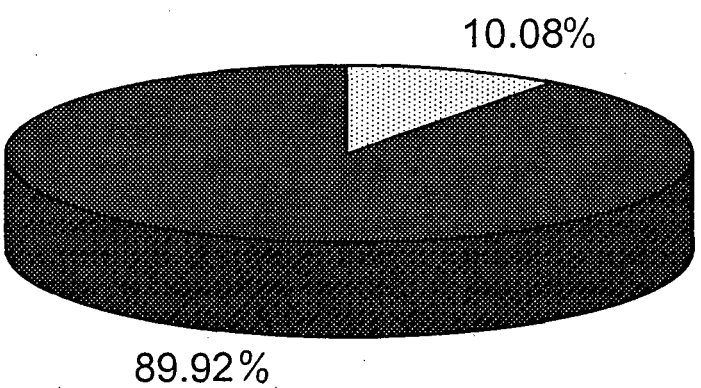
CASOS	N°	%
Multidrogorresistente	13	10,08
No Multidrogorresistente	116	89,92
TOTAL	129	100,00

FUENTE: Libro de Registro y Seguimiento de pacientes con tuberculosis 2001.

Bach. Enf. GARCÍA / RAMÍREZ

GRAFICO N^{ro} 01

CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001



CUADRO N° 01

El cuadro N° 01, presenta datos relacionado con casos de Tuberculosis Pulmonar del Hospital San Juan Bautista de Huaral. Entre los meses de Noviembre del 2000 y Noviembre del 2001, fueron ingresados al Programa de Control de Tuberculosis 129 pacientes (100 %) con Tuberculosis Pulmonar - Frotis positivo, con tratamientos del Esquema Uno, Dos y Dos Reforzados.

Del total (129) de pacientes, 13 (10,08 %) fueron los que conformaron la muestra quienes tuvieron Tuberculosis Multidrogorresistente, quedando 116 (89,92 %) pacientes excluidos considerando los criterios de inclusión y exclusión propuestos en la metodología. (ver grafico N° 01)

De estos 13 casos, el motivo de ingreso fueron: El fracaso al Esquema Uno 2 casos (15,38 %); al Esquema Dos 2 casos (15,38 %) y al Esquema Dos Reforzado 9 casos que corresponde al (69,24 %).

Según la revisión bibliográfica, estos resultados nos indican que los pacientes no respondieron a los tratamientos antituberculosos estandarizados por que se trataría de quienes adquirieron la enfermedad por tuberculosos crónicos con resistencia adquirida, asimismo por que los pacientes no recibieron la dosificación completa, entre otras causas que se detallan en los próximos cuadros.

CUADRO N° 02

TIPO DE RESISTENCIA EN LOS CASOS DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000 – 2001.

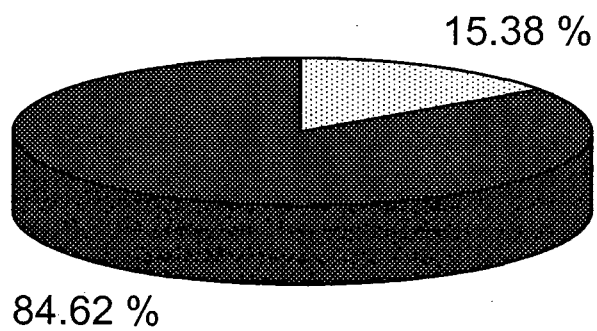
TIPO DE RESISTENCIA	N°	%
PRIMARIA	02	15,38%
SECUNDARIA	11	84,62%
TOTAL	13	100,00

FUENTE: Guía de entrevista Aplicada a pacientes con Tuberculosis multidrogorresistente Abril – Mayo 2003

Bach. Enf. GARCÍA / RAMÍREZ

GRAFICO N^{ro} 02

TIPO DE RESISTENCIA EN LOS CASOS DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001



CUADRO N° 02

Del total de casos (13 pacientes) con Tuberculosis Multidrogorresistente, 11 (84,62%) corresponde a resistencia secundaria y 02 (15,38 %) a resistencia primaria. (ver grafico N°2)

Como se observa, los que tienen resistencia secundaria difieren porcentualmente de resistencia primaria debido a que estos pacientes fueron tratados previamente con regímenes quimioterapéuticos inadecuados (generalmente) y no estandarizados, y la no realización de la prueba de sensibilidad para los pacientes que fracasaban al tratamiento.

En cuanto a la resistencia primaria, aunque el porcentaje sea menor, es de preocupación ya que son consecuencia del grado de resistencia adquirida en la comunidad.

El mayor porcentaje de pacientes presenta resistencia secundaria y en menor porcentaje resistencia primaria, similar a lo obtenido por VAN RIE, Annelies y Otros (2000), SUÁREZ, Pedro y Otros (1995-1996), MINISTERIO DE SALUD (1995-1996), MINISTERIO DE SALUD y Otros (1999).

CUADRO N° 03

FRECUENCIA DE RESISTENCIA EN LOS CASOS DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL, 2000 – 2001.

FRECUENCIA DE RESISTENCIA*	N°	%
1 – 2	07	53,85
3 – 4	05	38,46
5 a +	01	07,69
TOTAL	13	100,00

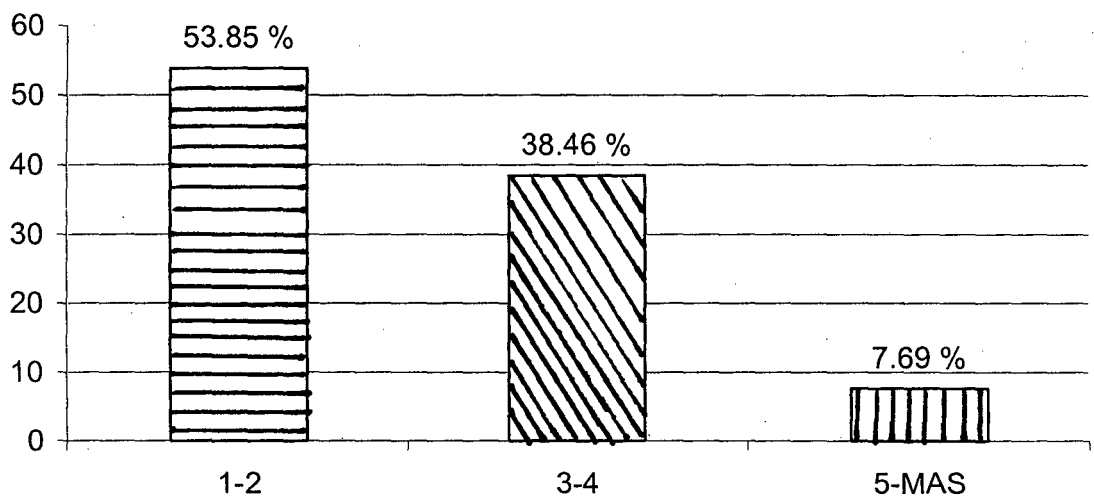
FUENTE: Libro de Registro Y Seguimiento de Pacientes con tuberculosis crónica y Tuberculosis multidrogorresistente 2001.

Bach. Enf. GARCÍA / RAMÍREZ

* A Fármacos

GRAFICO N^{ro} 03

FRECUENCIA DE RESISTENCIA EN LOS CASOS DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA 2000-2001



CUADRO N° 03

Del 100 % (13) de casos de pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente, 07 casos (53,85 %) corresponden a frecuencia de resistencia de 1 – 2; 05 casos (38,46 %) a frecuencia de resistencia de 3 – 4, y 01 caso (07,69 %) a frecuencia de resistencia de 5 a más fármacos antituberculosos.

El mayor porcentaje de frecuencia de resistencia es de 1 – 2 fármacos, resultados similares a lo encontrado por SABOGAL, Ivan y Otros (1993-1996), MINISTERIO DE SALUD (1995-1996); SUAREZ, Pedro y Otros (1995-1996), MINISTERIO DE SALUD (1999), resultados que marcan diferencia a lo obtenido por CANALES, Roberto (1997-1998), SUAREZ, Pedro y Otros (1997-1998), SUAREZ, Pedro y Otros (1997-2000) que encontraron mayor porcentaje en resistencia entre 3-4 fármacos con un 67,16 % y 71,4 % respectivamente. Estos resultados se deben a que los pacientes en su mayoría presentaban resistencia a Rifampicina e Isoniacida.

Se concluye que en los casos de Tuberculosis Multidrogorresistente, la frecuencia de resistencia es de 1-2 fármacos antituberculosos.

CUADRO N° 04

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE, SEGÚN EDAD, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000 – 2001.

INCIDENCIA DE TB MDR * / EDAD	PRIMARIA		SECUNDARIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
16 – 25	01	07,69	06	46,16	07	53,85
26 – 35	01	07,69	04	30,77	05	38,46
36 – 45	-	-	01	07,69	01	07,69
TOTAL	02	15,38	11	84,62	13	100,00

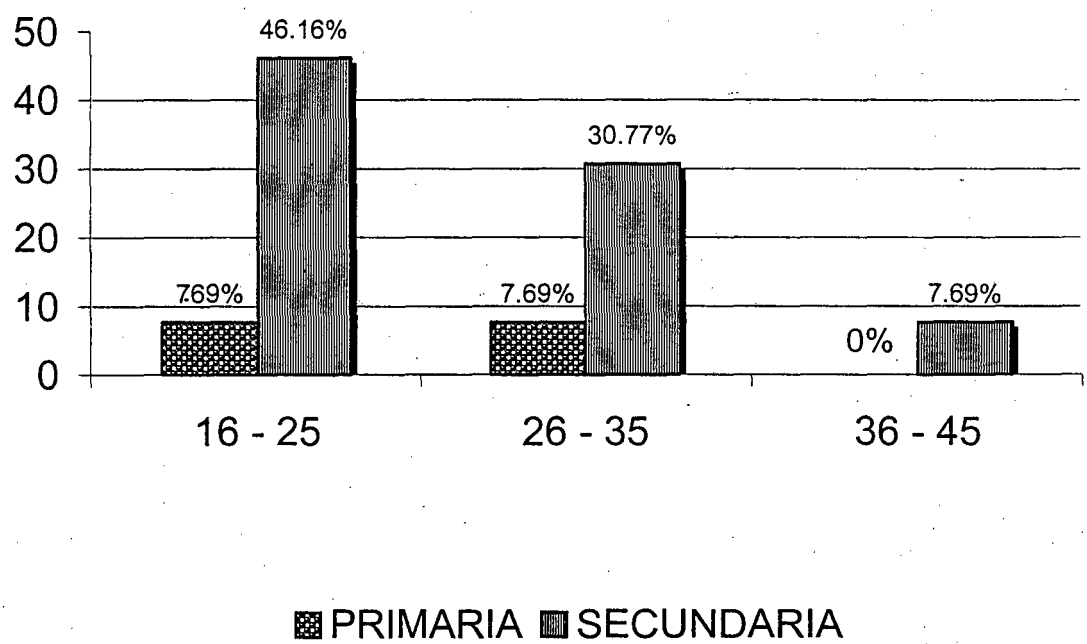
FUENTE: Guía de entrevista aplicada a Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente. Abril – Mayo 2003

Bach. Enf. GARCÍA / RAMÍREZ

* Tuberculosis Multidrogorresistente

GRAFICO N^{ro} 04

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE SEGÚN EDAD, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001



CUADRO N° 04

En el presente cuadro, podemos observar las edades de los pacientes en relación con la incidencia. Estas están comprendidas entre 16-25 años y presentan mayor porcentaje (53,85 %) con 07 casos, 06 casos (46,16 %) corresponden a resistencia secundaria y un caso (07,69 %) a resistencia primaria; mientras los de 26-35 años 05 casos (38,46 %), 04 casos (30,77 %) a resistencia secundaria y un caso (07,69 %) resistencia primaria, 36-45 años 01 caso (07,69 %) que corresponde a resistencia secundaria.

Para la prueba de hipótesis se aplica el estadístico de Chi Cuadrado con un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$, con grado de libertad 2, obteniendo en $x^2_c = 0,26$ y $x^2_t = 5,99$; por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación. "La edad influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente".

Los resultados son similares a lo obtenido por SUAREZ Pedro y Otros (1997-1999), RACACHA, E. (2000), discrepando a lo obtenido por SAMPER, Sofía y Otros (2000), CANALES, Roberto (1997-1998), la edad de mayor porcentaje presenta los comprendidos entre 25-35 años. Esta tendencia se relaciona con los estilos de vida de los pacientes jóvenes quienes tienen una carga moral que incluye "descuido personal" la "mala vida" o "vida silenciosa" a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, la participación en fiestas, el comercio sexual, expresidiarios, familiares con Tuberculosis Pulmonar.

Se concluye que los pacientes entre las edades de 16-25 años, presentan mayor porcentaje de Tuberculosis Multidrogorresistente.

CUADRO N° 05

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE, SEGÚN SEXO HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL, 2000 – 2001.

INCIDENCIA TB MDR * / SEXO	PRIMARIA		SECUNDARIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO	02	15,38	08	61,55	10	76,93
FEMENINO	-	-	03	23,07	03	23,07
TOTAL	02	15,38	11	84,62	13	100,00

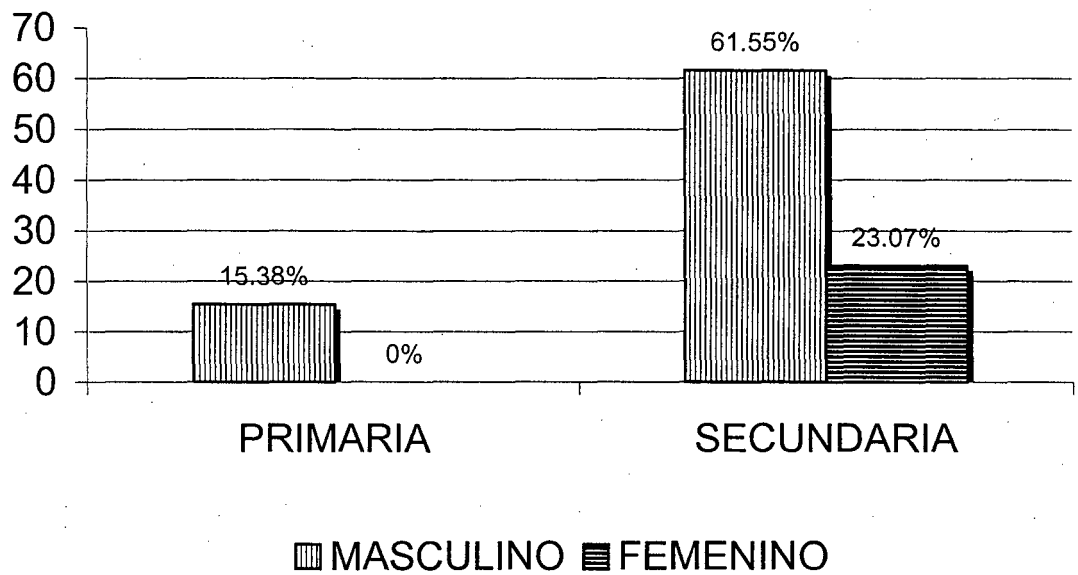
FUENTE: Guía de entrevista aplicada a Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente. Abril – Mayo 2003

Bach. Enf. GARCÍA / RAMÍREZ

* Tuberculosis Multidrogorresistente

GRAFICO N^{ro} 05

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE SEGÚN SEXO, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001



CUADRO N° 05

Observamos en el presente cuadro la relación entre dos variables importantes como es la incidencia y el sexo, encontrando que 10 casos (76,93 %) fueron de sexo masculino, de los cuales 08 casos corresponde a resistencia secundaria y 02 (15,38%) a resistencia primaria. En el sexo femenino solo hubo 03 casos (23,07 %) y corresponden a resistencia secundaria. (ver grafico N° 05)

Para la prueba de hipótesis, se utilizó la prueba no paramétrica del Chi Cuadrado con un nivel significancia de $\alpha = 0,05$, grado de libertad 1, $x^2_c = 2,11$, $x^2_t = 3,84$; donde se rechaza la hipótesis de la investigación "El sexo influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente".

Estos resultados son similares a lo encontrado por SAMPER, Sofía y Otros (2000); CANALES, Roberto (1997-1998); MINISTERIO DE SALUD y Otros (1999); SUAREZ, Pedro y Otros (1997-2000); RACACHA, E. (2000); SAYRITUPA, M. y Otros (2000); donde el sexo masculino difiere del femenino por las diferencias en el rol social, económico y otras actividades. Un cierto número de estudio sugiere que la respuesta a la enfermedad, difiere en hombres y mujeres y que los obstáculos a la detección precoz y al tratamiento de la Tuberculosis varían, siendo probablemente mayores para las mujeres que para los hombres.

CUADRO N° 06

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000 – 2001.

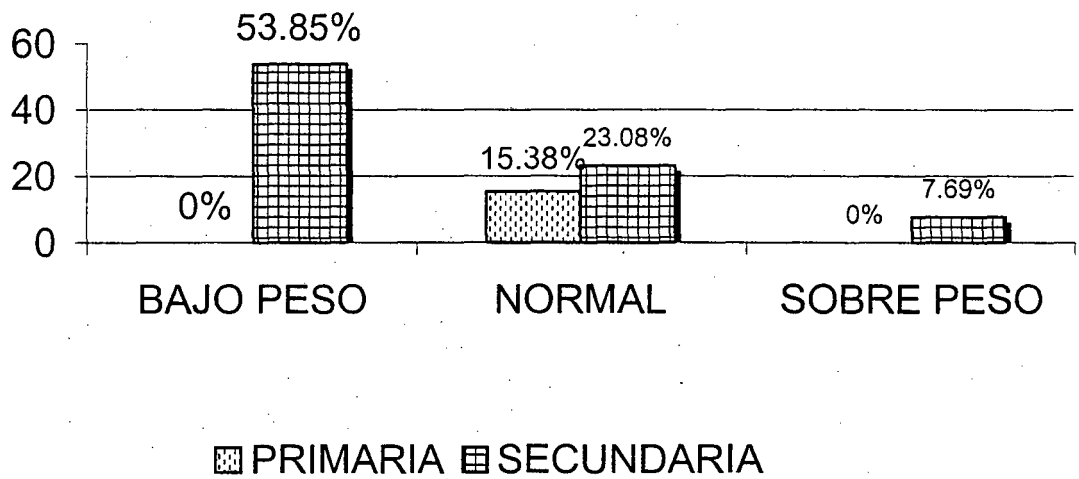
INCIDENCIA TB MDR * / ESTADO NUTRICIONAL	PRIMARIA		SECUNDARIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BAJO PESO	-	-	07	53,85	07	53,85
NORMAL	02	15,38	03	23,08	05	38,46
SOBRE PESO	-	-	01	07,69	01	07,69
TOTAL	02	15,38	11	84,62	13	100,00

FUENTE: Ficha de evaluación del estado nutricional, 2001. Bach. Enf. GARCÍA / RAMÍREZ

* Tuberculosis Multidrogorresistente

GRAFICO N^{ro} 06

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE SEGUN ESTADO NUTRICIONAL, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001



CUADRO N° 06

Los pacientes con estado nutricional de bajo peso, fueron 07 (53,85 %), correspondiendo todos a resistencia secundaria; mientras los que tuvieron estado nutricional normal fueron 05 (38,46 %), de los cuales 03 casos (23,08 %) correspondieron a resistencia secundaria y 02 casos (15,38 %) a resistencia primaria. En cuanto a sobrepeso sólo hubo 01 caso (07,69 %) y presentó resistencia secundaria.

Para la prueba de hipótesis se empleó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado con grado de libertad = 2, $\alpha = 0,05$, $x^2_c = 6,73$; y un $x^2_t = 5,99$; donde se aceptó la hipótesis de investigación "El bajo peso influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente".

Los pacientes con bajo peso representaron el mayor porcentaje, cifra que difiere de lo obtenido por RACACHA, E. (2000), SAYRITUPA, M. y Otros (2000) y SULLA E. y Otros (1998) quienes encontraron un mayor porcentaje de pacientes con estado nutricional normal. Resultados que están relacionados a las reacciones adversas de la quimioterapia (Nauseas, vómitos, cefaleas, etc.), también a otros fármacos (antibióticos que los pacientes suelen automedicarse); asimismo a los factores de riesgo como la pobreza extrema, descuido personal, mala vida, drogadicción, alcoholismo, hacinamiento, etc.

Por lo que se concluye que, el estado nutricional bajo peso, influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

CUADRO N° 07

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE, SEGÚN SOPORTE SOCIAL, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000 – 2001.

INCIDENCIA TB MDR * / SOPORTE SOCIAL	PRIMARIA		SECUNDARIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
NO PROPORCIONA	01	07,69	07	53,85	08	61,54
PROPORCIONA	01	07,69	04	30,77	05	38,46
TOTAL	02	15,38	11	84,62	13	100,00

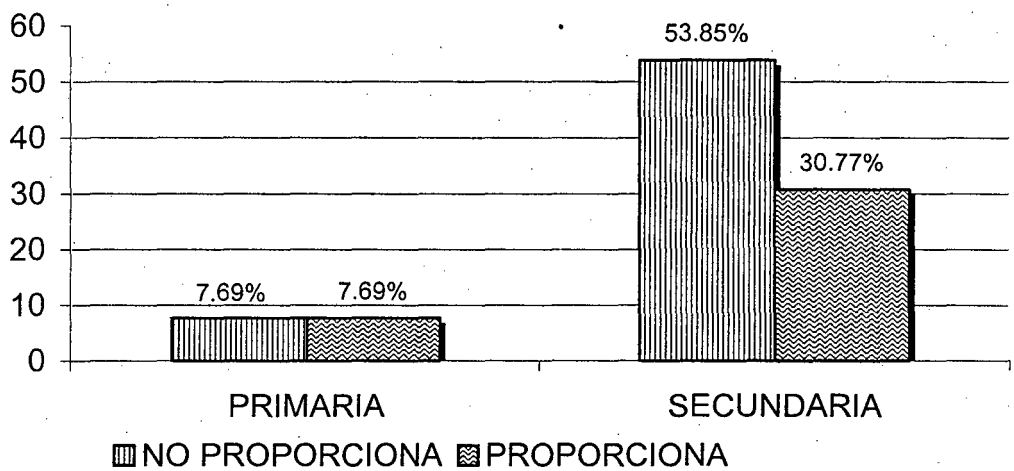
FUENTE: Guía de entrevista aplicada a Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente. Abril – Mayo 2003

Bach. Enf. GARCÍA / RAMÍREZ

* Tuberculosis Multidrogorresistente

GRAFICO N^{ro} 07

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE SEGUN SOPORTE SOCIAL, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001



CUADRO N° 07

En el cuadro observamos la relación entre el soporte social y la incidencia de Tuberculosis. El soporte social no se proporciona en 08 (61,54 %) pacientes, de los cuales 07 (53,85 %) corresponde a resistencia secundaria y 01 (07,69 %) a resistencia primaria. En los que si se proporciona soporte social, son en 05 pacientes (38,46 %), de los cuales 04 (30,77 %) corresponde a resistencia secundaria y 01 (07,69 %) a resistencia primaria.

Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado con un $\alpha = 0,05$ con grado de libertad 1, un $x^2_c = 1,24$ y un $x^2_t = 3,84$; donde se rechaza la hipótesis de investigación, "La falta de soporte social influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente".

Los resultados son similares a lo obtenido por POCOMUCHA, Nelly (1996-1997), TITE, B. (1997-1998); MINISTERIO DE SALUD, PROYECTO VIGIA USAID (2000); mas difiere a lo obtenido por CALDERON N. J. y RODRÍGUEZ (2000) que encontraron un alto porcentaje de apoyo familiar. Estos resultados se deben a los escasos conocimientos e información sobre la enfermedad, percepciones, actitudes y conductas de las personas y familiares del grupo por lo que tienen una actitud diferente.

CUADRO N° 08

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE, SEGÚN NIVEL SOCIAL, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL, 2000 – 2001.

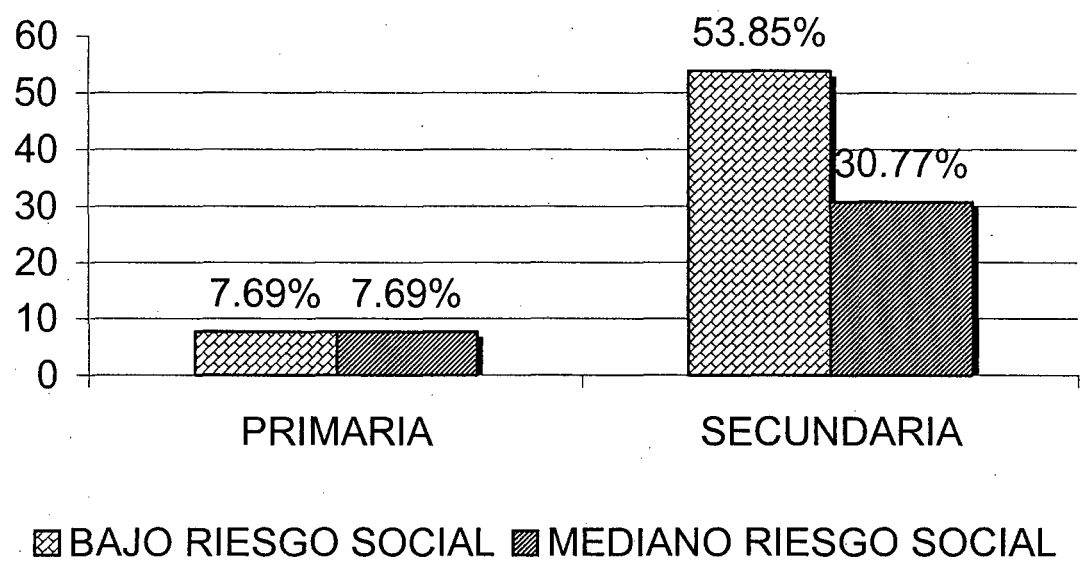
INCIDENCIA TB MDR * / NIVEL SOCIAL	PRIMARIA		SECUNDARIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BAJO RIESGO	01	07,69	07	53,85	08	61,54
MEDIANO RIESGO	01	07,69	04	30,77	05	38,46
ALTO RIESGO	-	-	-	-	-	-
TOTAL	02	15,38	11	84,62	13	100,00

FUENTE: Ficha de informe de evaluación social, 2001. Bach. Enf. GARCÍA / RAMÍREZ

* Tuberculosis Multidrogorresistente

GRAFICO N^{ro} 08

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE SEGUN NIVEL SOCIAL, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001



CUADRO N° 08

Las variables que se analizan en este cuadro Según el nivel social, el bajo riesgo presenta 08 casos (61,54 %), correspondiendo mayor porcentaje 07 casos (53,85 %) a resistencia secundaria en comparación a resistencia primaria 01 caso (07,69 %). En el mediano riesgo social hay 05 casos (38,46 %) de los cuales corresponde a resistencia secundaria y 04 casos (30,77 %) y resistencia primaria 01 caso (07,69 %).

Para la prueba de hipótesis se empleó la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado con una significancia $\alpha = 0,05$, grados de libertad 1 $x^2_c = 0,66$, $x^2_t = 3,84$; donde se rechaza la hipótesis de investigación "El mediano riesgo social influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente".

Estos resultados son similares a lo obtenido por el MINISTERIO DE SALUD; PROYECTO VIGIA, USAID (2001), discrepando a lo obtenido por RACACHA, E. (2000) que encontró un alto porcentaje en alto riesgo social, relacionado con la pobreza extrema.

Se concluye que, el bajo riesgo social presenta mayor porcentaje por las características propias de la comunidad y la difícil situación económica que atraviesa el país.

CUADRO N° 09

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL, 2000 – 2001.

INCIDENCIA TB MDR * / GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA		SECUNDARIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
PRIMARIA	-	-	02	15,38	02	15,38
SECUNDARIA	02	15,38	07	53,85	09	69,24
SUPERIOR	-	-	02	15,38	02	15,38
TOTAL	02	15,38	11	84,62	13	100,00

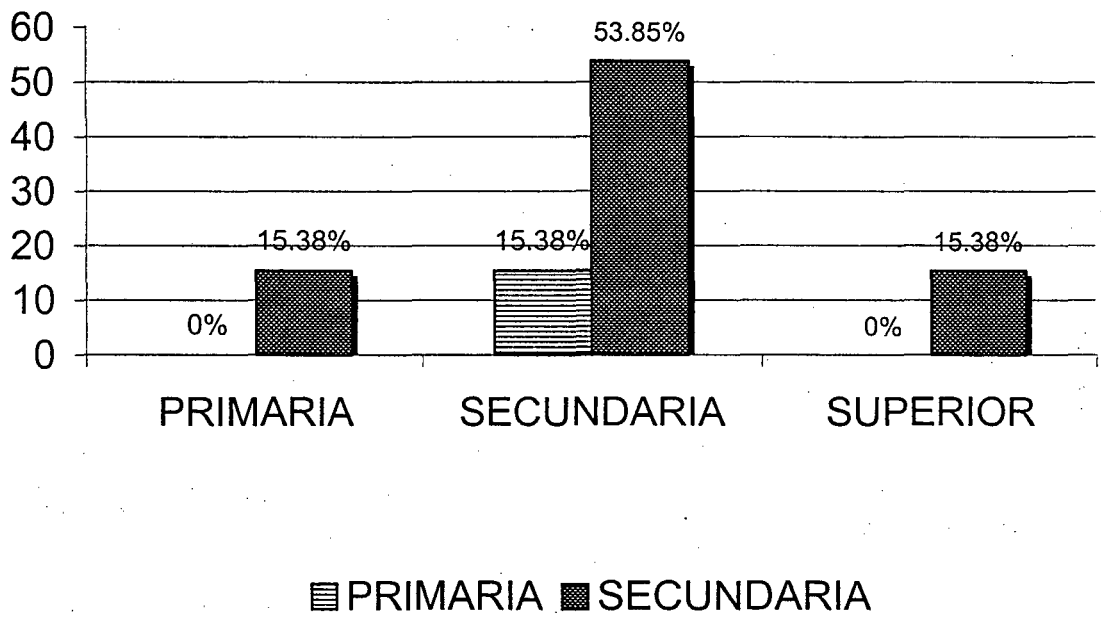
FUENTE: Guía de entrevista aplicada a Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente. Abril – Mayo 2003

Bach. Enf. GARCÍA / RAMÍREZ

* Tuberculosis Multidrogorresistente

GRAFICO N^{ro} 09

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE SEGUN GRADO DE INSTRUCCION, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001



CUADRO N° 09

Según el grado de instrucción secundaria presenta 09 casos (69,24 %) de los cuales 07 casos (53,85 %) tienen resistencia secundaria y 02 casos (15,38 %) a resistencia primaria. En el grado de instrucción primaria y superior presentan 02 casos (15,38 %) que corresponde a resistencia secundaria respectivamente.

Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado, con una significancia de $\alpha = 0,05$, grado de libertad 2, $x^2_c = 4,45$ y $x^2_t = 5,99$; donde se rechaza la hipótesis de investigación "El grado de instrucción primaria influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente".

Estos hallazgos difieren a lo obtenido por el MINISTERIO DE SALUD, PROYECTO VIGIA, USAID (2000), se debe a que estos pacientes presentan factores de riesgo: amigos y familiares con Tuberculosis Pulmonar, fallecidos con Tuberculosis Pulmonar, expresidiarios, vida desordenada, etc.

Se concluye que, el grado de instrucción secundaria presenta mayor porcentaje de acuerdo a la calidad de las redes sociales que forma parte el paciente con Tuberculosis Multidrogorresistente.

CUADRO N° 10

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE SEGÚN QUIMIOTERAPIA, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001.

INCIDENCIA DE TB MDR * / QUIMIOTERAPIA	PRIMARIA		SECUNDARIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CORRECTA	02	15,38	03	23,08	05	38,46
INCORRECTA	-	-	08	61,54	08	61,54
TOTAL	02	15,38	11	48,62	13	100,00

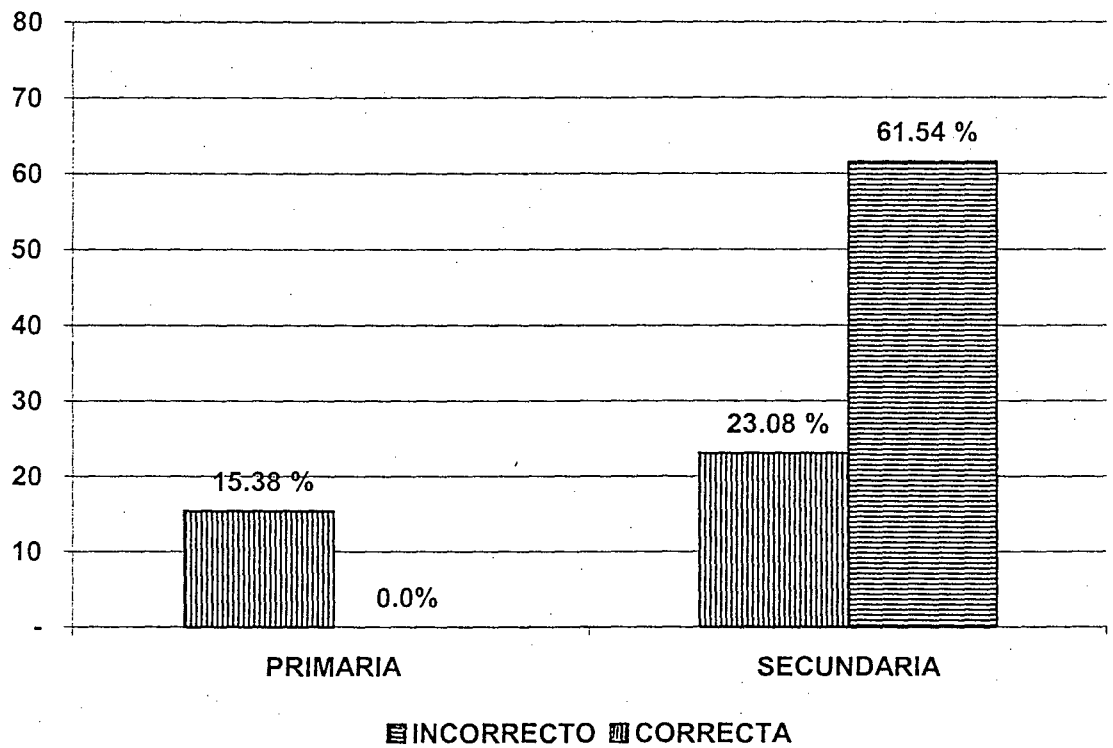
FUENTE: Guía de entrevista aplicada a Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente. Abril – Mayo 2003

Bach. Enf. GARCÍA / RAMÍREZ

* Tuberculosis Multidrogorresistente

GRAFICO N^{ro} 10

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS
MULTIDROGORRESISTENTE SEGÚN QUIMIOTERAPIA,
HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001



CUADRO N° 10

Según Quimioterapia incorrecta presenta 08 casos (61,54 %), que corresponde a resistencia secundaria. Correcta 05 casos (38,46 %) que corresponde a resistencia secundaria 03 casos (23,08 %) y resistencia primaria 02 casos (15,38 %).

Para la prueba de hipótesis, se utilizó la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado, con una significancia de α = 0,05 grados de libertad, 1, x^2_c = 3,84, x^2_t = 3,88; donde se acepta, la hipótesis de investigación "La quimioterapia incorrecta influye en la incidencia de Tuberculosis Multidrogorresistente".

Quimioterapia incorrecta presenta un mayor porcentaje, fue similar a lo obtenido por CANALES, Roberto (1997-1998), VAN RIE, Annalies y Otros (2000), que muestra que los pacientes habían recibido una dosificación incorrecta.

Se concluye que quimioterapia incorrecta, influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente por la automedicación de los pacientes, consulta con médicos particulares, amigos, entorno social y el desconocimiento por el enfermo del proceso integral de la enfermedad.

CUADRO N° 11

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE SEGÚN ATENCIÓN AL TRATAMIENTO, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001.

INCIDENCIA DE TB MDR * / ATENCIÓN AL TRATAMIENTO	PRIMARIA		SECUNDARIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
DEFICIENTE	-	-	09	69,24	09	69,24
EFICIENTE	02	15,38	02	15,38	04	30,76
TOTAL	02	15,38	11	84,62	13	100,00

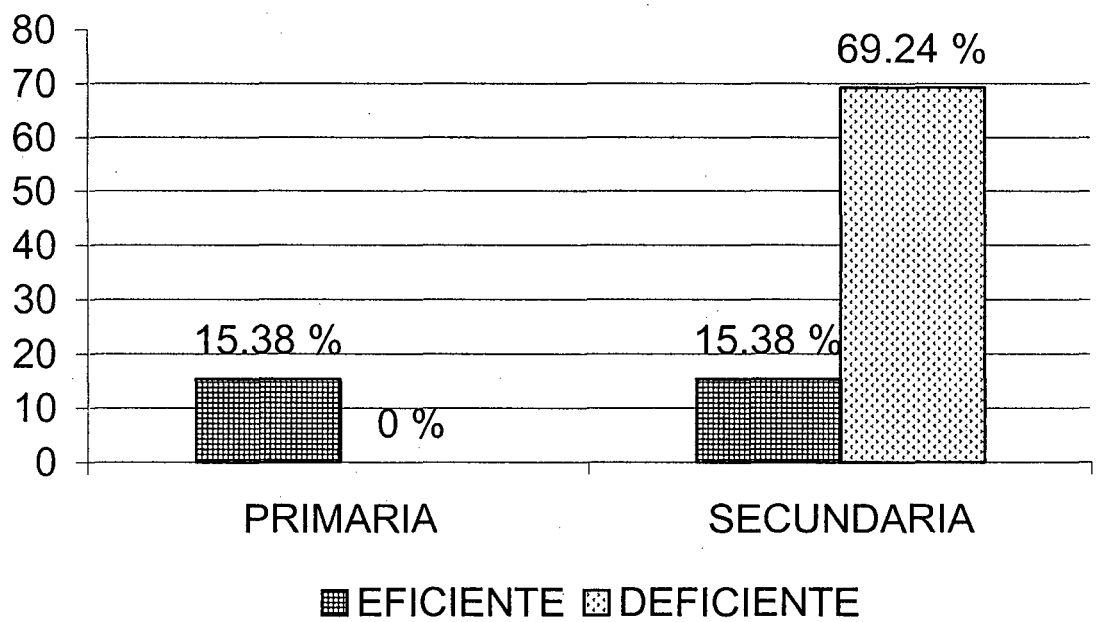
FUENTE: Guía de entrevista aplicada a Pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente. Abril – Mayo 2003

Bach. Enf. GARCÍA / RAMÍREZ

* Tuberculosis Multidrogorresistente

GRAFICO N^{ro} 11

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE SEGUN ATENCIÓN AL TRATAMIENTO, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001



CUADRO N° 11

Según atención al tratamiento, el deficiente presenta 09 casos (69,24 %) que corresponde a resistencia secundaria y tratamiento eficiente 04 casos (30,76 %) que corresponde a resistencia secundaria 02 casos (15,38 %) y 02 casos (15,38 %) a resistencia primaria.

Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba de no paramétrica de Chi Cuadrado, con un $\alpha = 0,05$ gl. 1 $x^2_c = 5,26$, $x^2_t = 3,84$; donde se acepta la hipótesis de la investigación la "Deficiente atención al tratamiento, influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente".

La atención al tratamiento deficiente presenta un mayor porcentaje, resultado similar a lo obtenido por MINISTERIO DE SALUD, PROYECTO VIGIA, USAID (2000), VALENZUELA HIRIART P. (2000), CROFTON y Otros (1997).

Se concluye que la atención al tratamiento deficiente, influye en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente, por contar con un personal poco capacitado en el conocimiento equivocado con respecto al proceso biológico de la enfermedad, las alteraciones en su dinámica social, familiar, laboral, educativa y el rechazo hacia ellos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.

Del estudio, factores biosocioculturales de pacientes Multidrogorresistentes, dependientes del personal de salud que influyen en la incidencia de Tuberculosis, realizado en el hospital San Juan Bautista de Huaral 2000-2001, se han llegado a los siguientes conclusiones:

1. El tipo de resistencia secundaria presenta mayor porcentaje en los casos de Tuberculosis Multidrogorresistente. Se debe a que estos pacientes fueron tratados previamente con regímenes quimioterápicos por lo general inadecuados y no estandarizados.

2. La frecuencia de resistencia de 1-2 fármacos antituberculosos presenta mayor porcentaje en los casos de Tuberculosis Multidrogorresistente, se debe a que estos pacientes en su mayoría presentan resistencia a Rifampicina e Isoniacida.

3. Con relación al factor biológico: El estado nutricional bajo peso presenta estadística significativa en comparación a los otros indicadores; se debe a que estos pacientes presentan tratamientos previos, reacciones adversas a fármacos antituberculosos; condiciones de pobreza extrema, descuido personal, mala vida o vida silenciosa.

4. Con relación al factor social, no presenta estadística significativa donde el soporte social y el nivel social no influyen en la incidencia de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

5. Con relación al factor cultural: El grado de instrucción no presenta estadística significativa, se debe a que estos pacientes presentan factores de riesgo; amigos y familiares enfermos con Tuberculosis Pulmonar crónica, fallecidos con Tuberculosis Pulmonar, expresidiarios, descuido personal.

6. Con relación al factor dependiente del personal de salud presenta estadística significativa, donde la quimioterapia proporcionada por el personal de salud y la atención en el tratamiento, influyen en la incidencia de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogorresistente.

5.2 RECOMENDACIONES.

- AL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL:

  a. El programa debe contar con un ambiente adecuado y con un equipo de salud altamente calificado a fin de cumplir los objetivos del programa.

  b. Continuar con la política de mejoramiento de la calidad de atención para lograr una mejor aceptación y participación activa de la comunidad.

- A LA COMUNIDAD:

  a. Acudir a los diferentes servicios de salud, Programa de Control de Tuberculosis, para realizar la prueba de esputo (Sintomático Respiratorio), diagnóstico y tratamiento oportuno y evitar complicaciones.

  b. Es necesario la participación activa de la comunidad en los diferentes actividades preventivo promocionales que realizan los establecimientos de salud no solamente asistir en caso de enfermedad o accidente.

- A LA UNIVERSIDAD

  a. Propiciar el desarrollo de investigaciones en esta área toda vez que no existen trabajos de investigación que permitan un mejor conocimiento

sobre la incidencia y prevalencia de Tuberculosis Multidrogorresistente en nuestra región.

b. Difundir los resultados de la presente investigación para que los agentes involucrados adopten estrategias tendientes a disminuir los casos de Tuberculosis Crónica y Tuberculosis Multidrogorresistente.

ANEXOS

GUÌA DE ENTREVISTA

INTRODUCCIÓN

La presente entrevista es con la finalidad de obtener información sobre aspectos biosocioculturales de pacientes multidrogorresistentes, dependientes del personal de salud que influyen en la incidencia de tuberculosis, por la cual solicitamos a usted su colaboración y al mismo tiempo agradecerle su valioso aporte.

DATOS PERSONALES

Número de caso : .....
Lugar y fecha de nacimiento: .....
Religión : ..... Ocupación: ..... Estado civil: .....

A. FACTORES BIOLÓGICOS

1. ¿Cuántos años tiene usted?
   a) 16 -25
   b) 26-35
   c) 36-45
2. Sexo
   a) Masculino b) Femenino

B. FACTORES SOCIALES

1. ¿Recibe usted apoyo?
   a) Si b)No
2. Si la respuesta es afirmativa, ¿Dequienes?
   a) Familia b) Comunidad c) Otros (Especifique).....
3. ¿Qué tipo de apoyo recibe?
   a)Alimentos b)Bienes materiales c)Viglar el tratamiento
   d)Compañia e)Ánimo f)Motivación g)Consejos

C. FACTORES CULTURALES

1. ¿Qué grado de instrucción tiene usted?
   a)Primaria b) Secundaria c)Superior
2. ¿Sabe usted qué es la tuberculosis pulmonar?
   .....
   .....
3. ¿Sabe usted qué es la tuberculosis multidrogorresistente?
   .....
   .....

D. DEPENDIENTES DEL PERSONAL DE SALUD

1. ¿Cuándo se enfermo de tuberculosis por primera vez de tuberculosis, recibió el tratamiento?
   a) Si b) No
2. Si la respuesta es afirmativa ¿Dónde recibió el tratamiento?
   a) Médico particular b) Programa de TBC c) Otros (Especifique) .....
3. ¿ Cuántos medicamentos tomo usted en los dos meses iniciales de tratamiento?

   a) 2 b)3 c)4

4. ¿En qué ambiente tomaba sus medicamentos?
   a)Ambiente del Programa de TBC b)En su casa
5. Si la respuesta es el programa de TBC. ¿Algún personal del programa lo supervisaba?
   a) Si b)No
6. Si la respuesta es afirmativa ¿Quién lo supervisaba?
   a)Practicante b)Técnico en Enfermería c)Enfermera d)Médico
   e)Nutricionista f)Asistenta social g)Otros(Especifique) .....
7. ¿Terminó su tratamiento?
   a)Si b)No
8. ¿Cuál es su condición de egreso?
   a)Curado b)Abandono c)Fracaso
9. Si la respuesta es fracaso ¿Cuántos medicamentos tomó después del anterior tratamiento?

E. INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE

1. ¿Anteriormente recibió tratamiento de tuberculosis?

Año Esquema de tratamiento Condición de egreso

.....
.....
.....

2. ¿Algún familiar se enfermó de tuberculosis?

Parentesco Año Esquema de tratamiento Condición de egreso

.....
.....
.....

3. ¿Sabe usted qué es la prueba de sensibilidad?
   a)Si b)No
4. Si la respuesta es afirmativa ¿Le realizaron esta prueba?
   a)Si b)No
5. Sabe usted a qué medicamento es resistente?

   .....

GRACIAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
COMISION TRANSITORIA DE ORDEN Y GESTION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"Año de los Derechos de las Personas con Discapacidad
y el Centenario del Nacimiento de Jorge Basadre Grohmann"

Pucallpa, marzo 03 de 2 003.

OFICIO N° 184/03-UNU-CTOyG-FCS.

Señor Doctor:
JUAN DIAZ AMADO
Director del Hospital "San Juan Bautista de Huaral"
Presente.-

De mi mayor consideración:

Es un grato honor dirigirme a su digno despacho a fin de expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitarle AUTORIZACION, para el desarrollo del Proyecto de Tesis Titulado " **Factores Biosocioculturales de Pacientes Multidrogo Recientes Dependientes del Personal de Salud y su Influencia en la Incidencia de tuberculosis – Hospital "San Juan Bautista de Huaral 2000 – 2001",** el mismo que estará a cargo de los Bachilleres de la Facultad de Ciencias de la Salud- Escuela Académico Profesional de Enfermería; HERBERT RAMIREZ ANGULO y ROSEMARY GARCIA RIOS", por lo que solicito a usted la respectiva autorización para la ejecución del mismo.

Sin otro particular y a la espera de la atención que brinde al presente me suscribo de usted, expresándole las muestras de mi especial consideración y estima.

Cordialmente,

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
Facultad de Ciencias de la Salud
Dr. WALTER R. LEVEAU BARTRA
DECANO

C. c
DEE
Archivo
DFCS/WRLB
Jins.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería
RECIBIDO
N° Reg.:
Fecha: 04/03/02.
Hora: 8:00 am
Firma:

Ministerio de Salud
Personas que Atendemos Personas
DIRECCION DE SALUD III LIMA NORTE
HOSPITAL HUARAL - S.B.S

"AÑO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DEL CENTENARIO DEL NACIMIENTO DE JORGE BASADRE GROHMANN"

CONSTANCIA

El Director Ejecutivo y el Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital Huaral y Servicios Básicos de Salud;

HACE CONSTAR:

Que, los Bachilleres en Enfermería Rosemary García Ríos y Herbert Ramírez Angulo, de la Universidad Nacional de Ucayali desarrollaron el Trabajo de Investigación entre los meses de Abril y Mayo del presente año titulado "FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE PACIENTES MULTIDROGORRESISTENTE DEPENDIENTES DEL PERSONAL DE SALUD Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL 2000-2001"

Se expide la presente solicitud de los interesados para los fines que estime conveniente.

Huaral, Mayo del 2003

MINISTERIO DE SALUD
DISA III - L.N.
HOSPITAL HUARAL Y S.B.S.
Dr. Francisco A. Chunga Olivos
C.M.P. Nº 19828
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
DISA III - L.N.
HOSPITAL HUARAL Y S.B.S.
LIC. SARA SALES DEL CASTILLO
C.E.P. 25364
JEFE DPTO ENFERMERIA

MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES - CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

INFORME DE EVALUACIÓN SOCIAL

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres: ..... Edad: .....

Ocupación: .....Estado civil: .....

Dirección de Salud: .....

Red de Salud: .....

Establecimiento de Salud: .....

II. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

Alcoholismo	Sí	( )	No	( )
Drogadicción	Sí	( )	No	( )
Trabajador sexual	Sí	( )	No	( )
Delincuencia	Sí	( )	No	( )
Privación de la libertad	Sí	( )	No	( )
Desamparo	Sí	( )	No	( )
Desempleo	Sí	( )	No	( )

III. RIESGO DE IRREGULARIDAD O ABANDONO AL TRATAMIENTO

Existe riesgo de abandono de tratamiento	Sí ( )	No ( )
Existe riesgo de irregularidad en el tratamiento	Sí ( )	No ( )

IV. DIAGNÓSTICO SOCIAL

.....

.....

.....

.....

V. PLAN DE ACCIÓN

.....

.....

.....

.....

____/____/____
fecha

_____
Firma y sello de la Asistenta Social

MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES - CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON ESQUEMA DE RETRATAMIENTO PARA TB-MDR

I. DATOS DE FILIACION

Dirección de Salud: ..... N° CASO TB- MDR Stand Ind →

Red de Salud: ..... Fecha de Aprobación: .....

Establecimiento de Salud: ..... H.Clinica: .....

Apellidos y Nombres: ....

Ocupación: ..... D.N.I.: .....

Dirección: ..... Distrito: .....

Edad: ..... Sexo M F Peso: ..... Kg Talla: ..... mts BCG: .....

II. BACTERIOLOGIA INICIAL AL RETRATAMIENTO

BK fecha: ...../...../..... Resultado:..... Reg. Laborat: .....

Cultivo fecha:...../...../..... Resultado:..... Reg. Laborat: .....

Sensibilidad:

Fecha:.....

Rifampicina	Isoniacida	Estreptomicina	Etambutol	Pirazinam.	Ciproflox.	Etionamida	Kanamicina

III. CONDICION DE ADMISION

* Fracaso al Esquema Uno ☐ * Fracaso Esquema Dos (Recaída) ☐ * Fracaso Esquema Dos (Abandono recuperado) ☐

* Fracaso al Esquema Estandarizado para TB Multidrogo-resistente ☐ * Otro..... ☐

Medicamentos/Dosis		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Fecha	Dia																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Fecha	Dia																									
	Mes																									
Control de peso																										

Fecha de egreso: ..... Fecha de término de tratamiento: .....

Condición de egreso:

Curado ☐ Abandono ☐ Transf. S/C ☐ Fracaso ☐ Fallecido ☐

Medicamentos/Dosis		51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		101	102	101	101	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos / Dosis		476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

Medicamentos/Dosis		526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550
Fecha	Día																									
	Mes																									
Control de peso																										

IV. SEGUIMIENTO DE CASO

1.- EVOLUCION BACILOSCOPICA:(Escribir: -, +, ++, +++)

Trimestre	N° Mes	Resultado	N° Registro	N° Mes	Resultado	N° Registro	N° Mes	Resultado	N° Registro
1er. Trim.	1er.			2do.			3er.		
2do.Trim.	4to.			5to.			6to.		
3er. Trim.	7mo.			8vo.			9no.		
4to. Trim.	10mo.			11vo.			12vo.		
5to. Trim.	13vo.			14vo.			15vo.		
6to. Trim	16vo.			17vo.			18vo.		
7mo. Trim.	19vo.			20vo.			21vo.		
8vo. Trim.	22vo.			23vo.			24vo.		
.....Trim.									

2.- EVOLUCION POR CULTIVO: Considerar la fecha de siembra del cultivo y su correspondencia al mes de tratamiento.
Escribir el resultado POSITIVO ó NEGATIVO

Trimestre	N° Mes	Resultado	N° Registro	N° Mes	Resultado	N° Registro	N° Mes	Resultado	N° Registro
1er. Trim.	1er.			2do.			3er.		
2do.Trim.	4to.			5to.			6to.		
3er. Trim.	7mo.			8vo.			9no.		
4to. Trim.	10mo.			11vo.			12vo.		
5to. Trim.	13vo.			14vo.			15vo.		
6to. Trim	16vo.			17vo.			18vo.		
7mo.Trim.	19vo.			20vo.			21vo.		
8vo. Trim.	22vo.			23vo.			24vo.		
.....Trim.									

3.- PUEBA DE SENSIBILIDAD

Medicamentos	Fecha	Result.	Fecha	Result.	Fecha	Result.
Isoniacida						
Etambutol						
Estreptomicina						
Kanamicina						
Pirazinamida						
Cicloserina						
Capreomicina						
Etionamida						
Ciprofloxacina						
Rifampicina						

Colocar: R : Resistente S : Sensible

4.- EVOLUCIONES MENSUALES

Trimestre	Evol.Clínica (1)	Evol. Radiol.(1)	RAFAS (2)
Primero			
Segundo			
Tercero			
Cuarto			
Quinto			
Sexto			
.....			
(2) F : Favorable			(2) L : Leve
E :Estacionaria			M : Mod.
D : Desfavorable			G : Grave

5.-EVOLUCIONES POST - TTO.

BK	# Mes	Cultivo
	3er.	
	6to.	
	9no.	
	12vo.	
	15vo.	
	18vo.	
	21vo.	
	24vo.	

V. CONTROL DE CONTACTOS

N° de orden	Apellidos y Nombres	Edad		BCG	Relación caso (parentesco)	Primer Control		Segundo Control	
		M	F			Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Control de administración de quimioprofilaxis a contactos menores de 15 años

					Administación de H - 5 mg/Kg/día Fecha de inicio:.....																			
N° de	Edad		Peso	Dosis	Meses 1°				2°				3°				4°				5°				6°			
Orden	M	F			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Control de citaciones

N° de Control	Consulta Médica (Fechas)	Entrevista Enfermería (Fechas)	Entrevista Social (Fechas)	Entrevista Psicológica (Fechas)	Visitas Domiciliarias		Charlas Educativas
					Fechas	Motivos	Fechas

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
BIBLIOTECA CENTRAL
U N U
1883T

ESQUEMA DE RETRATAMIENTO ESTANDARIZADO PARA TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE 4KCxEtEZ/14CxEtEZ

Duración 18 meses (450 dosis)

Fases	Duración	Frecuencia	Medicamentos y dosis	Total por enfermo
1ra.	4 meses (100 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Kanamicina x 1gr. ampolla Ciprofloxacina x 500 mg. 2 comprimidos Etionamida x 250 mg. 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg. 3 tabletas Etambutol x 400 mg. 3 tabletas	K x 1gr = 100 amp. Cx x 500 mg = 900 comp. Et x 250 mg = 1350 tab. Z x 500 mg = 1350 tab. E x 400 mg = 1350 tab.
2da.	14 meses (350 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Ciprofloxacina x 500 mg. 2 comprimidos Etionamida x 250 mg. 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg. 3 tabletas Etambutol x 400 mg. 3 tabletas	

En embarazadas:
No utilizar kanamicina debido a su eventual toxicidad sobre el feto. En caso de ser necesario, evaluar su riesgo-beneficio con consentimiento informado de la paciente y su familia.
No deberá utilizarse etionamida debido al riesgo teratogénico; tampoco ciprofloxacina ante la posibilidad de producir lesiones en los cartílagos de conjunción en el feto.

En niños:
Evaluar el riesgo/beneficio de utilizar etambutol en menores de 7 años.
Evaluar el riesgo/beneficio de utilizar ciprofloxacina en niños en períodos de crecimiento, ya que puede perturbar su desarrollo.

NOTA: En enfermos con menos de 50 kg de peso, tanto adultos como niños, la dosis de medicamentos se administra en relación con el peso del paciente (ver posología adjunta).

POSOLOGÍA DE MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS EN DOSIS DIARIA PARA ADULTOS Y NIÑOS

Dosis	Kanamicina	Ciprofloxacina	Etionamida	Etambutol	Pirazinamida
Optima	15 mg./kg.	20 mg./kg.	15 mg./kg.	20 mg./kg.	25 mg./kg.
Máxima	1 gr./día	1 gr./día	750 mg./día	1.2 gr./día	1.5 gr./día