

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE LA TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN DE LA
TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE
EN TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL
SOLOGUREN EN EL AÑO 2010”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Victor Raúl Zamata Maquerhua

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2011

Registro N° _____ Escuela: Medicina Humana
Bachiller: Victor Raúl Zamata Maquenhua
Fecha de Sustentación: 21-03-2011
Aprobado por: Unanimidad Nota: 14
Calificativo: Regular
Jurado: - Dr. Claudio Ramirez Ateneo - Presidente
- Mgn. Salvador Moarri Hoss - Miembro
- Med. Cristina Llosa Rodriguez - Miembro

Observaciones: _____



M. J. M.

**Secretario Académico
Administrativo**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE LA TRANSMISIÓN Y
PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE EN
TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO
SABOGAL SOLOGUREN
EN EL AÑO 2010”**

TESIS

Presentada por:

BACH. VICTOR RAUL ZAMATA MAQUERHUA

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por Unanimitad, ante el siguiente Jurado:


Dr. Claudio Ramírez Atencio
Presidente


Méd. Cristina Llosa Rodríguez
Miembro


Mgr. Salvador Moarri Hoss
Miembro


Mgr. Leonidas Chavera Rondón
Asesor

DEDICATORIA

A Dios, Todopoderoso: Por ser la luz en mi vida y darme fuerzas para llegar hasta aquí.

A mi madre quien es mi principal apoyo y el motor que me mueve a superarme no solo como futuro profesional sino como persona

AGRADECIMIENTOS

A las licenciadas del Programa de Tuberculosis del Hospital Alberto Sabogal por guiarme y darme aliento durante el desarrollo de la tesis.

A mis maestros y amigos médicos que con sus consejos sabios hacen que cada paso de mi carrera profesional sea un logro para todos.

A los pacientes del Programa de Tuberculosis del Hospital Alberto Sabogal que me acogieron y enseñaron el valor de la vida.

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| DEDICATORIA | |
| AGRADECIMIENTOS | |
| RESUMEN | |
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO I | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1. Determinación y formulación del problema. | 3 |
| 1.2. Antecedentes. | 6 |
| 1.3. Formulación del problema | 6 |
| 1.4. Finalidad | 7 |
| 1.5. Justificación e importancia | 7 |
| 1.6. Definición del problema | 8 |
| 1.7.1. Objetivo general | 9 |
| 1.7.2. Objetivos específicos | 10 |
| 1.8 Variables e Indicadores | 11 |
| 1.8.1. Determinación de variables | 11 |
| 1.8.2. Indicadores | 12 |

CAPITULO II

| | |
|--|----|
| MARCO TEORICO CONCEPTUAL | 13 |
| 2.1. Conceptos generales y definiciones | 13 |
| 2.2. Tuberculosis multidrogorresistente | 26 |
| 2.3. Generalidades sobre conocimientos y actitudes | 35 |

CAPITULO III

METODOLOGIA Y MATERIALES

| | |
|--|----|
| 3.1. Tipo y diseño de la investigación | 40 |
| 3.2. Características de la población | 40 |
| 3.3 Instrumentos de investigación | 41 |
| 3.4 Procesamiento estadístico | 45 |

CAPITULO IV

| | |
|------------|----|
| RESULTADOS | 46 |
|------------|----|

CAPITULO V

| | |
|----------------------------|----|
| DISCUSION | 72 |
| CONCLUSIONES | 84 |
| RECOMENDACIONES | 86 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 87 |
| ANEXOS | 93 |

RESUMEN

Objetivos: Describir la fuente de información, el nivel de conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) en tratamiento en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el año 2010.

Materiales y métodos: Estudio observacional de corte transversal. Se estudiaron 77 pacientes con diagnóstico de tuberculosis multidrogorresistente en tratamiento en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren durante Diciembre del año 2010.

Las variables fueron agrupadas en tres categorías: 1. Datos generales 2. Conocimiento sobre la transmisión y medidas preventivas acerca de la tuberculosis 3. Actitudes frente a su enfermedad 4. Medio principal de adquisición de la información y momento de la adquisición del conocimiento. Se utilizó una ficha de recolección de datos y una encuesta para recabar la información necesaria.

Resultados: La media de la edad fue de 41.74 ± 17.45 años, 55.8% y 44.2% fueron de sexo masculino y femenino respectivamente.

El 64.9% de los pacientes obtuvo un conocimiento alto sobre la transmisión de la tuberculosis, el 32.5% de los pacientes obtuvo un conocimiento medio y el 2.6% de los pacientes obtuvo un conocimiento bajo. El 7.8% de los pacientes obtuvo un conocimiento alto sobre las medidas preventivas, el 49.4% tenían un conocimiento medio y el 42.9% de los pacientes tenían un conocimiento bajo. El 46.8% de los pacientes fue catalogado con una actitud favorable frente a su enfermedad, el 39.0% de los pacientes tenían una actitud medianamente favorable y el 14.3% de los pacientes tenían una actitud desfavorable.

Conclusiones: La mayoría de pacientes presentó un conocimiento alto y medio sobre la transmisión de la tuberculosis, además la mayoría de pacientes tenía un conocimiento medio y bajo sobre las medidas preventivas de la tuberculosis. Y Se observó que la mayoría de pacientes tenían una actitud favorable o medianamente favorable frente a su enfermedad. La principal fuente de información fue el profesional de la salud.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis; Multidrogorresistencia; TB MDR; Conocimiento y actitudes.

ABSTRACT

Objectives: To describe the source, the level of knowledge and attitudes about transmission and prevention of tuberculosis in patients with multidrug-resistant tuberculosis (MDR TB) treatment in the Hospital Alberto Sabogal Sologuren in 2010

Materials and methods: Cross-sectional observational study. We studied 77 patients diagnosed with MDR TB treatment in the Hospital Alberto Sabogal Sologuren during December 2010. The variables were grouped into three categories: 1. Overview 2. Knowledge about transmission and prevention measures about tuberculosis. 3. Attitudes towards the disease 4. Primary means of acquiring information and time of the acquisition of knowledge. We used a data collection sheet and a survey to gather the necessary information.

Results: The mean age was 41.74 ± 17.45 years, 55.8% and 44.2% were male and female respectively. 64.9% of patients obtained a good knowledge on tuberculosis transmission, 32.5% of the patients had an average knowledge and 2.6% of the patients had low

knowledge. 7.8% of patients obtained a good knowledge about preventive measures, 49.4% had average knowledge and 42.9% of patients had low knowledge. 46.8% of patients were classified with a favorable attitude to his illness, 39.0% of patients had a moderately favorable attitude and 14.3% of patients had an unfavorable attitude.

Conclusions: Most patients had high and medium knowledge about transmission of tuberculosis, most patients also had a medium and low knowledge on preventive measures of tuberculosis. And It was noted that most patients had a favorable or somewhat favorable cope with their disease. The main source of information was the health care professional.

KEY WORDS: Tuberculosis, multidrug resistance, MDR TB, knowledge and attitudes.

INTRODUCCION

La tuberculosis sigue siendo un problema actual sobre todo en países pobres, con una cifra elevada de morbilidad actual de 129 casos por cada 100 000 habitantes en el Perú. (01) Así en los últimos años surgieron estrategias sanitarias para su diagnóstico, tratamiento y control de la infección a nivel mundial y en el Perú, sin embargo en el año 2006 se dio otra alarma relacionada con la tuberculosis, refiriendo sobre una cepa de *Mycobacterium Tuberculosis* con resistencia a las principales drogas usadas para su tratamiento. (01) La tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR) es producida por aquella cepa de *Mycobacterium Tuberculosis* resistente a Rifampicina e Isoniacida, para el tratamiento de la mencionada se utilizaban las bases de la Norma técnica de Salud para el Control de la tuberculosis publicada en el año 2006, dando pautas para el diagnóstico con pruebas de sensibilidad a drogas, y un esquema estandarizado transitorio previo al tratamiento individualizado o hasta que se tenga a mano la prueba de sensibilidad, el esquema estandarizado, empírico e incluso el individualizado está compuesto por drogas de segunda línea en el tratamiento de la tuberculosis.(01)

1. Del Castillo H. Mendoza C. Saravia J. Somocurcio J. Análisis de la situación actual y propuesta de lineamientos técnicos para el control y prevención de la tuberculosis resistente en el Perú. Informe final del comité nacional de tuberculosis extremadamente resistente. Lima: 2008.

Cada año la tuberculosis infecta a más de 100 millones de personas. Aproximadamente 1.600 millones de personas de todo el mundo, niños y adultos, están infectados con la tuberculosis. De ellos, cada año enferman unos 8 millones de personas (12% de los cuales tienen además infección por el virus de VIH/SIDA). Cada enfermo infecta a otras 10-15 personas por año, en promedio tres cuartos de todos los enfermos son adultos jóvenes. El 95% de los casos se encuentra en los países de bajos y medianos ingresos (países en desarrollo). De ellos 2,5 millones fallecen cada año (14% de ellos serían personas con VIH/SIDA). Eso significa una vida cada 15 segundos. Globalmente hay un 3% de incremento de casos nuevos cada año. (02)

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DETERMINACION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La tuberculosis (TB) y sus principales formas resistentes, TB multidrogorresistente (TB MDR) y TB extremadamente resistente (TB XDR), esta última virtualmente incurable, constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes en el país y la primera causa de muerte por enfermedad infecciosa. (01) Además de tener una alta incidencia de enfermedad tuberculosa, el Perú es el país en América con la mayor carga de TB MDR y TB XDR. (01)

La magnitud alcanzada por la tuberculosis, la TB MDR y la TB XDR en el Perú, justifica que esta enfermedad sea declarada en emergencia sanitaria nacional. (01)

En 1990 Perú mejora el diagnóstico y tratamiento de casos nuevos de tuberculosis, pero fue inapropiado en tuberculosis drogorresistente. Ubicándonos entre los 10 países con mayor tasa de MDR a nivel mundial, con 15,7% de multidrogorresistencia en pacientes tratados previamente (secundaria) y 2,4% en pacientes nunca tratados (primaria). La pandemia del VIH contribuyó a este problema. (03)

Según el documento publicado el 2008, análisis de la situación actual y propuesta de lineamientos técnicos para el control y prevención de la tuberculosis resistente en el Perú, nos muestra que el 80% de casos TB MDR, proceden de Lima y Callao además de que constituye una ciudad con alto riesgo de contagio de formas resistentes de tuberculosis, esto se agrava por su deficiente sistema de transporte público. (01)

3. Amado P. Factores de riesgo para multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis sin VIH/SIDA en un hospital de Lima. Tesis para especialista en medicina interna. Lima: 2007. UNMSM.

Se han reportado además casos de TB XDR. El número de casos hasta mayo de 2008 fueron de 177 personas. El 91% de estos casos proceden de Lima y Callao. (01)

En el Hospital Alberto Sabogal Sologuren durante los últimos 5 años se ha reportado una disminución del número de casos de TB MDR y en el 2009 se han reportado 75 casos de TB MDR atendidos en el programa de Tuberculosis del Hospital Alberto Sabogal Sologuren.

Debido a la clara asociación entre pobreza y tuberculosis, la disminución de todas las formas de tuberculosis en el Perú, debe ser considerada como un indicador de la eficacia de las acciones de lucha contra la pobreza que el estado peruano se ha propuesto lograr. (01)

1.2. ANTECEDENTES

Como antecedentes a este trabajo tenemos el trabajo realizado por Jonny Laurente et al. (04), en 70 pacientes con diagnóstico de TB MDR en tratamiento durante el año 2009, pertenecientes a cinco centros de salud de la DISA V Lima-Ciudad, donde el 82.9% de los pacientes obtuvo un conocimiento adecuado sobre la transmisión de la tuberculosis, el 51.4% obtuvo un conocimiento adecuado sobre las medidas preventivas y el 60% fue catalogado con una actitud adecuada con respecto a su enfermedad.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la fuente de información, el nivel de conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) en tratamiento en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el año 2010?

4. Laurente J, et al. Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente. Rev.peru.epidemiol. 2010; 14(1) [p.7].

1.4. FINALIDAD

El estudio tiene por finalidad, Identificar la fuente de información y determinar el nivel de conocimiento y actitudes acerca de la TB que tienen los pacientes adultos con TB MDR, así de esta forma se pueda proporcionar información actualizada y relevante para plantear estrategias adecuadas con el fin de modificar y mejorar los conocimientos y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis que permitan a los pacientes tomar conciencia de la magnitud de su enfermedad.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El personal de salud no solo debe poseer los conocimientos necesarios para el manejo de la TB sino también debe conocer la información con la cuenta el paciente y su actitud frente a su enfermedad, para ser capaz de educar e interpretar lo que el paciente siente ante la enfermedad que está padeciendo especialmente en los pacientes con TB MDR ya que la persona al tener esta enfermedad, recibe tratamiento, y al fracasar con el

esquema indicado; y recibir un tratamiento más complejo, crea en la persona una serie de dudas y temores que pueden afectar seriamente su bienestar psicológico.

Por ello es de vital importancia que el personal de salud encargado de la atención de pacientes con TB MDR se encuentre capacitado en identificar oportunamente a través de la entrevista y observación las actitudes de los pacientes ante su proceso de enfermedad; para que de esta manera proponga la solución más adecuada, brinde el apoyo y consejería necesaria.

1.6. DEFINICION DEL PROBLEMA

Dado el gran número de pacientes con TB MDR en los últimos 5 años en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, además conociéndose que Lima y Callao son las ciudades que concentran la mayoría de casos de TB MDR a nivel nacional y ubicándose el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el Callao, es que se requiere saber cuál es la fuente de información y el nivel de conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de

la tuberculosis que poseen los pacientes adultos con tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren .

1.7. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.7.1. OBJETIVO GENERAL

Describir la fuente de información, el nivel de conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) en tratamiento en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el año 2010,

1.7.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Describir las características epidemiológicas de los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente.

- ✓ Describir el nivel de conocimiento acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente.

- ✓ Describir el nivel de actitudes frente a su enfermedad en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente

- ✓ Identificar la fuente principal de información y determinar el momento de la adquisición del conocimiento.

1.8. VARIABLES E INDICADORES

1.8.1. DETERMINACION DE VARIABLES

VARIABLES

- ✓ Nivel de conocimiento de la transmisión de tuberculosis.
- ✓ Nivel de conocimiento de las medidas preventivas para la tuberculosis.
- ✓ Actitud frente a la enfermedad por parte de los pacientes.
- ✓ Medio principal de adquisición de la información y momento principal de adquisición del conocimiento.
- ✓ Grado de instrucción
- ✓ Ocupación
- ✓ Procedencia
- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Estado civil

4.2 INDICADORES

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA | INDICADOR |
|--|---|---|------------------|---------|---|
| Conocimiento sobre transmisión de tuberculosis | Conjunto de ideas, conceptos, enunciados e información que se posee sobre la transmisión de tuberculosis que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos. | Información que tienen los pacientes con TB MDR sobre la transmisión de la tuberculosis. | Cualitativa | Ordinal | Conocimiento alto. Conocimiento medio. Conocimiento bajo. |
| Conocimiento de las medidas preventivas para la tuberculosis | Conjunto de ideas, conceptos, enunciados e información que se posee sobre las medidas preventivas para la tuberculosis que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos | Información que tienen los pacientes con TB MDR sobre las medidas preventivas para la tuberculosis | Cualitativa | Ordinal | Conocimiento alto. Conocimiento medio. Conocimiento bajo. |
| Actitud de los pacientes con TB MDR frente a su enfermedad. | La actitud representa la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona con TB MDR sobre su enfermedad. | Respuestas afectivas; cognitivas y conductuales positivas o negativas del paciente con TB MDR hacia su condición de multidrogorresistencia. | Cualitativa | Ordinal | Actitud Favorable. Actitud Medianamente favorable. Actitud Desfavorable |
| Medio de información de TB | Medio por el cual el paciente adquirió información sobre tuberculosis. | Medio por el cual el paciente con TB MDR adquirió información sobre tuberculosis. | Cualitativo | Nominal | Profesional de salud. Familiares. Medios de comunicación |
| Edad | Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació. | Tiempo en años que ha vivido un paciente con TB MDR a contar desde que nació. | Cuantitativa | Razón | Adolescente:15-19 Adulto: 20-59 años Adulto mayor: mayo de 60 años |
| Sexo | Características anatómicas, biológicas y fisiológicas que diferencian al hombre y a la mujer. | Características anatómicas, biológicas y fisiológicas que diferencian al hombre y a la mujer con TB MDR. | Cualitativa | Nominal | Masculino Femenino |
| Grado de instrucción | Grado más alto de estudios alcanzados. | El grado más alto de estudio que posea los pacientes con TB MDR | Cualitativa | Nominal | Primaria Secundaria Superior Otros |
| Ocupación | Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo | Actividad a la cual dedica en un determinado tiempo el paciente con TB MDR | Cualitativa | Nominal | Empleado Desempleado Independiente Estudiante Otros |
| Procedencia | Lugar, cosa o persona del que procede alguien o algo | Es el lugar de donde proviene el paciente con TB MDR | Cualitativa | Nominal | Callao, Comas, Los Olivos, S.M.P., Ventanilla, otros. |
| Estado civil | Calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles. | Calidad del paciente con TB MDR en orden a sus relaciones de familia. | Cualitativa | Nominal | Soltero Conviviente Casado Viudo Divorciado |

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. CONCEPTOS GENERALES Y DEFINICIONES

La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas más antiguas que afectan al ser humano causado por las bacterias que pertenecen al complejo *Mycobacterium tuberculosis*. Las micobacterias pertenecen a la familia *Mycobacteriaceae* y al orden *Actinomycetales*. De las especies patógenas que forman parte del complejo de *M. tuberculosis*, el agente más importante y frecuente de enfermedad en seres humanos es *M. tuberculosis*.

Mycobacterium tuberculosis es una bacteria aerobia fina, no esporógena, cilíndrica, que mide 0,5 por 3 μm . Las micobacterias, incluida la cepa mencionada, suelen no captar el colorante de Gram (son neutras). Sin embargo, una vez teñidos, los bacilos no pueden cambiar de color con el alcohol ni los ácidos, una propiedad que los caracteriza como bacilos acidorresistentes.(05)

5. American Thoracic Society, Centers for Disease Control and Prevention, Infectious Diseases Society of America. Controlling Tuberculosis in the United States. *Am J Respir Crit Care Med*, 2005; 1169-1227.

La transmisión se realiza casi siempre a través de la vía aérea, existen cavidades comunicadas con el exterior, que con esfuerzos para eliminar aire se generan pequeñas gotas de aerosoles en cuyo interior contienen 1 a 2 bacilos, al evaporarse quedan tan solo los núcleos y quedan flotando en el aire, pudiendo ser desplazados por las corrientes de aire, las partículas de 10um quedan retenidas en la barrera mucosa de las vías respiratorias superiores y son eliminadas por el sistema defensivo superciliar pero las de 1 a 5 um tienen la capacidad de llegar a los alvéolos y desencadenar la infección, los agentes infecciosos, toman como vehículos los núcleos de gotitas que son expelidas cuando una persona con TBC estornuda, toce, conversa, canta, algunos factores que determinan son concentración de bacilos en el esputo, presencia de cavidades en la radiografía previa, infección por TBC, frecuencia y duración de la exposición, ventilación. (05)

DEFINICIONES EN TUBERCULOSIS

- ✓ **Sintomático Respiratorio (S.R.):** Es toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días. (06)

- ✓ **S.R. Identificado (S.R.I):** Es la persona detectada e inscrita en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios. (06)

- ✓ **S.R. Examinado (S.R.Ex):** Es el S.R. al que se le realiza uno o más baciloscopías de esputo. (06)

DEFINICIÓN DE CASO

Caso de tuberculosis, es toda persona a la que se diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica y a quien se decide indicar y administrar un tratamiento antituberculoso. Desde el punto de vista epidemiológico, adquieren especial prioridad los enfermos con TB pulmonar frotis positivo por constituir la principal fuente de transmisión. (06)

6. Ministerio de Salud. Actualización en la atención de pacientes con Tuberculosis MDR, norma técnica. Lima: 2005. Ministerio de Salud.

Caso de tuberculosis pulmonar con frotis positivo (TBP-FP)

Es el caso de TB Pulmonar, que tienen confirmación a través del frotis directo positivo. (06)

Caso de tuberculosis pulmonar cultivo positivo (TBP-CP)

Es el caso de TB Pulmonar, en que luego del seguimiento diagnóstico se ha demostrado la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo, teniendo baciloscopías negativas. Su diagnóstico es responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud. (06)

Caso de tuberculosis pulmonar con BK (-) y cultivo (-)

Es el caso de TB Pulmonar, al que se le ha realizado el procedimiento de seguimiento diagnóstico presentando bacteriología negativa y a quien se decide iniciar tratamiento antituberculoso por otros criterios (clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico).

Su diagnóstico es responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud. (06)

Caso de Tuberculosis Extra Pulmonar

Es el caso a quien se diagnostica tuberculosis en otro(s) órgano(s) que no sean los pulmones. Las formas extrapulmonares más frecuentes en el país son la pleural, ganglionar e intestinal. (06)

Caso Índice:

La persona que cumple con las condiciones de caso de tuberculosis recibe el nombre de caso índice. (06)

Contacto:

Se denominan contactos las personas que comparten temporalmente con un caso índice un espacio en común, cualquiera sean las características de la enfermedad: localización (pulmonar o extrapulmonar) y categoría diagnóstica (confirmada o no confirmada bacteriológicamente). (06)

Foco Tuberculoso:

El conjunto de individuos integrado por el caso índice y sus contactos recibe el nombre de foco tuberculoso.

TBC MDR: Es un caso (tuberculosis usualmente pulmonar) que eliminan bacilos resistentes a drogas antituberculosas del núcleo básico de primera línea (RIFAMPICINA E ISONIACIDA), en pacientes que no han recibido tratamiento previo con drogas antituberculosas, se denomina resistencia primaria, y en aquellos que recibieron algún tipo de tratamiento se denomina resistencia adquirida.(07)

TB XDR: La organización mundial de la salud, la describe como una forma severa de la enfermedad resistente a drogas antituberculosas del núcleo básico (RIFAMPICINA E ISONIACIDA), más la resistencia a cualquiera de las fluorquinolonas, más la resistencia a uno de los tres inyectables usados para el tratamiento anti TBC (CAPREOMICINA, KANAMICINA, AMIKACINA). (08)

7. World Health Organization. Guidelines for the Management of Drug-Resistant tuberculosis, Global tuberculosis Programme. 1997; WHO/TB/96.210.

8. Battista G, D Arcy M, Sotgiu G, Lange C, Drug resistant Tuberculosis in the west, Europe and Unitedn States: Epidemiology, Surveillance, and control. ClinChestMed 30 (2009) 637-665. 78

DIAGNÓSTICO DE CASO

La herramienta fundamental para el diagnóstico de caso de Tuberculosis es la bacteriología (Baciloscopía y Cultivo) por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo. En aquellas situaciones donde los estudios bacteriológicos no sean concluyentes será necesario realizar el seguimiento diagnóstico de acuerdo a la organización de la red de servicios de salud, utilizando otros criterios tales como: Clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico. (09)

Toda persona con diagnóstico de Tuberculosis previa consejería y aceptación se deberá realizar la prueba de diagnóstico para VIH. (09)

Todo material biológico obtenido (líquidos o biopsia), existiendo sospecha de tuberculosis, deberá ser enviado a laboratorio, garantizando el envío de 02 muestras. El líquido obtenido se remitirá para estudio bacteriológico (baciloscopía y cultivo).

Con la Biopsia obtenida enviar una muestra conservada en suero fisiológico, para el estudio bacteriológico (Bk directo y cultivo) y la segunda muestra, conservada en formol, para estudio anatomopatológico.

La presencia de granuloma de tipo "específico" (caseoso) en tejidos a la microscopía óptica, da el diagnóstico anatomopatológico presuntivo de tuberculosis. Su diagnóstico es responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud. Se considera como médico tratante al médico cirujano encargado de la atención de la persona con tuberculosis en el establecimiento de salud. En las personas con tuberculosis extrapulmonar que son sintomáticos respiratorios, solicitar además baciloscopía y cultivo de esputo, para descartar Tuberculosis Pulmonar.

Los casos de TB Pulmonar Frotis Positivo más TB extrapulmonar, serán notificados como TB Pulmonar en el informe operacional. (09)

MECANISMOS MOLECULARES DE RESISTENCIA.

Las cavidades usualmente contienen 10^7 a 10^9 bacilos, la resistencia a Isoniacida ocurre en 1 de 10^6 y la de Rifampicina ocurre en una proporción de 1 de 10^8 y la proporción de mutación espontánea de ambas drogas, es de 1 de 10^{14} , tomando en cuenta la cantidad de bacilos encontrados en una persona con TBC con extensas cavidades, la probabilidad de resistencia a ambas drogas es muy remota, la resistencia a Rifampicina es causada por una mutación en la subunidad B ARN polymerasa, la cual es codificada por el gen RPOB, el cual es llamada la región determinante en la resistencia a Rifampicina, la resistencia a Isoniacida es más complicado y ocurre en varios genes. (10)

Las causas potenciales de resistencia en la mayoría de estudios revisados el tratamiento anti TBC está relacionado con la TB MDR con tratamiento incompleto o inadecuado. El inicio de una sola droga o la adición de una única droga al régimen fallido. O la falla al identificar resistencia previa o el inicio de un régimen inadecuado y la no adherencia al tratamiento. La virulencia del bacilo. (10)

10. Sharma SK, Mohan A. Multidrug-Resistant Tuberculosis. A Menace That Threatens To Destabilize Tuberculosis Control, Chest 2006; 130: 261-272.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

a) La vacuna BCG.- La Vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guerin) es la vacuna viva y atenuada, obtenida originalmente a partir del *Mycobacterium bovis*. Su aplicación tiene como objetivo la respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosis postinfección primaria. (10)

b) Control de Contactos.- Se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis. La actividad de control tiene como objetivo detectar casos de tuberculosis entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar. (10)

c) Quimioprofilaxis.- Es la administración de Isoniacida a los pacientes de contactos TBC frotis positivo menores de 19 años y a pacientes con VIH sin evidencia de TB. Su objetivo específico es prevenir y/o disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad. (10)

d) Educación para la salud.- Es un proceso de diálogo información- reflexión-acción dirigido al enfermo, su familia y a la población en general, orientado a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de la infección a la comunidad.

Su objetivo es lograr que la población conozca las formas de protegerse y que actúe en concordancia con ellas. (10)

El contenido de la educación se vincula a la importancia y necesidad de contribuir a:

- ✓ Que los sintomáticos respiratorios identificados sean examinados por baciloscopía.
- ✓ Que los enfermos reciban tratamiento completo, supervisado y evitar que lo abandone.
- ✓ Que los contactos sean examinados por el personal de salud.
- ✓ Que los contactos menores de 19 años de enfermos con TB MDR, reciban tratamiento.

e) Cuidados en el hogar que se brinda al paciente con TB MDR.- Para que sea efectiva la recuperación del paciente enfermo es necesario la educación en salud que debe estar basada en el entendimiento exacto del conocimiento prevalente en la familia mediante el cual debe incluir los siguientes cuidados en su hogar: (10)

✓ **Descanso.-** Los enfermos con tuberculosis pulmonar presentan disnea al esfuerzo, incrementa la frecuencia respiratoria; por tal motivo los periodos de descanso entre las actividades incrementa la tolerancia a la actividad y mejora la disnea. (10)

✓ **Alimentación.-** La nutrición en los enfermos con tuberculosis se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado. La tos y las respiraciones profundas incrementan la demanda de energía. En su mayoría los pacientes están desnutridos al inicio de su enfermedad. Es por ello que es necesario que los pacientes cubran sus necesidades básicas a través de la ingestión de proteínas y calorías. (10)

✓ **Medidas de Saneamiento.-** Cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhala un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser o expectorar. Entre algunas medidas importantes para los enfermos tenemos: Cubrirse la boca y nariz con papel higiénico al toser o estornudar. Lavarse las manos con agua y jabón, limpiar los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante y ventilar el cuarto donde duerme el enfermo; abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, lo cual destruye al *Mycobacterium tuberculosis*. (10)

Lo recomendado por los médicos en forma continua es que luego de toser o estornudar se debe desechar el papel higiénico en un recipiente descartable.

2.2. TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE (TB MDR)

La TB MDR se transmite de la misma forma que la forma sensible a los medicamentos. Los brotes iniciales de TB MDR corroboran que no es más contagiosa que la TB sensible a los medicamentos. Entre los contactos de personas con TB MDR, las tasas de infección parecen ser similares a los contactos de personas con TB sensible a medicamentos. Sin embargo, debido a que pueden tener una respuesta deficiente al tratamiento y a que los medicamentos de segunda línea no son tan eficaces, las personas con enfermedad TB MDR son, a menudo, contagiosas por más tiempo. (11)

Normalmente la TB extrapulmonar no es contagiosa. Muchas veces la TB pulmonar y TB extrapulmonar afectan a una persona al mismo tiempo.

11. Ministerio de salud. Manejo de la tuberculosis. Capacitación para el personal del establecimiento de salud. Lima: 2005. Ministerio de Salud

Las personas en riesgo de TB MDR son aquellas quienes han sido expuestas a contacto con algún paciente con TB MDR activa, especialmente los inmunodeprimidos, los pacientes quienes no han tomado su medicina en forma regular o inadecuada; o pacientes que han sido tratados previamente de TBC o pacientes provenientes de áreas con alta incidencia de TB MDR. (11)

La TB MDR es más difícil de tratar; y el éxito del tratamiento depende de la rápida identificación del caso y adecuado tratamiento; teniendo en cuenta que las drogas de segunda línea en caso de TB MDR son menos efectivas. Los test determinan la resistencia en particular de un cultivo a varias drogas. Durante esta demora el paciente puede estar siendo tratado en forma inadecuada.

El tratamiento para TB MDR comprende un esquema de tratamiento de muchos meses o años; siendo el porcentaje de cura, en el mejor de los casos, para TBC no drogo resistente en un 90% y para TB MDR 50% o menos. (11)

Los problemas en el tratamiento de TB MDR son que los medicamentos usados son más fuertes, producen reacciones adversas difíciles de tolerar, se administran durante largos períodos de tiempo, la supervisión del tratamiento y los efectos colaterales requieren de condiciones del propio establecimiento de salud y del paciente en cuanto a relaciones personales y sociales, así como contar con laboratorios confiables. (11)

La Isoniacida es la mejor droga bactericida y la Rifampicina es la mejor droga esterilizante, la pérdida de sensibilidad a estas dos drogas hace que el tratamiento se extienda por muchos más tiempo e incluso sea más toxico por los efectos adversos de las drogas de segunda línea. (12)

Dentro de las estrategias de tratamiento de TB MDR se debe tener en cuenta las pautas de tratamiento individualizado según la sensibilidad de los cultivos obtenidos. Luego de un tratamiento empírico inicial debe ser seguido de uno definitivo una vez que se conozca los resultados finales de la sensibilidad de los fármacos, mínimo cuatro drogas (hasta 8) a las cuales las cepas aisladas del paciente son sensibles, dosis recomendadas altas, duración de 18 a 24 meses. (06)

12. Ormerod LP, Multidrug-resistant tuberculosis epidemiology, prevention and treatment, British Medical Bulletin 2005; 73-74:17-24.

TRATAMIENTO DE LA TB MDR

Según la norma técnica dada por el MINSA la mejor opción de manejo para la TB MDR es el retratamiento individualizado, pero las personas con TBC no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento. (06)

a) ESQUEMA DE RETRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO PARA TB MDR

Esquema aprobado por el Comité de Evaluación de Retratamiento Intermedio (CERI) en base a los resultados de la prueba de sensibilidad; deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del CERI y/o Comité de Evaluación de Retratamiento Nacional (CERN) para su decisión final. Tiene una duración aproximada de 24 meses. Está indicado en:

Personas con tuberculosis que cuenten con resultados de pruebas de sensibilidad para fármacos antituberculosos de primera y/o segunda línea del

Instituto Nacional de Salud (INS) o de laboratorios acreditados por el INS para este fin. (06)

b) ESQUEMA DE RETRATAMIENTO EMPÍRICO PARA TB MDR

Es un esquema de tratamiento transitorio, que la persona con TBC recibirá hasta que cuente con una prueba de sensibilidad. Dicho esquema deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del CERI y/o CERN para su decisión final. (06)

Todo paciente con indicación de retratamiento empírico para TB MDR debe ser evaluado directamente por el Médico Consultor Intermedio quien remitirá el caso al CERI del ámbito de la jurisdicción correspondiente. Asimismo, se debe asegurar el envío de dos muestras para cultivo y prueba de sensibilidad, previo al inicio del

retratamiento. Para la elaboración de dicho esquema se tendrá en consideración lo siguiente:

- ✓ Iniciar el tratamiento sin disponer de los resultados de la prueba de sensibilidad del paciente
- ✓ El antecedente de fármacos previamente recibidos.
- ✓ La prueba de sensibilidad del caso índice (TB MDR documentado)
- ✓ El esquema de retratamiento recibido por el caso índice.
- ✓ El patrón de resistencia local (áreas de alto riesgo) o regional.

Indicado en:

- ✓ Pacientes Nunca antes Tratados o Anteriormente Tratados contacto de TB MDR documentado.
- ✓ Fracaso a Retratamiento estandarizado, que no cuenta con resultados de pruebas de sensibilidad. Esta es una situación excepcional, recordar que el esquema estandarizado es un esquema transitorio y debe agotarse todos los medios de contar con una

prueba de sensibilidad y diseñar un esquema individualizado.

- ✓ Abandono recuperado de retratamiento estandarizado que no cuenta con resultados de prueba de sensibilidad.
- ✓ Persona con tuberculosis con antecedente de haber recibido drogas de segunda línea por enfermedad TBC y que no cuenta con resultados de prueba de sensibilidad.
- ✓ Persona con enfermedad activa TBC y contacto de un caso índice que recibió o recibe retratamiento para TB MDR (el caso índice no cuenta con prueba de sensibilidad).

El esquema de retratamiento empírico debe ser reajustado de acuerdo al resultado de la prueba de sensibilidad con lo que se diseñará un esquema individualizado, previa presentación al CERI y/o CERN.

(06)

c) ESQUEMA DE RETRATAMIENTO ESTANDARIZADO PARA TB MDR

Es un esquema de tratamiento transitorio, normalizado, que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una prueba de sensibilidad.

Toda persona con tuberculosis con indicación de retratamiento estandarizado para TB MDR debe ser evaluado directamente por el Médico Consultor Intermedio quien remitirá el caso al CERI del ámbito de la DISA correspondiente. Asimismo, se debe asegurar el envío de dos muestras para cultivo y prueba de Sensibilidad, previo al inicio del retratamiento. (06)

El presente esquema incluye las siguientes drogas: Etambutol, Pirazinamida, Kanamicina, Ciprofloxacino. Ethionamida, Cicloserina, PAS.

Los aminoglicósidos pueden aplicarse en forma diaria durante 2-4 meses y luego de manera intermitente (2-3 veces por semana), hasta tener por lo menos el resultado de 6 cultivos mensuales negativos consecutivos u ocho meses

de tratamiento cronológico, a partir de la conversión.

Indicaciones:

Persona con diagnóstico de TBC activa y antecedente de dos tratamientos previos y que no cuenta con prueba de sensibilidad al momento de decidir la terapia. (06)

2.3. GENERALIDADES SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

Conocimiento

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte originando cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a las situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas: La informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información; la formal, viene a ser aquella que se imparte en las escuelas que se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Bertrand plantea que el conocimiento es el “conjunto de información que posee el hombre como producto de su experiencia, de los que ha sido capaz de inferir a partir de estos”.

(13)

Para M. Bunge el conocimiento es un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico, que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia”.(14)

13. Beltrán J. et al. *Psicología de la educación*. Madrid: Eudema (Ediciones de la Universidad Complutense de Madrid), 1995.p.35

14. Bunge M. “La Ciencia su Método y su Filosofía”. Ed. Inca Garcilazo de la Vega. 2002. p.10.

Conocimiento sobre Tuberculosis:

Conjunto de ideas, conceptos, enunciados e información que posee el paciente sobre tuberculosis que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos.

Generalidades sobre las actitudes

Al afrontar las diversas situaciones sociales que se presentan en la vida diaria, el ser humano desarrolla un conjunto de acciones y exhibe manifestaciones en su comportamiento de un rango muy amplio. En el marco de esta situación se evidencian frecuentemente ya sea directa e indirectamente las actitudes que el sujeto posee. (15)

A pesar de la gran variedad de definiciones que existen sobre las actitudes casi todas expresan en forma más o menos explícita que una actitud supone una predisposición de las persona para reaccionar frente a los objetos sociales del ambiente. Esta predisposición puede orientar y dirigir en parte su comportamiento. (15)

15. Whitaker James O. Psicología. 4ta Ed., Edit. Interamericana. México. 1990

Según Thurstone (1959), el concepto de actitud representa la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona sobre un tema específico. Según Krench y Crutchfield (1962), las actitudes son las creencias, sentimientos y tendencias hacia la acción de una persona respecto a los objetos, personas o ideas. (15)

Actitud de los pacientes con TB MDR frente a su enfermedad:

La actitud representa la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona con TB MDR sobre su enfermedad.

Asimismo las actitudes son reacciones afectivas positivas o negativas hacia un objeto o proposición abstracto o concreto designable en nuestro caso frente a su condición de TB MDR. La actitud de los pacientes según su disposición es la capacidad que tiene la persona para reaccionar ante un estímulo pudiendo aceptarlo como rechazarlo y hasta mostrar un grado de indiferencia. Los cambios en la vida personal y en la dinámica familiar del enfermo, como producto de la Tuberculosis son

sumamente importantes; más aún en la multidrogorresistente donde debido a la enfermedad y tratamiento hay cambios en su vida cotidiana. Y obliga a la persona a encarar la disyuntiva entre seguir el tratamiento o trabajar, estudiar, etc.

Los pacientes pueden mostrar una actitud favorable cuando poseen una actitud positiva frente a su enfermedad, aceptando su enfermedad y cumpliendo con su tratamiento. También pueden mostrar una actitud medianamente favorable o de indiferencia frente a su enfermedad o pueden mostrar una actitud negativa frente a su enfermedad, no aceptando su enfermedad o rechazando su tratamiento.

CAPITULO III

MATERIAL Y METODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se trata de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, llevado a cabo en pacientes del Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el año 2010.

Población: Pacientes atendidos en el programa de Tuberculosis del Hospital Alberto Sabogal Sologuren los cuales se encuentran en tratamiento en el año 2010.

3.2. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

La población de estudio está conformada por pacientes con diagnóstico de TB MDR, en tratamiento durante Diciembre del año 2010, pertenecientes al Hospital Alberto Sabogal Sologuren, los cuales deberán de cumplir los siguientes requisitos:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Pacientes en tratamiento con diagnóstico de tuberculosis multidrogorresistente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Pacientes con problemas de conducta, desadaptación social y/o consumo de sustancias psicoactivas que no colaboren durante el proceso de la encuesta o no precisen adecuadamente los datos correspondientes a las variables de estudio o estos sean inconsistentes.

3.3 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para recolectar los datos se elaborara una encuesta estructurada y la revisión de las fichas de control y seguimiento de pacientes del Programa de control de la tuberculosis de los pacientes con diagnóstico de TB MDR en tratamiento en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren. Una vez que se obtenga los datos de la

encuesta, con el nombre completo y número de historia clínica se comprobara los datos con el registro de estadísticas del Hospital Alberto Sabogal Sologuren.

La encuesta estuvo compuesta por 33 preguntas agrupadas en 5 secciones:

En la primera sección (6 preguntas) se consignaron los datos generales del paciente, en la segunda sección se encuestó sobre los conocimientos sobre la transmisión de la tuberculosis (7 preguntas), en la tercera sección se encuestó sobre los conocimientos para la prevención de la tuberculosis (8 preguntas), en la cuarta sección consiste en una serie de preguntas que buscaron evaluar las actitudes de los pacientes con TB MDR frente a su enfermedad para ello se utilizó una encuesta como la escala Likert modificada ya que permite obtener los datos a través de preguntas a los miembros de la población en estudio. La escala de Likert consta de 10 ítems en relación a las dimensiones para la variable de investigación cada uno de ellos teniendo enunciados positivos y negativos. El instrumento presenta 5

alternativas de solución dándole un valor de 5, 4, 3, 2, 1 a las posibilidades: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, desacuerdo, totalmente desacuerdo dependiendo del tipo de afirmaciones ya sea positiva o negativa.

La última sección (2 preguntas) busco información sobre el medio principal de información del paciente y el tiempo en el que adquirió los conocimientos.

El sistema de calificación se realizó de la siguiente manera:

- ✓ El conocimiento sobre la transmisión de la tuberculosis se consideró conocimiento alto si el paciente respondía correctamente 6 o más preguntas del total de 7, conocimiento medio si el paciente respondía 4 o 5 preguntas y conocimiento bajo si el paciente respondía 3 o menos preguntas

- ✓ El conocimiento para la prevención de la tuberculosis se consideró conocimiento alto si el paciente respondía correctamente 7 o más preguntas del total de 8,

conocimiento medio si el paciente respondía 5 o 6 preguntas y conocimiento bajo si el paciente respondía 4 o menos preguntas

- ✓ Las actitudes de los pacientes con TB MDR frente a su enfermedad se considero actitud favorable si se obtenía un puntaje mayor a 40 puntos en la escala de Likert, actitud medianamente favorable si se obtenía un puntaje entre 35 y 40 puntos en la escala de Likert y actitud desfavorable si se obtenía un puntaje menor a 35 puntos.

Se validó la encuesta utilizando el método de revisión por expertos previo y posterior a la aplicación de la prueba piloto. La encuesta se validó en noviembre del 2010 en pacientes atendidos en el programa de Tuberculosis del Hospital Alberto Sabogal Sologuren

Entre los revisores se incluyeron un médico neumólogo, un médico infectólogo, un médico epidemiólogo, un médico salubrista y un médico consultor de la ESN-PCT.

3.4. PROCESAMIENTO ESTADISTICO

El análisis estadístico tendrá una primera etapa descriptiva, para luego realizar la prueba de Student para la comparación de medias y la prueba Chi-cuadrado (o exacta de Fischer) en el análisis de las variables cualitativas que así lo requerirán. En todos los casos se considerará como significativo un valor $p < 0.05$.

El procesamiento y análisis de datos se realizarán en los programas estadísticos Microsoft Excel 2010 para Windows y SPSS versión 18.

CAPITULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 1

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON TB
MDR EN TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL
SOLOGUREN EN EL AÑO 2010**

| GRUPOS ETARIOS | SEXO | | | | TOTAL | | P |
|--------------------------------------|----------------|-------|----------------|-------|-------------|-------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | N | % | |
| | N | % | N | % | | | |
| ADOLESCENTE (15-19 AÑOS) | 3 | 3.9% | 3 | 3.9% | 6 | 7.8% | |
| ADULTO (20-59 AÑOS) | 33 | 42.9% | 26 | 33.8% | 59 | 76.6% | |
| ADULTO MAYOR (60 A MÁS AÑOS) | 7 | 9.1% | 5 | 6.5% | 12 | 15.6% | 0,945 |
| TOTAL | 43 | 55,8% | 34 | 44.2% | 77 | 100% | |
| PROMEDIO Y DE | 42,67 ± 18,131 | | 40,56 ± 16,743 | | 41.74±17.45 | | |

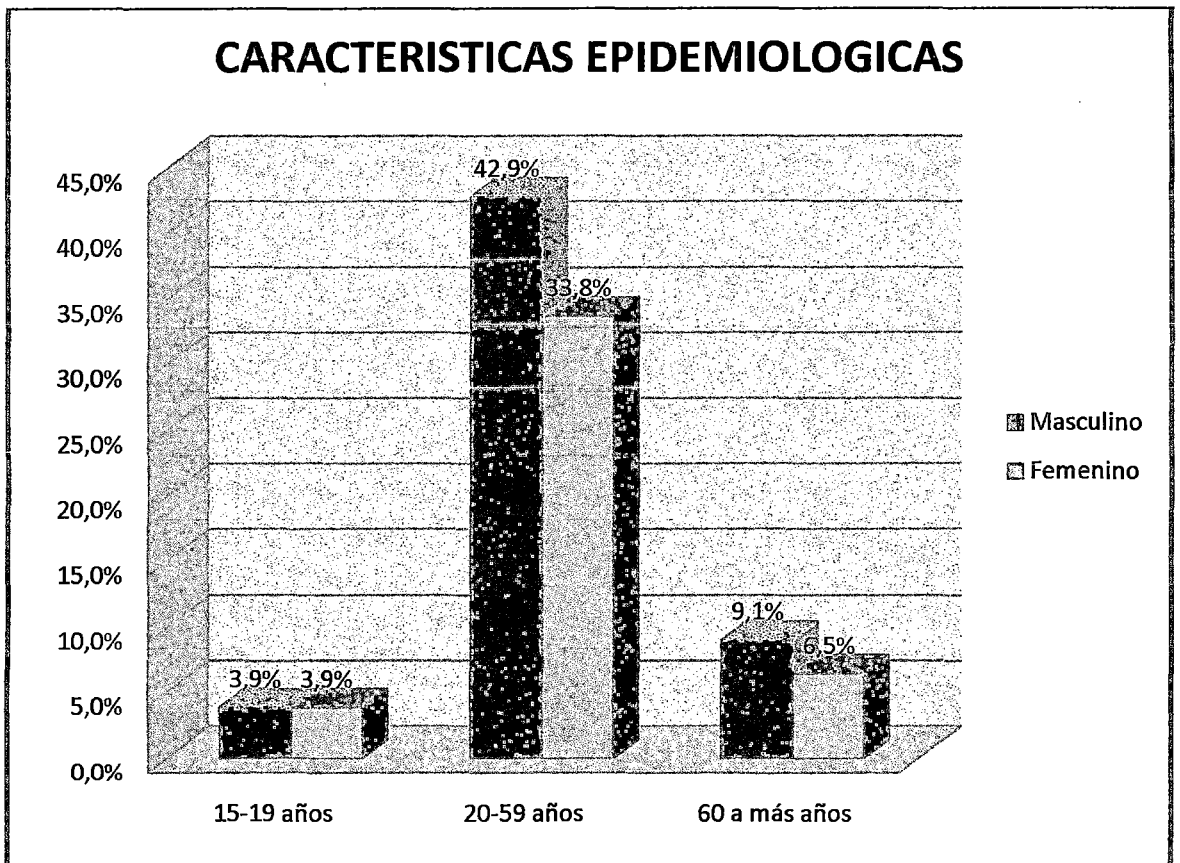
FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

En la Tabla 1, la media de la edad fue de 41.74±17.45 años. La máxima edad observada fue de 84 años, y la persona más joven tuvo 15 años. La distribución de la población por grupos de edad fue la siguiente: De un total de 77 (100%) pacientes; 59 (76.6%) tienen de 20 a 59 años; 12 (15.6%) de 60 a más; 6 (7.8%) de 15 a 19 años.

La media en el sexo femenino fue de 40.56 ± 16.74 años, mientras que en el sexo masculino fue de 42.67 ± 18.13 años, no encontrando diferencia significativa ($p=0.601$). De los 77 pacientes encuestados, 43 fueron hombres y 34 mujeres, equivalentes al 55.8% y 44.2% respectivamente.

GRAFICO N° 1

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON TB MDR EN TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN EN EL AÑO 2010



FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

TABLA N° 2

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TB MDR EN TRATAMIENTO
EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN EN EL AÑO 2010**

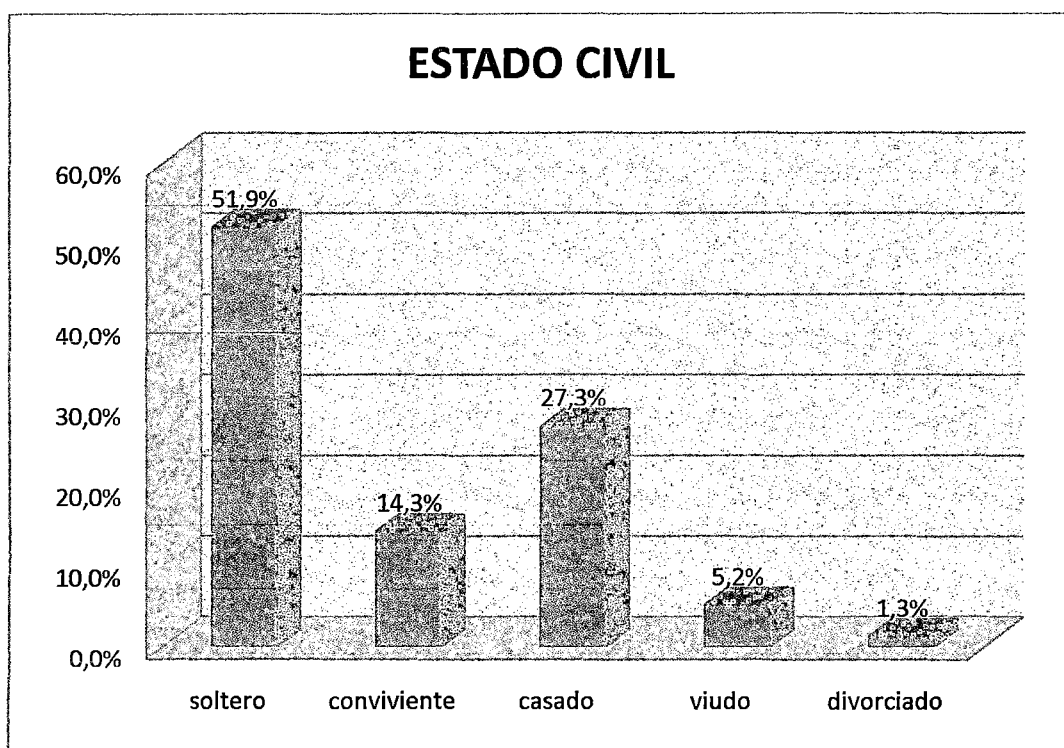
| | ESTADO CIVIL | |
|--------------------|--------------|-------|
| | N | % |
| SOLTERO | 40 | 51,9% |
| CONVIVIENTE | 11 | 14,3% |
| CASADO | 21 | 27,3% |
| VIUDO | 4 | 5,2% |
| DIVORCIADO | 1 | 1,3% |
| TOTAL | 77 | 100% |

FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

La frecuencia de pacientes distribuidos por estado civil fue: 40 (51.9%) fueron solteros, 11 (14.3%) convivientes, 21 (27.3%) casados, 4 (5.2%) fueron viudos y solo una persona fue divorciada (1.3%).

GRAFICO N° 2

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TB MDR EN TRATAMIENTO
EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN EN EL AÑO 2010



FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes
atendidos en el HASS.

TABLA N° 3

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON TB MDR EN
TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
EN EL AÑO 2010**

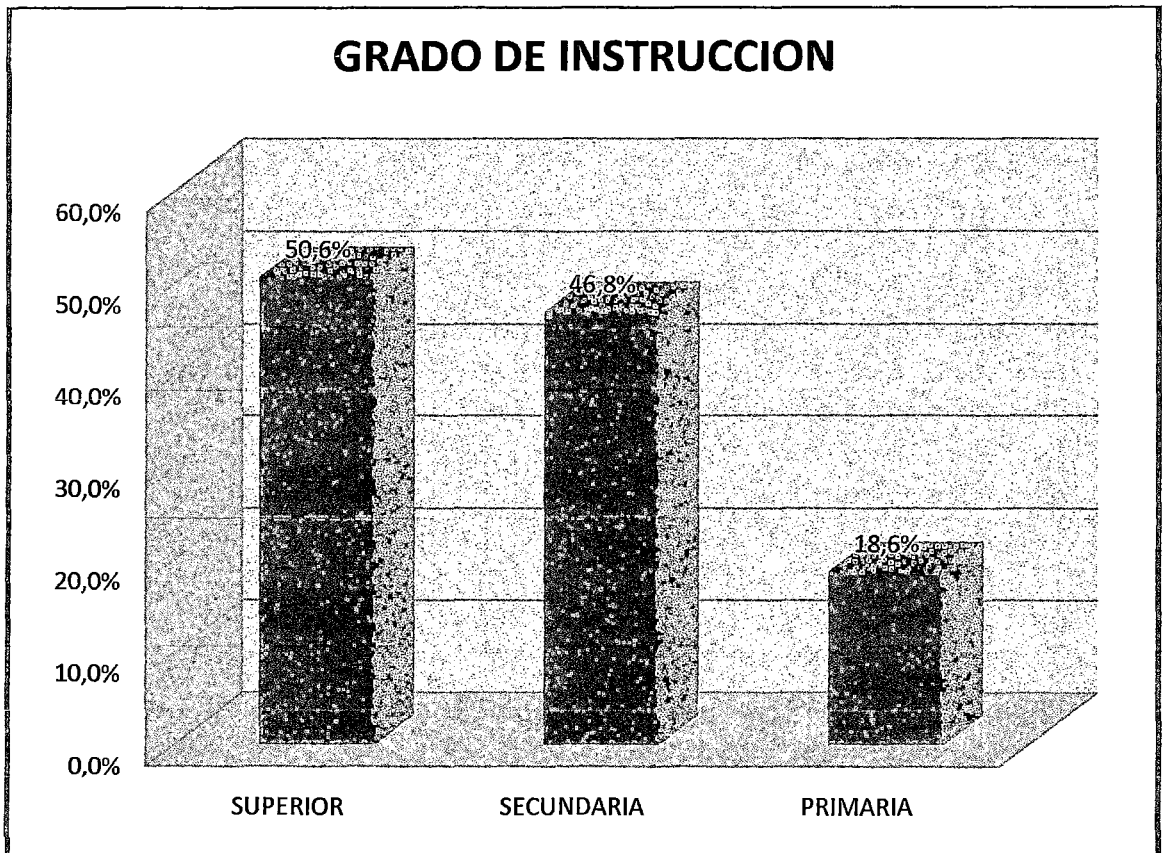
| | GRADO DE INSTRUCCION | |
|-------------------|----------------------|-------|
| | N | % |
| SUPERIOR | 39 | 50.6% |
| SECUNDARIA | 36 | 46.8% |
| PRIMARIA | 2 | 18.6% |
| TOTAL | 77 | 100% |

FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

Respecto al grado de instrucción, 39 (50.6%) pacientes afirmaron haber cursado estudios superiores, 36 (46.8%) estudios secundarios de forma completa o incompleta y solo 2 (18.6%) pacientes manifestaron haber alcanzado solamente algún tipo de educación primaria básica.

GRAFICO N° 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON TB MDR EN
TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
EN EL AÑO 2010



FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes
atendidos en el HASS.

TABLA N° 4

**OCUPACION DE LOS PACIENTES CON TB MDR EN TRATAMIENTO
EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN EN EL AÑO 2010**

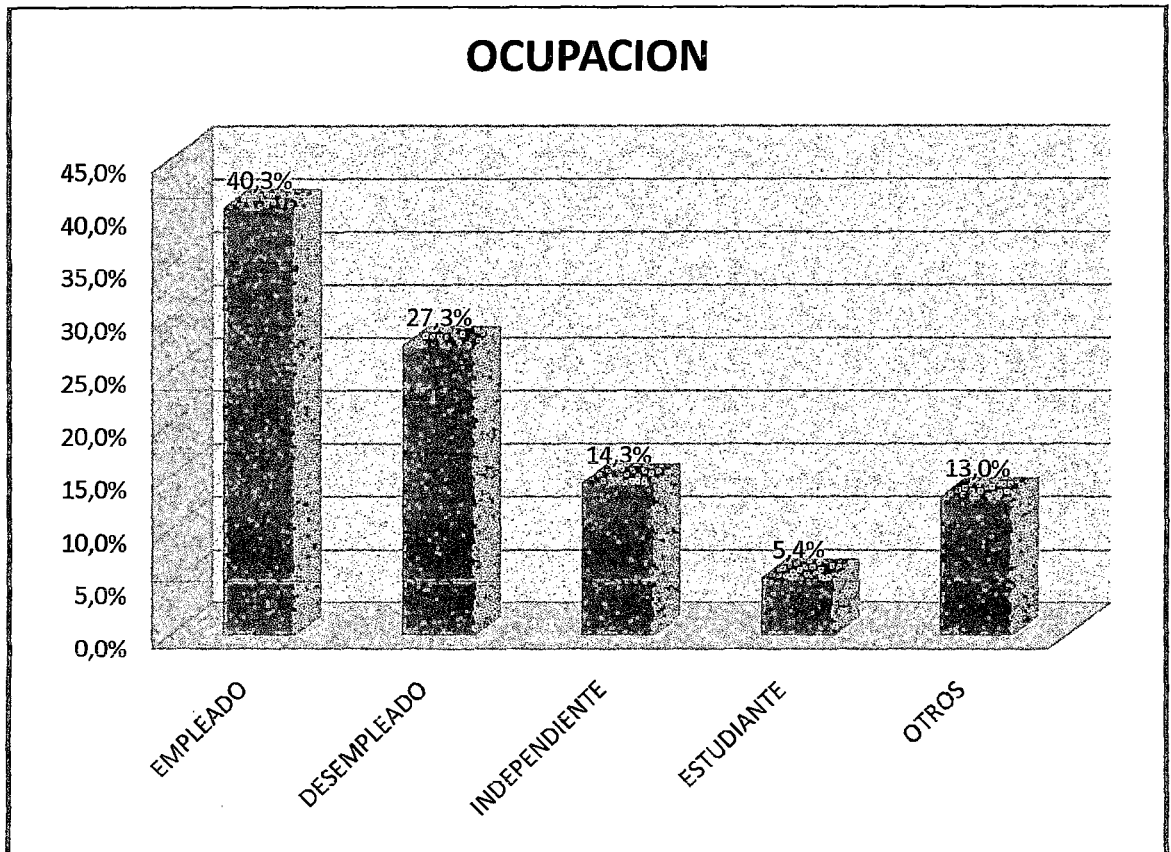
| | OCUPACION | |
|----------------------|-----------|-------|
| | N | % |
| EMPLEADO | 31 | 40.3% |
| DESEMPLEADO | 21 | 27.3% |
| INDEPENDIENTE | 11 | 14.3% |
| ESTUDIANTE | 4 | 5.4% |
| OTROS | 10 | 13.0% |
| TOTAL | 77 | 100% |

FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

Con respecto a la ocupación, 31 (40.3%) se encontraban en la situación de empleo, 21 (27.3%) en situación de desempleo, 11 (14.3%) manifestaron trabajar de manera independiente en diversos oficios, 4 (5.4%) eran estudiantes y 10 (13%) se catalogó como otros entre los que se incluyeron a los jubilados.

GRAFICO N° 4

OCUPACION DE LOS PACIENTES CON TB MDR EN TRATAMIENTO
EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN EN EL AÑO 2010



FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes
atendidos en el HASS.

TABLA N° 5

**LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON TB MDR EN
TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
EN EL AÑO 2010.**

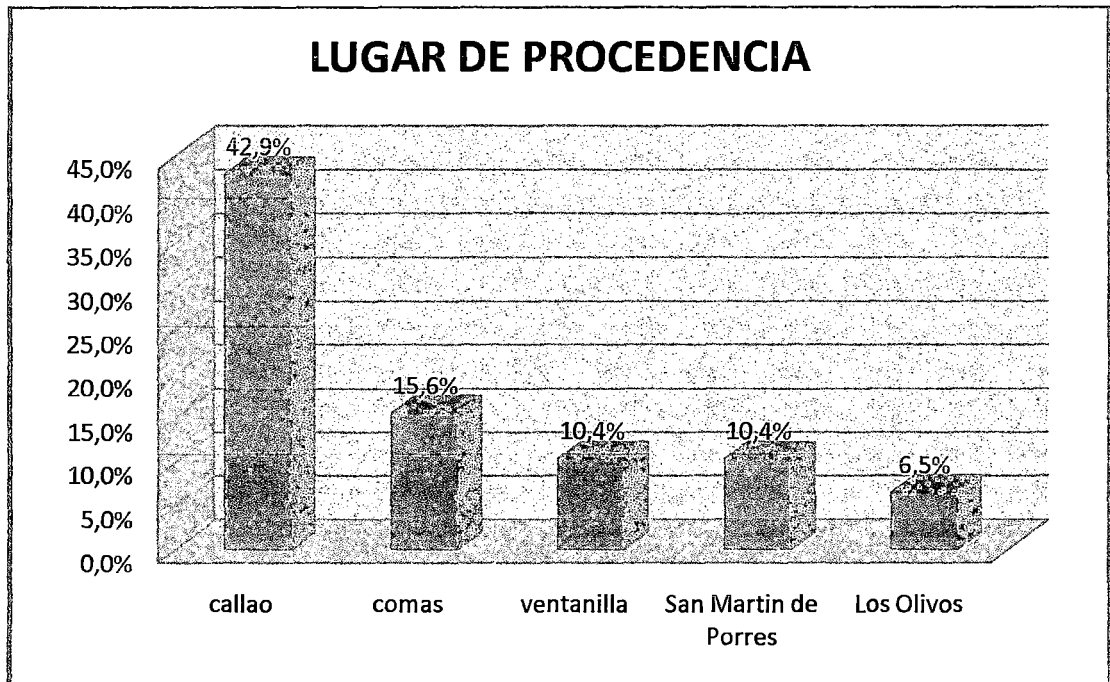
| | LUGAR DE PROCEDENCIA | |
|-----------------------------|----------------------|-------|
| | N | % |
| CALLAO | 33 | 42,9% |
| COMAS | 12 | 15,6% |
| VENTANILLA | 8 | 10,4% |
| SAN MARTIN DE PORRES | 8 | 10,4% |
| LOS OLIVOS | 5 | 6,5% |
| OTROS | 11 | 14,3% |
| TOTAL | 77 | 100% |

FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

En la presenta tabla, la Procedencia de la población fue la siguiente: De un total de 77 (100%) pacientes, 33 (42.9%) procedían del Callao; 12 (15.6%) procedían de Comas; 8 (10,4%) procedían de Ventanilla; 8 (10,4%) procedían de San Martin de Porres; 5 (6.5%) procedían de Los Olivos y 11 (14,3%) pacientes procedían de otros distritos pertenecientes a la RED ASISTENCIAL SABOGAL.

GRAFICO N° 5

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON TB MDR EN
TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
EN EL AÑO 2010



FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes
atendidos en el HASS.

TABLA N° 6

**CENTRO MEDICO DE ORIGEN DE LOS PACIENTES CON TB MDR EN
TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
EN EL AÑO 2010**

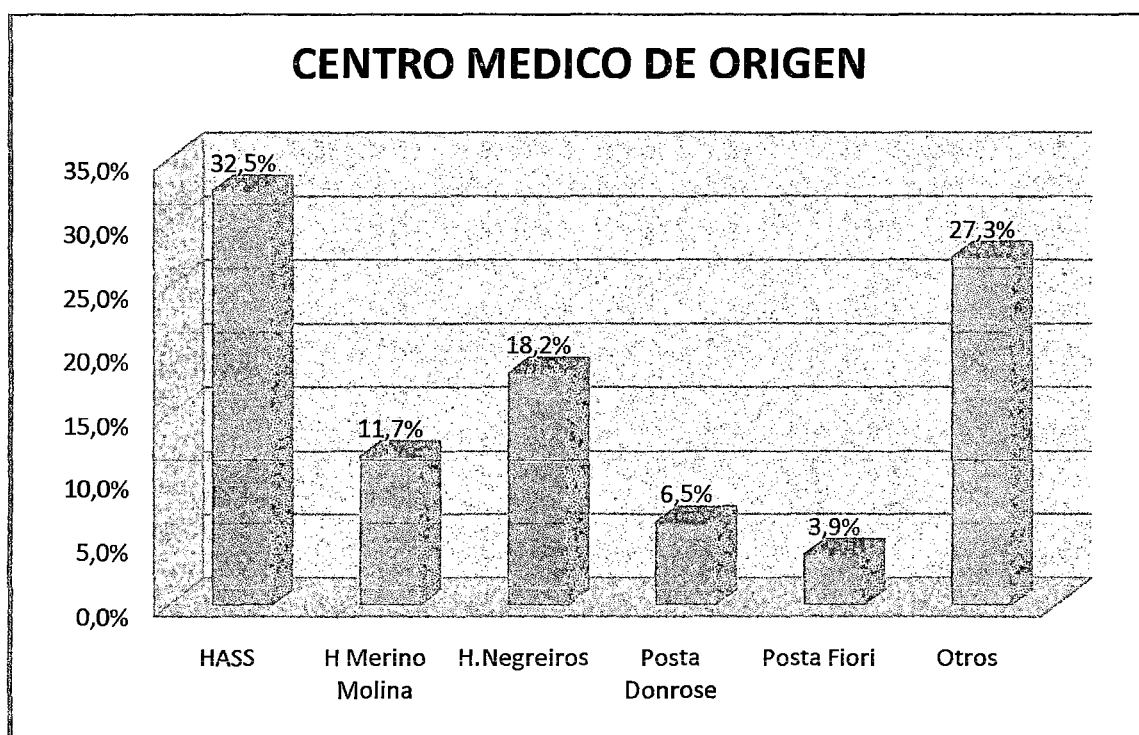
| | CENTRO MEDICO DE ORIGEN | |
|-----------------------|-------------------------|-------|
| | N | % |
| H. ALBERTO SABOGAL S. | 25 | 32,5% |
| H.MERINO MOLINA | 9 | 11,7% |
| H.NEGREIROS | 14 | 18,2% |
| POSTA DONROSE | 5 | 6,5% |
| POSTA FIORI | 3 | 3,9% |
| OTROS | 21 | 27,3% |
| TOTAL | 77 | 100% |

FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

En la Tabla 6, el Centro Médico de Origen de la población fue el siguiente: De los 77 (100%) encuestados; 26 (32.5%) les correspondía el Hospital Alberto Sabogal Sologuren; 14 (18.2%) les correspondía el Hospital Negreiros; 9 (11.7%) les correspondía el Hospital Merino Molina; 5 (6.5%) les correspondía La Posta Donrose; 3 (3.9%) les correspondía la Posta Fiori y 21 (27.3%) les correspondía otros centros médicos.

GRAFICO N° 6

CENTRO MEDICO DE ORIGEN DE LOS PACIENTES CON TB MDR EN
TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
EN EL AÑO 2010



FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

TABLA N° 7
FUENTE PRINCIPAL DE ADQUISICIÓN DE INFORMACIÓN DE
TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES CON TB MDR EN
TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
EN EL AÑO 2010.

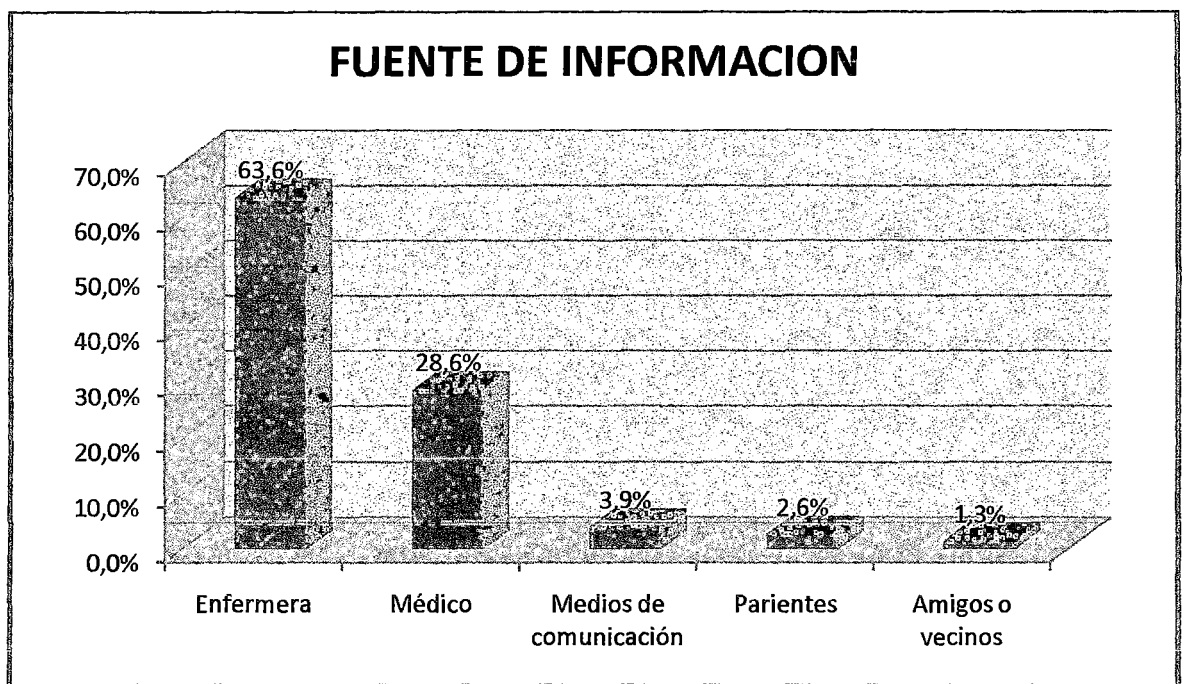
| | FUENTE DE INFORMACION | |
|------------------------|-----------------------|-------|
| | N | % |
| ENFERMERA | 49 | 63,6% |
| MEDICO | 22 | 28,6% |
| MEDIOS DE COMUNICACION | 3 | 3,9% |
| PARIENTES | 2 | 2,6% |
| AMIGOS O VECINOS | 1 | 1,3% |
| TOTAL | 77 | 100% |

FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

De la presente tabla, 71 (92.2%) manifestaron haberse enterado principalmente acerca de la tuberculosis por profesionales de salud, ya sea por parte del personal de enfermería 49 (63.6%) y personal médico 22 (28.6%); 3 (3.9%) pacientes mencionaron a los medios de comunicación; 2 (2.6%) pacientes mencionaron a sus parientes y un (1.3%) paciente menciona como principal medio de adquisición de conocimientos sobre su enfermedad a sus amigos o vecinos.

GRAFICO N° 7

FUENTE PRINCIPAL DE ADQUISICIÓN DE INFORMACIÓN DE
TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES CON TB MDR EN
TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
EN EL AÑO 2010.



FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

TABLA N° 8

MOMENTO EN QUE ADQUIRIERON MAYOR INFORMACIÓN SOBRE TUBERCULOSIS LOS PACIENTES CON TB MDR EN TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN EN EL AÑO 2010.

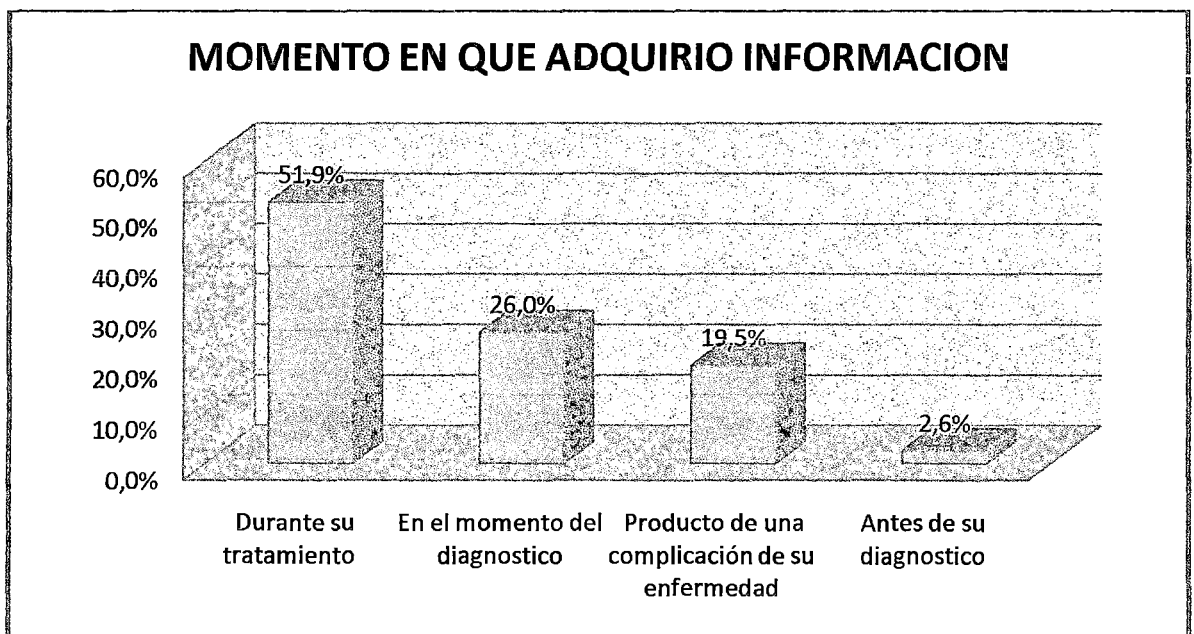
| | MOMENTO ADQUIRIERON INFORMACION | |
|---|---------------------------------|-------|
| | N | % |
| EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO | 20 | 26,0% |
| DURANTE SU TRATAMIENTO | 40 | 51,9% |
| PRODUCTO DE COMPLICACION DE SU ENFERMEDAD | 15 | 19,5% |
| ANTES DE SU DIAGNOSTICO | 2 | 2,6% |
| TOTAL | 77 | 100% |

FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

En la presente tabla, el momento de haber adquirido mayor información sobre la tuberculosis, 40 (51.9%) pacientes manifestaron haberse enterado acerca de la tuberculosis recién durante el transcurso de su tratamiento, 20 (26.0%) precisaron que conocieron la enfermedad en el momento de su diagnóstico, 15 (19.5%) conocieron la enfermedad producto de una complicación y mala evolución de su enfermedad tuberculosa inicial y sólo 2 (2.6%) tenían conocimiento de la tuberculosis antes de enfermarse de la misma.

GRAFICO N° 8

MOMENTO EN QUE ADQUIRIERON MAYOR INFORMACIÓN SOBRE TUBERCULOSIS LOS PACIENTES CON TB MDR EN TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN EN EL AÑO 2010.



FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

TABLA N° 9

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES
CON TB MDR EN TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGALSOLOGUREN EN EL AÑO
2010.

| | CONOCIMIENTO SOBRE TRANSMISION | | | | | | TOTAL | | P |
|--------------------|--------------------------------|--------------|-----------|--------------|----------|-------------|-----------|---------------|-------|
| | ALTO | | MEDIO | | BAJO | | N | % | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| SEXO | | | | | | | | | |
| MASCULINO | 29 | 67.4% | 13 | 30.2% | 1 | 2.3% | 43 | 100.0% | 0,873 |
| FEMENINO | 21 | 61.8% | 12 | 35.3% | 1 | 2.9% | 34 | 100.0% | |
| INSTRUCCIÓN | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | 1 | 50.0% | 1 | 50.0% | 0 | 0% | 2 | 100.0% | 0.489 |
| SECUNDARIA | 21 | 58.3% | 13 | 36.1% | 2 | 5.6% | 36 | 100.0% | |
| SUPERIOR | 28 | 71.8% | 11 | 28.2% | 0 | 0% | 39 | 100.0% | |
| TOTAL | 50 | 64.9% | 25 | 32.5% | 2 | 2.6% | 77 | 100,0% | |

FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS.

TABLA N° 10

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES
 CON TB MDR EN TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN EN EL
 AÑO 2010.

| | CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN | | | | | | TOTAL | | P |
|--------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|------|--------|-------|--------|-------|
| | ALTO | | MEDIO | | BAJO | | N | % | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| SEXO | | | | | | | | | |
| MASCULINO | 3 | 7.0% | 19 | 44.2% | 21 | 48.8% | 43 | 100.0% | 0,491 |
| FEMENINO | 3 | 8.8% | 19 | 55.9% | 12 | 35.3% | 34 | 100.0% | |
| INSTRUCCIÓN | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 100.0% | 2 | 100.0% | 0.258 |
| SECUNDARIA | 4 | 11.1% | 15 | 41.7% | 17 | 47.2% | 36 | 100.0% | |
| SUPERIOR | 2 | 5.1% | 23 | 59.0% | 14 | 35.9% | 39 | 100.0% | |
| TOTAL | 6 | 7.8% | 38 | 49.4% | 33 | 42.9% | 77 | 100,0% | |

FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS

Las presentes tablas, nos muestran que 50 (64.9%) pacientes respondieron adecuadamente 6 ó 7 de las 7 preguntas, catalogando de esta manera su conocimiento sobre la transmisión de la tuberculosis como alto, 25(32.5%) pacientes tienen un conocimiento medio sobre la transmisión de la tuberculosis y 2 (2.6%) pacientes tienen un conocimiento bajo sobre la transmisión de la tuberculosis. Con respecto al conocimiento sobre las medidas preventivas se encontró que sólo 6 (7.8%) pacientes tenían un conocimiento alto, 38 (49.4%) tenían un conocimiento medio sobre las medidas preventivas y 33 (42.9%) pacientes tenían un conocimiento bajo de las medidas preventivas de acuerdo a la encuesta utilizada.

Si bien los varones tendieron a presentar una proporción mayor de conocimiento alto sobre la transmisión de la tuberculosis frente a las mujeres (67.4% vs. 61.8%), las mujeres tendieron a presentar una proporción mayor de conocimiento medio y bajo sobre la transmisión de la tuberculosis frente a los varones (35.3% y 2.9% vs 30.2% y 2.3%) y estas diferencias en la valoración del nivel de conocimiento sobre la transmisión no fue significativa ($p=0.873$).

El conocimiento de las medidas preventivas en las mujeres tendieron a presentar una proporción mayor de conocimiento alto y medio sobre la prevención de la tuberculosis frente a los varones (8.8% y 55.9% vs 7.0% y 44.2%) y los varones tendieron a presentar una proporción mayor de conocimiento bajo frente a las mujeres (48.8% vs 35.3%), sin embargo estas diferencias tampoco fueron significativa ($p=0.491$).

En cuanto al grado de instrucción, se observó una tendencia a presentar un nivel de conocimiento alto al tener un mayor grado de instrucción (superior 71.8%, secundaria 58.3% y primaria 50.0%), se observó que los pacientes con menor grado de instrucción tienen una tendencia a presentar un nivel de conocimiento medio (primaria 50.0%, secundaria 36.1% y superior 28.2%) y solo hubieron 2 (5.6%) pacientes con conocimiento bajo que tenían el grado de instrucción secundaria, estas diferencias no resultaron ser significativas ($p=0.489$).

Por otro lado, se observó una tendencia a presentar un nivel de conocimiento bajo sobre la prevención de la tuberculosis al tener un menor grado de instrucción (primaria 100.0%, secundaria 47.2%, superior 35.9%), además se observó una tendencia a presentar un nivel de conocimiento medio al tener un mayor grado de instrucción (superior 59.0%, secundaria 41.7%) y se observaron a 6 pacientes con conocimiento alto sobre la prevención de la tuberculosis con grado de instrucción secundaria en un 11.1% y superior en un 5.1%, pero estas diferencias no resultaron ser significativas ($p=0.258$)

TABLA N° 11

ACTITUD DE LOS PACIENTES FRENTE A SU ENFERMEDAD EN PACIENTES CON TB MDR EN TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN EN EL AÑO 2010.

| | ACTITUD FRENTE A SU ENFERMEDAD | | | | | | TOTAL | | P |
|--------------------|--------------------------------|--------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|-----------|---------------|-------|
| | FAVORABLE | | MEDIANAMENTE FAVORABLE | | DESFAVORABLE | | N | % | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| SEXO | | | | | | | | | |
| MASCULINO | 19 | 44.2% | 19 | 44.2% | 5 | 11.6% | 43 | 100.0% | 0,522 |
| FEMENINO | 17 | 50.0% | 11 | 32.4% | 6 | 17.6% | 34 | 100.0% | |
| INSTRUCCIÓN | | | | | | | | | |
| PRIMARIA | 1 | 50.0% | 1 | 50.0% | 0 | 0% | 2 | 100.0% | 0.389 |
| SECUNDARIA | 19 | 52.8% | 10 | 27.8% | 7 | 19.4% | 36 | 100.0% | |
| SUPERIOR | 16 | 41.0% | 19 | 48.7% | 4 | 10.3% | 39 | 100.0% | |
| TOTAL | 36 | 46.8% | 30 | 39.0% | 11 | 14.3% | 77 | 100,0% | |

FUENTE: Encuesta y ficha de recolección de datos de pacientes atendidos en el HASS

En la presente tabla nos muestra, la evaluación de las actitud frente a su enfermedad donde se evidenció que 36 (46.8%) pacientes obtuvieron un puntaje (mayor a 40 puntos), catalogando su actitud frente a su enfermedad como favorable; 30 (39.0%) tuvieron una actitud medianamente favorable frente a su enfermedad y 11 (14.3%) pacientes tenían una actitud desfavorable frente a su enfermedad.

Las mujeres presentaron una proporción mayor de actitud favorable y desfavorable frente a su enfermedad que los varones (50.0% y 17.6% vs 44.2% y 11.6%), las varones presentaron una proporción mayor de actitud medianamente favorable frente a su enfermedad que las mujeres (44.4% vs 32.4%), pero estas diferencias no fueron significativas ($p=0.522$).

Los pacientes que tenían una actitud favorable frente a su enfermedad tenían los siguientes grados de instrucción: primaria 50%, secundaria 52.8%, superior 41.0%, además se observó que los pacientes con una actitud medianamente favorable frente a su enfermedad mostraron los siguientes grados de instrucción: primaria 50.0%, superior 48.7%, secundaria 27.8% y los pacientes con actitud desfavorable frente a su enfermedad mostraron los siguientes grados de instrucción: secundaria

19.4% y superior 10.3%, pero esta diferencia de porcentajes no resulto ser significativa ($p=0.389$).

CAPITULO V

DISCUSION

En cuanto a la edad de nuestros pacientes, en nuestro estudio afecto principalmente a los adultos 76.6% que son en la mayoría de casos la población económicamente activa y en menor proporción a adolescentes y adultos mayores (7.8% y 15.6%).

La tuberculosis es una enfermedad que afecta principalmente a la población económicamente activa (PEA) y la distribución por sexo y grupos etarios según los últimos reportes del MINSA y estudios previos como el realizado por Del Castillo Barrientos, (01) (16) según informe de análisis de la situación actual para el control y la prevención de la tuberculosis resistente en el Perú sobre los años 1997 al 2007 registrando 12,414 pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente en el Perú, del cual el 60% eran varones, reflejan que la mayoría de pacientes son varones y por lo tanto en nuestro estudio se comprueba esta diferencia con 55.8% de varones y 44.2% de mujeres. No encontramos diferencia

significativa de edades por sexo, controlando de esta manera la influencia que podría existir en su nivel de conocimiento y actitudes. (17) (18) (19)

Por lo tanto se puede evidenciar que la Tuberculosis Multidrogorresistente es una enfermedad que afecta a cualquier grupo etario con predominancia en el sexo masculino, observándose que el mayor porcentaje se presenta en adultos, población considerada económicamente activa (PEA), este grupo de edad frente al creciente deterioro económico del país, toman oportunidades de laborar en ambientes que no siempre brindas las condiciones óptimas para el desarrollo de su práctica de trabajo y que podrían incrementar el riesgo de transmisión de enfermedades y de otros problemas de salud, en muchas ocasiones el fallecimiento o la discapacidad de un adulto inserto en el mundo laboral afecta también a su entorno familiar más inmediato porque la tuberculosis se da sobre todo en aquellas familias en las que el afectado aporta los recursos económicos necesarios para su sostén.

Como la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, aquellas personas que viven en contacto íntimo con pacientes con tuberculosis tienen más probabilidad de contagio y de padecer la enfermedad, implicando así el incremento de la tasa de incidencia de tuberculosis. (17)

(19) (20) Si bien la gran mayoría de los pacientes entrevistados eran solteros 51.9%, un 27.3% y 5.2% eran convivientes y casados respectivamente. Estos pacientes tienen mayor probabilidad de contagiar la enfermedad a su entorno familiar.

Con respecto a la educación de los pacientes, ya que es considerado como uno de los determinantes sociales de la tuberculosis. (21) (22) La mayoría de personas en el país se encuentran entre los sectores más pobres donde el grado de instrucción es bajo, ya sea porque carecen de medios económicos para seguir sus estudios o porque su cultura o creencias les impide estudiar, pero como en nuestro estudio tenemos a personas que cuentan con un seguro médico y poseen la mayoría un vínculo con el estado o empresas debido a ser profesionales o técnicos, por lo que en nuestro estudio se encontró que el 50.6% de los encuestados afirmaron haber cursado estudios superiores y un 46.8% de los encuestados habían cursado estudios secundarios, ya sea de forma completa o incompleta. Otro 19% aproximadamente habían tenido algún tipo de estudio primario, cifras que reflejan la realidad de la población que se encuentra asegurada a ESSALUD. Además recordemos que el conocimiento adquirido determina la aceptación o rechazo del tratamiento y los cuidados a realizar. Las personas con un grado de instrucción alto

suelen interesarse más sobre sus problemas de salud, asistiendo oportunamente al centro de salud y aplicando las medidas preventivas necesarias, lo que los lleva disminuir su riesgo de morbilidad y mortalidad, y de su entorno inmediato. (17) (21) (23)

Con respecto a la ocupación, el 40.3% de los pacientes encuestados estaban en condición de empleo y 14.3% trabajan de forma independiente, pero un 27.3% se encontraban en condición de desempleo, este grupo es el más vulnerable porque la pobreza, generada por no tener un salario o por el desempleo, lleva a que las familias tengan malas condiciones de vida, una nutrición no balanceada hace que sea difícil la curación del paciente, haciendo que exista más riesgo de contagio de la tuberculosis a su entorno inmediato. (24) (25) Se ha estudiado el impacto económico de la tuberculosis en el Perú, encontrándose que un 72% de los pacientes que trabajaban tuvieron que dejar su empleo debido a la enfermedad. (26) Otro estudio señala que un paciente con tuberculosis pierde en promedio entre tres a cuatro meses por año de trabajo como consecuencia de la enfermedad. Esta situación configura un drama familiar que refleja la realidad de nuestro país. (27)

En lo referente a la procedencia la mayoría de pacientes procedían del Callao, seguido de los distritos de Comas, Ventanilla, San Martín de Porres, Los Olivos y otros distritos pertenecientes a la RED ASISTENCIAL SABOGAL. Con esto se comprueba que Callao concentra un gran número de pacientes con TB MDR. (01)

De acuerdo con el lugar de procedencia se puede observar que la mayoría de pacientes tienen como centro médico de origen al Hospital Alberto Sabogal Sologuren seguido en orden del Hospital Negreiros, Hospital Merino Molina, Posta Donrose, Posta Fiori y otros centros médicos.

En nuestro estudio la mayoría de pacientes (62.3%) se encontraba recibiendo un esquema de retratamiento individualizado, además que este esquema era mayormente recibido por aquellos pacientes que se encontraban entre los 7 a 18 meses de tratamiento; Un 28.6% se encontraba recibiendo un esquema de retratamiento estandarizado y este esquema era recibido en su mayoría por aquellos pacientes que se encontraban entre los 6 primeros meses de tratamiento; Y solo el 9.1% recibía el esquema de retratamiento empírico, que también era recibido en su mayoría por pacientes en sus primeros 6 meses de tratamiento. Según el estudio de Cesar Bonilla, (28) donde afirman que el 65.4% de sus pacientes tenían un tratamiento estandarizado y solo el 31.7% de sus

pacientes tenían tratamiento individualizado. También en el reporte realizado por Del Castillo Barrientos (01) en el año 2008 indica que solo el 40% de sus pacientes tenían tratamiento individualizado. Por lo tanto nuestro estudio demuestra que se ha mejorado en el tratamiento de los pacientes con TB MDR ya que la mayoría contaba con un retratamiento individualizado y solo un pequeño número de pacientes se encontraba recibiendo un tratamiento estandarizado.

La mayoría de los pacientes mencionó que la fuente principal de adquisición de sus conocimientos sobre la tuberculosis fue por profesionales de la salud, que en su mayoría fueron personal de enfermería y en menor proporción los médicos tratantes. En segundo orden de frecuencia se encontró que algunos pacientes se informaron acerca de la enfermedad a través de los medios de comunicación. En Tercer lugar de frecuencia se encontró que solo 2 pacientes se informaron acerca de la enfermedad producto del padecimiento de la misma por un familiar cercano. Es importante identificar el medio principal por el cual el paciente adquiere la información, ya que esta puede provenir de medios no confiables, obteniéndose así conocimientos incorrectos acerca de la tuberculosis, pudiendo agravar su enfermedad o poniendo en riesgo la salud de sus familiares y de la comunidad. (26) (29) En el estudio no se

evaluó la calidad de la información obtenida por los distintos medio de información, pero el hecho de que gran parte de la misma se haya obtenido de un profesional de la salud nos lleva a deducir que la información que obtuvieron era de naturaleza confiable.

La mayoría de los pacientes (97.4%) manifestó haberse enterado de los aspectos básicos de la tuberculosis durante el transcurso de su tratamiento, en el momento de su diagnóstico o producto de una complicación y mala evolución de su enfermedad y son pocos los pacientes (2.6%) que manifestaron haberse informado adecuadamente de la tuberculosis antes de enfermarse.

Estos datos podrían reflejar el poco énfasis que se da a la prevención primaria de la enfermedad, ya que la mayoría de las medidas están encaminadas a la prevención secundaria y terciaria en el caso de la tuberculosis. Recientemente este enfoque está siendo modificado por el MINSA. (30) (31)

Con respecto a los conocimientos, según el estudio de Laurente J et al.(04) Se encontró que un mayor porcentaje de pacientes (82.9%) tuvieron un conocimiento adecuado sobre la transmisión de la

tuberculosis y que solo el 17.1% tenían un conocimiento inadecuado. En nuestro estudio encontramos mayor porcentaje (66.2%) de pacientes que tuvieron un conocimiento alto sobre la transmisión de la tuberculosis, un 31.2% de los pacientes tuvieron un conocimiento medio y solo un 2.6% de los pacientes tuvieron un conocimiento bajo. Por lo tanto se concluye que la mayoría de pacientes tienen un conocimiento alto y medio sobre la transmisión de la tuberculosis y estos resultados se asemejan a los del estudio de Laurente J, et al. (04)

En cuanto al nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas según el estudio de Laurente J, et al. (04) Se encontró que la mayoría de pacientes tenían un conocimiento inadecuado (67.1%) frente a un menor porcentaje que tenían un conocimiento adecuado (51.4%) y en nuestro estudio se obtuvo que la mayoría de la pacientes tenían un conocimiento medio y bajo (49.4% y 42.9%) sobre las medidas preventivas.

Estos datos podrían indicar deficiencias en el enfoque sobre las medidas de prevención que se brinda a los pacientes con TB MDR en los establecimientos de primer nivel de atención como parte de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, haciéndose necesario reforzar el aspecto preventivo promocional en la

educación de aquellos pacientes afectados de la enfermedad, que incluso presentan una forma severa de la misma. Estos pacientes se comportan como posibles fuentes de contagio y vendrían a ser los actores fundamentales en la prevención de la tuberculosis en su entorno inmediato. (32) Esta idea se reforzó anteriormente por el hecho de que muy poca cantidad de pacientes conoce realmente de la enfermedad hasta que se encuentra enferma.

No encontramos diferencia significativa respecto al nivel de conocimiento sobre transmisión y prevención de los pacientes acerca de la tuberculosis estudiados por sexo, en contraste con lo encontrado por Wang et al, (33) quienes sí evidenciaron diferencias significativas en el conocimiento sobre tuberculosis en pacientes afectados por la enfermedad, mostrando que los varones conocían más de la enfermedad que las mujeres. Debemos considerar que dicho estudio fue realizado en un área rural de China, en la que las condiciones socio-culturales son diferentes a la de la nuestra población urbana, y que pueden influir sustancialmente en la adquisición del conocimiento por factores relacionados con roles de género que favorecen el acceso a la información en el caso de los varones.

En las áreas urbanas de Lima y Callao las condiciones de acceso a la información tienden a ser similares para varones y mujeres, reflejándose un nivel de conocimiento similar por sexo. La hipótesis que planteamos es que el género no influye en el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis en general. De la misma forma, el género no influiría de forma significativa en las actitudes de los pacientes con respecto a su enfermedad.

Se observa también una ligera tendencia creciente del nivel de conocimiento sobre la transmisión a medida que aumenta el grado de instrucción; sin embargo, estos resultados no fueron significativos estadísticamente en nuestro estudio. Asimismo se observa una tendencia a presentar un nivel de conocimiento bajo sobre la prevención al tener un menor grado de instrucción. Una limitación en este aspecto fue el pequeño tamaño de muestra de los pacientes al agruparlos por grado de instrucción que no necesariamente garantiza la representatividad de los datos. Son necesarios estudios analíticos con poblaciones más grandes, orientados a comprobar si realmente existe asociación entre el grado de instrucción de los pacientes y su nivel de conocimiento sobre las formas de transmisión, medidas de prevención y actitudes frente a la tuberculosis.

En el estudio de Laurente Jet al. (04) Se encontró que el 60% de los pacientes tenían una actitud adecuada frente su enfermedad, 40% tenían una actitud inadecuada frente a su enfermedad. En nuestro estudio se observó que la mayoría de pacientes tenían una actitud favorable o medianamente favorable frente a su enfermedad. Por lo tanto los hallazgos encontrados sobre la actitud de los pacientes parecen guardar relación también con el estudio realizado por Laurente J, et al. (04) en donde además se estableció una relación directa entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar. Se sabe que el conocimiento es un factor determinante en la conducta humana, haciendo que se tenga una actitud abierta o cerrada ante el tratamiento, ante las medidas de prevención y el cuidado necesario en el hogar; de esta manera, un buen conocimiento hará que el paciente tenga una actitud adecuada frente a la enfermedad, logrando así disminuir el contagio y la aparición de nuevos casos.

No encontramos diferencia significativa respecto a la actitud de los pacientes frente a su enfermedad estudiados por sexo pero se observó que la mayoría de pacientes tenían una actitud favorable y medianamente favorable al tener un mayor grado de instrucción. Hallazgo que guarda

relación con el estudio de Laurente J et al. (04), donde se encontró que existía una tendencia a tener una mejor actitud frente a su enfermedad al tener un mayor grado de instrucción (superior 78.6%, secundaria 55.8% y primaria 53.8%).

CONCLUSIONES

PRIMERA

La mayoría de los pacientes eran adultos de 20 a 59 años y los pacientes en su mayoría fueron varones.

SEGUNDA

La mayoría de los pacientes encuestados presentó un conocimiento alto y medio sobre la transmisión de la tuberculosis y un conocimiento medio y bajo sobre las medidas preventivas de la tuberculosis.

TERCERA

Se observó que la mayoría de pacientes tenían una actitud favorable o medianamente favorable frente a su enfermedad

CUARTA

Gran número de pacientes mencionó que la fuente principal de adquisición de sus conocimientos sobre la tuberculosis fue por profesionales de la salud, que en su mayoría fueron personal de enfermería y en menor proporción los médicos tratantes y son muy pocos los pacientes que manifestaron haberse informado adecuadamente de la tuberculosis antes de enfermarse.

RECOMENDACIONES

1. Se deben de realizar más estudios incluyendo tanto al Ministerio de Salud como EsSalud para tener una muestra más representativa de nuestra población y describir los conocimientos que poseen los pacientes sobre la tuberculosis así como desarrollar estudios similares en la ciudad de Tacna ya que estamos en un departamento con alta incidencia de tuberculosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Del Castillo H. Mendoza C. Saravia J. Somocurcio J. Análisis de la situación actual y propuesta de lineamientos técnicos para el control y prevención de la tuberculosis resistente en el Perú. Informe final del comité nacional de tuberculosis extremadamente resistente. Lima: 2008.
2. Jave O. La tuberculosis Multidrogorresistente en el Perú. Cuaderno de trabajo N. 1 Lima: 2003. Foro salud.
3. Amado P. Factores de riesgo para multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis sin VIH/SIDA en un hospital de Lima. Tesis para especialista en medicina interna. Lima: 2007. UNMSM.
4. Laurente J, et al. Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente. Rev.peru.epidemiol.2010; 14(1) [p.7].
5. American Thoracic Society, Centers for Disease Control and Prevention, Infectious Diseases Society of America. Controlling

Tuberculosis in the United States. *Am J Respir Crit Care Med*, 2005; 1169-1227.

6. Ministerio de Salud. Actualización en la atención de pacientes con Tuberculosis MDR, norma técnica. Lima: 2005. Ministerio de Salud

7. World Health Organization. Guidelines for the Management of Drug-Resistant tuberculosis, Global tuberculosis Programme. 1997; WHO/TB/96.210.

8. Battista G, D Arcy M, Sotgiu G, Lange C, Drug resistant Tuberculosis in the west, Europe and United States: Epidemiology, Surveillance, and control. *Clin Chest Med* 30 (2009) 637-665. 78

9. Ministerio de salud. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis. Lima: 2006, Ministerio de salud.

10. Sharma SK, Mohan A. Multidrug-Resistant Tuberculosis. A Menace That Threatens To Destabilize Tuberculosis Control, *Chest* 2006; 130: 261-272.

11. Ministerio de salud. Manejo de la tuberculosis. Capacitación para el personal del establecimiento de salud. Lima: 2005. Ministerio de Salud.
12. Ormerod LP, Multidrug-resistant tuberculosis epidemiology, prevention and treatment, British Medical Bulletin 2005; 73-74:17-24.
13. Beltrán J. et al. Psicología de la educación. Madrid: Eudema (Ediciones de la Universidad Complutense de Madrid), 1995.p.35.
14. Bunge M. "La Ciencia su Método y su Filosofía". Ed. Inca Garcilazo de la Vega. 2002. p.10.
15. Whitaker James O. Psicología. 4ta Ed., Edit. Interamericana. México. 1990.
16. Del Castillo H. Mendoza C, Saravia J, Somocursio J, Editores Epidemia de la Tuberculosis multidrogorresistente y extremadamente resistente en el Perú 2008. Ministerio de Salud. Lima: 2008.
17. WorldHealthOrganization. Global tuberculosis control: Epidemiology, Strategy, Financing: Ginebra (Suiza): 2009, 314 p.

18. Ministerio de Salud, Dirección general de salud de las personas. Construyendo alianzas estratégicas para detener la tuberculosis: la experiencia peruana. Lima: 2006. Ministerio de Salud.
19. Salinas C, Capelastegui A, Altube I, et al. Incidencia longitudinal de la tuberculosis en una cohorte de contactos: factores asociados a la enfermedad. Archbronconeumol. 2007; 43(6):317-23
20. Horna Campos Oj, Sánchez Perez HJ, Sánchez I, et al. Public transportation and Pulmonary tuberculosis, Lima. EmergInfectdis. 2007; 13(10):1491-93.
21. Fuentes Tafur La. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. RevPerumedexp salud pública. 2009; 26(3):370-79.
22. Lonroth K, Jaramillo E, WilliamsBg, et al. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. socsci med. 2009;68(12):2240-46.

23. World Health Organization. Assessing tuberculosis prevalence through populationbased surveys. Manila (Filipinas): 2007, 248 p.
24. Bonilla, C. Situación de la tuberculosis en el Perú. Acta medperu. 2008; 25(3):163-70.
25. Salazar V, Figueroa R, Machaca R. Variación del estado nutricional de los beneficiarios del programa PANTBC en Arequipa metropolitana, 1996 - 2002. RevPerumedexp salud pública. 2005; 22(2):134-138.
26. Ministerio de Salud. Proyecto Vigía. Impacto económico de la tuberculosis en el Perú. Lima: minsa/usaid; 2001. 147.
27. Ahlburg D. The economic impacts of tuberculosis. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2000.
28. Bonilla C, Jave O. Reporte de la Unidad Técnica de Tuberculosis Multidrogorresistente. Lima. 2006. p 1.
29. Ministerio de Salud. Plan estratégico para el fortalecimiento de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis en el Perú. Septiembre 2004 - Diciembre 2009.
30. Ministerio de Salud. Plan estratégico multisectorial de la respuesta nacional a la tuberculosis en el Perú, 2009 - 2018. Lima: 2009. Comité

Perú alto a la tuberculosis y la coordinadora nacional multisectorial de salud (CONAMUSA).

31. Jave O. Investigando en tuberculosis, ¿dónde estamos, quiénes somos, hacia dónde nos dirigimos? *Revperumedexp salud pública*. 2009; 26(3):276-77.

32. Bravo E. Actitud de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el centro de salud fortaleza, 2008. Lima. 87 p.

33. Wang J, Fei Y, Shen H, et al. Gender difference in knowledge of tuberculosis and associated health-care seeking behaviors: a cross-sectional study in a rural area of China. *Bmcpublikealth*. 2008; 8:354.

ANEXOS

ANEXO NRO. 1

Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en tratamiento en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el año 2010.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FILIACION:

Apellidos y Nombres:

Edad:

DATOS DE HISTORIA CLÍNICA

Numero de Historia Clínica:

Centro Médico de Origen:

ANEXO Nro. 2

ENCUESTA

FECHA:.....

Nº DE FICHA:.....

I. INTRODUCCION:

Muy buenos días soy Interno de Medicina Humana de la UNJBG, en esta oportunidad le presento una encuesta que forma parte de un estudio de investigación titulado "CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE LA TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE EN TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN EN EL AÑO 2010".

Los resultados que se obtengan del presente estudio servirán para constituir propuestas en la que se ponga de manifiesto la educación para la salud, en base de medidas preventivas de la tuberculosis multidrogorresistente por lo cual pido su colaboración. El formulario es anónimo y confidencial por lo que se le solicita que sus respuestas sean dadas con la mayor sinceridad posible.

II. DATOS GENERALES

1. Sexo: a) Masculino b) Femenino

2. Edad:

3. Estado civil: a) Soltero b) Conviviente c) Casado d) Viudo e) Divorciado

4. Grado de instrucción: a) Primaria b) Secundaria c) Superior d) Otros

.....

5. Ocupación: a) Empleado b) Desempleado c) Independiente d) Otros

6. Lugar de Procedencia:

.....

III. CONOCIMIENTOS SOBRE LA TRANSMISION DELA TUBERCULOSIS

1. ¿Cómo podría definir Ud. la tuberculosis con sus propias palabras?

- a) Una enfermedad infectocontagiosa
- b) Uná enfermedad hereditaria
- c) Una enfermedad viral
- d) otros(especifique).....

2. ¿La tuberculosis simple es igual a la tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR)?

- a. Si
- b. No

3. ¿Por qué vía se transmite la tuberculosis pulmonar?

- a) Digestiva,
- b) Urinaria
- c) Aérea
- d) Piel
- e) Otros(especifique).....

4. ¿Cómo puede contagiar una persona con Tuberculosis a una persona sana?

- a) Al compartir sus cubiertos con su familia.
- b) Cuando elimina el esputo al aire libre al hablar y otro las inhala.
- c) Al dar la mano y abrazo.
- d) Dando su ropa para uso personal
- e) Otros(especifique).....

5. ¿La TB MDR se transmite de la misma forma que la Tuberculosis simple?

- a) Si
- b) No

6. ¿Qué debe hacer un paciente con tuberculosis multidrogorresistente al toser?

- a) No Cubrirse la boca.
- b) Cubrirse la boca y mantenerse alejado
- c) No Cubrirse la boca y hablar de frente
- d) Otros(especifique).....

7. En caso de que una persona tenga tos por más de 15 días ¿Qué haría Ud?

- a) Quedar en casa y reposar en cama.
- b) Ir al Centro de Salud.
- c) Ir al curandero
- d) Ir a la farmacia.
- e) Otros(especifique).....

IV. CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

1. Sabe ¿Cómo se les denomina a las personas que conviven y mantienen estrecha relación con el paciente tuberculoso?

- a) Familiares
- b) Amigos
- c) Contactos
- d) Compañeros de estudio
- e) Otros(especifique).....

2. Las personas que conviven y son muy cercanas a Ud. ¿Qué prueba se realizaron o qué prueba deben realizarse?

- a) Examen de orina
- b) Vacunaciones
- c) Prueba de esputo(BK)
- d) Examen de sangre
- e) Otros(especifique).....

3. La vacuna que nos protege de las formas graves de tuberculosis es:

- a) Antitetánica
- b) DPT
- c) Pentavalente
- d) BCG
- e) Otros(especifique).....

4. ¿Cuándo se debe aplicar la vacuna?

- a) Al año
- b) A los cinco años
- c) Recién nacido
- d) Otros(especifique).....

5. Si tiene un pariente o una persona cercana a Ud menor de 19 años que tratamiento debe recibir:

- a) Quimioprofilaxis(tratamiento preventivo)
- b) Aislamiento
- c) Prueba de esputo
- d) Otros(especifique).....

6. ¿Cómo se debe tener la vivienda?

- a) Limpia pero no ventilada.
- b) Limpia, iluminada, ventilada
- c) Otros(especifique).....

7. ¿Cómo debe alimentarse una persona para protegerse de la tuberculosis multidrogorresistente?

- a) Alimentación adecuada y balanceada (rica en proteínas)
- b) Dieta baja en proteínas

- c) A cualquier hora
- d) Frutas y verduras principalmente
- e) Otros(especifique).....

8. El paciente con tuberculosis multidrogorresistente debe realizar actividades

- a) Si
- b) No

Si la respuesta es Si. ¿Cómo deben ser las actividades?

- a) Incrementar sus actividades diarias
- b) Disminuir sus actividades diarias
- c) Otros(especifique).....

V. ACTITUD DE LOS PACIENTES CON TB MDR FRENTE A SU ENFERMEDAD

Instrucciones

Lea detenidamente cada una de los ítems que se le presentan a continuación. Marque con una cruz (+) o una equis (x) la respuesta que usted crea correcta, por cada ítem hay 5 posibilidades de respuesta, elija una de ellas:

TOTALMENTE DE ACUERDO..... TA

DE ACUERDO..... A

INDECISO..... I

DESACUERDO..... DA

TOTALMENTE EN DESACUERDO..... TD

| Nº | ITEMS | TA | A | I | D | TD |
|------------------|--|----|---|---|---|----|
| ACTITUDES | | | | | | |
| 1 | El descanso y una buena alimentación permitirá que me cure más rápido | | | | | |
| 2 | Tomo las pastillas todos los días y a una misma hora en el centro de salud | | | | | |
| 3 | Si me siento mejor ya no es necesario que continúe con el tratamiento | | | | | |
| 4 | Hay momentos en los que me he sentido solo (a) y nadie me apoya para seguir con mi tratamiento | | | | | |
| 5 | Siento que hay muchas personas que me quieren y aprecian en estos momentos | | | | | |
| 6 | Confío en que el tratamiento que estoy siguiendo me curara | | | | | |
| 7 | Pienso que la enfermedad es más fuerte que yo y me llegara a vencer | | | | | |
| 8 | El personal de salud con sus orientaciones me apoyan para seguir con el tratamiento | | | | | |
| 9 | He decidido culminar todo el tratamiento para poder sanarme | | | | | |
| 10 | He llegado a pensar que es innecesario informar a mi familia de mi situación | | | | | |

ANEXO Nro. 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESARROLLAR LA ENCUESTA ACERCA DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE LA TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

Yo.....Identificado (a)
con DNI N°.....y domiciliado
en..... Declaro
voluntariamente mi aceptación para participar en el desarrollo de la encuesta que
el Sr. Víctor Raúl Zamata Maquerhua Interno de Medicina Humana de la UNJBG
me está solicitando. Así mismo declaro haber sido informado sobre el contenido
de dicha encuesta y los objetivos de la misma.

De igual manera me comprometo a hacer veraz en cuanto a mis respuestas.

En señal de conformidad firmo el presente consentimiento informado.

Firma del paciente

Lugar y Fecha.....