



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores de riesgo y abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar

sensible, RIS Chorrillos-Barranco-Surco, 2017-2021

TESIS

Para optar el título profesional de Médico (a) Cirujano (a)

AUTORES

Olivera Valladares, Johana Magaly (0000-0002-8615-7468)

Meza Cordero, Maira Antonella (0000-0002-1828-8626)

ASESOR

Mg. Pomachagua Pérez, Germán Elías (0000-0002-1576-8325)

Lima, Perú

2023

Metadatos Complementarios

Datos de autor

OLIVERA VALLADARES, JOHANA MAGALY

Tipo de documento de identidad del autor: DNI

Número de documento de identidad del autor: 76593566

Datos de autor

MEZA CORDERO, MAIRA ANTONELLA

Tipo de documento de identidad del autor: DNI

Número de documento de identidad del autor: 73370097

Datos de asesor

POMACHAGUA PÉREZ, GERMÁN ELÍAS

Tipo de documento de identidad del autor: DNI

Número de documento de identidad del autor: 06229369

Datos del jurado

Presidente:

Llanos Tejada Félix Konrad

DNI: 10303788

ORCID: 0000-0003-1834-128

Miembro:

Resurrección Delgado Cristhian Pedro

DNI: 42788429

ORCID: 0000-0001-9649-2369

Miembro:

Vera Ponce Víctor Juan

DNI: 46070007

ORCID: 0000-0003-4075-9049

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A mi mamá Patricia Valladares, que desde el cielo sé que está orgullosa de todos los logros que he alcanzado y a toda mi familia, en especial a mi papá Javier Olivera, Myriam Percovich y Cinthya Olivera, por haberme apoyado y dado ánimos a pesar de lo difícil que ha sido el camino y todos los cambios de humor. Gracias por no permitir que me rinda y pueda culminar esta hermosa etapa exitosamente.

-Johana Magaly Olivera Valladares

A mis padres Alexander Meza, Hilda Cordero, mi soporte todos estos años, me apoyaron en todos los momentos difíciles por los que pasé durante la carrera, gracias por no rendirse conmigo y motivarme a ser cada día mejor. A mis hermanos y hermana, sin ellos el estrés y la preocupación me hubiera consumido, gracias por tenerme paciencia estos 7 largos años. Finalmente, a mis abuelitos, María, Fidela y Fortunato, mi motor y motivación principal para estudiar esta carrera.

- Maira Antonella Meza Cordero

AGRADECIMIENTOS

A mi padre por haberme apoyado económicamente y mentalmente en cada escalón de esta carrera extensa, pero gratificante; además por escuchar mis frustraciones y haberme ayudado a resolverlas siempre.

Al resto de mi familia por creer en mí desde pequeña, cuando tuve la ilusión de estudiar esta hermosa carrera y hoy estoy cumpliendo ese sueño.

A todas las licenciadas del Programa de Control de Tuberculosis de todos los Establecimientos de Salud visitados, por su tiempo y comprensión a pesar de los inconvenientes ocasionados.

A nuestro asesor, el MG. Pomachagua por haber estado con nosotras siempre que cada duda se presentaba, y brindarnos sus conocimientos para terminar el estudio.

Por último, a mis compañeros, futuros colegas, en especial a mi compañera y coinvestigadora Maira Meza, por formar parte de esta investigación y haber sido el mejor complemento para llevarlo a cabo, gracias por todo el apoyo incondicional brindado en todos estos años.

-Johana Magaly Olivera Valladares

A mi padre y madre, gracias a ellos soy quien soy y he logrado mis metas, gracias por siempre apoyarme en todas mis decisiones y sueños. A mis hermanos y familiares, por ser un soporte en momentos de dificultad, por celebrar mis logros y acompañarme en estos años tan retadores.

A mis amados compañeros, gracias por todas las noches de estudios, amanecidas, trabajos grupales, consejos y celebraciones. Sin ustedes la carrera se hubiera hecho más extenuante, larga y difícil. Resaltando a mi querida compañera y coinvestigadora Johana Olivera, pues gracias a nuestro apoyo mutuo durante estos 7 años hemos llegado a donde estamos, a punto de culminar nuestra carrera con éxito y con un gran proyecto de investigación en manos.

A todo el personal de salud, sobre todo a las licenciadas del Programa de Tuberculosis de todos los Establecimientos de salud que visitamos, que nos apoyaron para la realización de este trabajo; sin ellos simplemente este proyecto no sería posible, gracias por sus consejos, paciencia y gentileza en todo momento.

A nuestro asesor el MG Pomachagua, sin sus consejos y guías este proyecto nunca habría visto la luz, gracias por su paciencia y apoyo en estos meses tan retadores.

-Maira Antonella Meza Cordero

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que afecta principalmente a los pulmones. La irregularidad y el abandono del tratamiento contribuye a incrementar la prevalencia y mortalidad a causa de la misma, siendo esto un problema de salud pública.

Objetivo: Determinar la asociación entre los factores de riesgo y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible, en la RIS Chorrillos-Barranco-Surco, durante el periodo 2017-2021.

Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo. Se seleccionaron 156 pacientes a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple, de los cuales 52 abandonaron el tratamiento (casos), y 104 quienes lo culminaron (controles) a razón 1:2. El instrumento de recolección de datos fue una ficha de datos elaborada por las investigadoras utilizando la información de las historias clínicas. El análisis de datos se realizó con el Programa Estadístico (SPSS) versión 19.0, calculando el Odds ratios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC) para hallar los factores de riesgo.

Resultados: Los factores de riesgo asociados al abandono del esquema terapéutico fueron tener un grado de instrucción completo hasta primaria (OR:3,94), y secundaria (OR:3,26), contar con vivienda alquilada (OR:3,4), ser desempleado (OR:3,69), no contar con ningún apoyo emocional (OR:9,44), el uso actual de drogas (OR:3,5) como más significativo de todos los psicosociales y contar con antecedente previo de tratamiento antituberculoso (OR:3,61).

Conclusión: Un grado de instrucción hasta secundaria o inferior, vivienda alquilada, estar desempleado, no contar con apoyo emocional durante el tratamiento, uso actual de drogas y antecedente previo de tratamiento son factores de riesgo para abandono del tratamiento antituberculoso.

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar, factor de riesgo, pacientes desistentes del tratamiento (Fuente: DECS BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is an infectious disease that mainly affects the lungs. Irregularity and abandonment of treatment contributes to increase the prevalence and mortality due to it, this being a public health problem.

Objective: To determine the association between risk factors and treatment abandonment for sensitive pulmonary tuberculosis in the SRI Chorrillos-Barranco-Surco during the period 2017-2021.

Materials and methods: A Observational, analytical, case-control, retrospective study. 156 patients were selected through a simple random probabilistic sampling, of which 52 abandoned the treatment (cases), and 104 who completed it (controls) at a ratio of 1:2. The data collection instrument was a data sheet prepared by the researchers using the information from the medical records. Data analysis was performed with the Statistical Program (SPSS) version 19.0, calculating the Odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) to find the risk factors.

Results: Risk factors associated with treatment discontinuation were having completed primary (OR:3.94), secondary (OR:3.26), rented housing (OR:3.4), being unemployed (OR:3.69), having no emotional support (OR:9.44), current drug use (OR:3.5) as the most significant of all psychosocial risk factors, and having a history of antituberculosis treatment (OR:3.61).

Conclusion: Conclusions: Having an educational level of secondary school or lower, rented housing, being unemployed, not having emotional support during treatment, current drug use and previous history of treatment are risk factors for abandonment of anti-tuberculosis treatment.

Keywords: Pulmonary tuberculosis, risk factor, Patient Dropouts (source: MeSH NLM)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA	12
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION	12
1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	13
1.6.1 GENERAL	13
1.6.2 ESPECÍFICOS	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	15
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	17
2.2 BASES TEÓRICAS	21
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	28
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	32
3.1 HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	32
3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL	32
3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	32
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	33
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	34
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	34
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	34
4.2.1 POBLACIÓN	34
4.2.2 MUESTRA	35
4.2.2.1 TAMAÑO MUESTRAL	35
4.2.3 MARCO MUESTRAL	35
4.2.4 TIPO DE MUESTREO	36
4.2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	36
4.2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
4.2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	36
4.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	36
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36

4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	37
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	37
4.7 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	37
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
5.1 RESULTADOS	38
5.1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	38
5.1.2 FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO	40
5.1.3 FACTORES DE RIESGO ECONÓMICOS RELACIONADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO	41
5.1.4 FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES RELACIONADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO	42
5.1.5 FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO	43
5.1.6 FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO RELACIONADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO	43
5.2 DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
6.1 CONCLUSIONES	47
6.2 RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	58
ANEXO 1. ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS	58
ANEXO 2. ACTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	59
ANEXO 3. CARTA DE APROBACION DEL PROYECTO DE TESIS FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADEMICA	60
ANEXO 4. CARTA DE ACEPTACION DE EJECUCION DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION	62
ANEXO 5. ACTA DE APROBACION DEL BORRADOR DE TESIS	63
ANEXO 6. REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN	64
ANEXO 7. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	65
ANEXO 8. MATRIZ DE CONSISTENCIA	67
ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	68
ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS	70
ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.	71
LISTA DE TABLAS	72

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Esta bacteria afecta principalmente a los pulmones, pero también tiene presentación extrapulmonar, siendo esta última no tan común. Es una enfermedad altamente contagiosa, pero del 100% de personas que se contagian, solo un 10% desarrolla la enfermedad en primera instancia, el 90% restante permanece en un estado latente durante toda la vida del hospedero a partir de la infección. Esta condición latente puede cambiar según el estado de salud del paciente, es decir, si el paciente está inmunocomprometido, presenta mala alimentación, vive en condiciones inadecuadas e insalubres, esta enfermedad puede pasar de estado latente a estado activo, generando una tuberculosis secundaria, la causa más común de tuberculosis en el país.(1)

Actualmente, todos los programas encargados de controlar esta enfermedad alrededor del mundo, tienen el mismo objetivo: hacer cumplir el régimen terapéutico de todos los pacientes a cargo. Esto no solo es importante para la erradicación de la enfermedad en sí, también para reducir el número de casos drogo resistentes. La irregularidad y el abandono no solo genera una carga adicional a la gestión en la salud pública, sino que contribuye a incrementar la prevalencia y tasa de mortalidad a causa de esta, a pesar de haber conseguido grandes avances respecto al diagnóstico y tratamiento a lo largo de los años.(2)

Con la llegada de la pandemia en 2020, la oferta de servicios en la atención primaria de salud se tuvo que limitar a emergencias, de esta manera los servicios de consultas externas y monitoreo de enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis, se vieron grandemente afectados. Sin embargo, los cambios en los factores socioeconómicos de la población y un deficiente sistema de salud que no otorgaba las mismas oportunidades de atención para todos, podrían haber convertido la lucha contra esta enfermedad en un problema de salud pública mucho mayor a comparación de años anteriores a la pandemia. Inicialmente el Estado se comprometió a garantizar la entrega oportuna e ininterrumpida de la medicación, así como implementar nuevas medidas de seguimiento que puedan ser accesibles para todos, pero en la realidad, han sido diversos factores los cuales han podido influenciar a una mala evolución en el manejo de esta enfermedad, por lo que es necesario determinarlos para poder obtener mejores resultados.(3)

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis (TB) es una enfermedad bacteriana infectocontagiosa crónica que ocasiona gran mortalidad alrededor de todo el mundo. El patógeno causante es el *Mycobacterium tuberculosis*, que pertenece a la familia Mycobacteriaceae, orden Actinomycetales; quien junto con otras especies relacionadas: *M. bovis*, *M. Africanum* y *M. Microtti*, conforman el grupo de micobacterias denominada complejo *M. tuberculosis*.(4). Esta bacteria, principalmente, afecta a los pulmones; sin embargo, hasta en una tercera parte de los casos puede haber compromiso de otras zonas del cuerpo, llegando a alcanzar ganglios, pleura, huesos, y diversos órganos. A pesar de existir diversos esquemas terapéuticos para las diferentes formas de susceptibilidad farmacológica, y ser curable en la mayoría de los casos sensibles a este, sin tratamiento, la enfermedad puede ser letal en 5 años hasta en la mitad de los casos(5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren cerca de 4000 personas a causa de la tuberculosis, y aproximadamente 30.000 son reportadas como casos nuevos(6,7). En 2020 el principal efecto directo e inmediato de la pandemia por COVID 19 fue una disminución en la incidencia de pacientes con tuberculosis; desde un pico de 7,1 millones en 2019, el reporte cayó a 5,8 millones en 2020 (-18%), habiendo en 2021, una incidencia de 6.4 millones. Este cambio pudo ser debido a la poca capacidad de los sistemas de salud para continuar brindando sus servicios; así como la capacidad reducida para buscar atención debido a las medidas de restricción aplicadas en diversos países, y las preocupaciones sobre los riesgos de ir a los centros de salud durante una pandemia (8,9) .

Por lo tanto, esta enfermedad actúa como una amenaza para la salud pública en todo el mundo. Afecta las grandes urbes, principalmente las regiones que registran mayores índices de pobreza. Pese a las medidas de control de alto impacto clínico como las medidas de tipo epidemiológico y operacional, como son el diagnóstico y tratamiento eficaces, no se ha logrado tener el efecto esperado en los casos de tuberculosis. (10).

Se sabe que para que un enfermo se cure, necesita de una buena adherencia al tratamiento; sin embargo, la tasa de éxito del tratamiento no ha representado mejoría en el último quinquenio,

pues la meta de la “Estrategia del Fin de la TB” para 2025 ha sido planteada en 90% de tasa de éxito, y la tasa actual parece mantenerse en 75% desde hace varios años(11).

Uno de los problemas observados ha sido que hay menor porcentaje de éxito en aquellos pacientes provenientes de países con mayor carga de TB, así como en pacientes previamente tratados, ya que en los últimos 4 años el porcentaje de éxito en ellos, fue próximo a 50%. Esto último puede ser debido a que también la pérdida de seguimiento, fue tres veces superior en estos pacientes en comparación a los casos nuevos y las recaídas, lo que evidencia tratamientos irregulares con mayor riesgo de emergencia de cepas resistentes, lo cual, a su vez empeora mucho más la situación de llegar a una buena tasa de éxito, ya que los pacientes que pertenecen a este grupo, tienen un cuadro mucho más agresivo y difícil de tratar.(12)

En el Perú, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (13), a través del portal de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB) recabo información en la cual se determinó que en el 2020 se presentó una marcada caída en la incidencia de la tasa de tuberculosis por cada 100 000 habitantes, pasando de 97.5 en 2019 a 72.8 en 2020. Dicha disminución de la tasa de incidencia a primera vista podría traducirse en un hecho positivo por la aparente disminución de la incidencia de casos de tuberculosis, pero al relacionarlo a la baja tasa de éxito y la tasa de abandono, se pone en evidencia que el problema fue un mal registro, control, diagnóstico y seguimiento de los pacientes con tuberculosis.

Entonces, teniendo en consideración la alta incidencia de pacientes con tuberculosis a nivel nacional, el MINSA ha establecido al primer nivel de atención como área de trabajo para la aplicación de la estrategia de vigilancia coordinada en los establecimientos de salud con el fin de lograr la detección de pacientes nuevos y efectivizar el seguimiento de los pacientes ya tratados. A pesar de todas las actividades aplicadas, lamentablemente, todos los años siempre se reportan casos de abandono al tratamiento a pesar, incluso, de ser este otorgado gratuitamente como parte de una estrategia de salud pública.(14)

La deficiencia en la tasa de éxito del tratamiento se ha relacionado principalmente a los factores relacionados con el paciente, pero aquellos relacionados al personal sanitario y a los determinantes de salud juegan un rol importante también, ya que constituyen el ambiente de asistencia sanitaria en el que los pacientes son atendidos. Es por esto que todo el personal de salud que esté relacionado laboralmente con los pacientes, debe promover y facilitar la

adherencia al tratamiento para que este se concluya satisfactoriamente.(15) Si bien estudios publicados acerca de la influencia del COVID-19 en la tuberculosis predijeron que iba a haber un cambio en las estadísticas(16,17), esto no debe analizarse a fondo puesto que, tomando en cuenta varios factores, es que se pueden determinar si han ocurrido o no una marcada diferencia(18).

Entonces, debido a los cambios al que han estado expuestos los pacientes en los últimos 5 años, es preciso poder determinar aquellos factores importantes que hayan podido inducir en el paciente a abandonar su esquema terapéutico.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible, en la RIS Chorrillos-Barranco-Surco, ¿durante el periodo 2017-2021?

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

Este estudio pertenece a la Prioridad Nacional de Investigación: Tuberculosis, según el MINSA, y a la línea de investigación: Salud pública y medicina ambiental, según el INICIB.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

En el Perú, la Tuberculosis es una de las Prioridades Nacionales de Investigación dentro del sector salud, incluso la Ley de Prevención y Control de la TB en el Perú (Ley 30287) declaró de interés nacional la lucha contra la tuberculosis. A lo largo de los últimos años, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) del MINSA, ha presentado grandes avances con respecto al control de esta enfermedad; sin embargo, aún persisten grandes desafíos que deben ser evaluados y posteriormente abordados(19).

La interrupción del tratamiento contra la tuberculosis es uno de los más grandes retos que existen dentro de la salud pública. El Estado, cada año, realiza grandes esfuerzos económicos, pues los pacientes con tuberculosis en el Perú son diagnosticados y tratados de manera totalmente gratuita por las instituciones del sistema público de salud del país, siendo la atención privada limitada, dada la prohibición de la venta libre de medicamentos antituberculosos. Así mismo, cabe resaltar que el tratamiento farmacológico que se brinda cubre tanto para las formas

sensibles como para las resistentes, todo esto con el fin de poder salir de la categoría de país endémico.(20)

Actualmente hay muy pocos estudios realizados en la Red Chorrillos-Barranco-Surco, sobre el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible, por lo que los resultados obtenidos servirán de base científica para próximos estudios.

Así mismo, con la identificación de las fortalezas y debilidades de los programas de prevención se podría brindar una mejor adherencia al tratamiento, además de una mejor educación, para concientizarlos sobre las consecuencias que traería abandonar el esquema terapéutico. También podría dirigirse a la familia, la cual juega un rol fundamental en el seguimiento del tratamiento, y podría ayudar a la integración y reinserción del paciente con su medio social.

Una vez obtenido los resultados de este estudio se dará a conocer esta información al área de Neumología de los Establecimiento de Salud de Lima Sur, lo cual servirá como una referencia para actualizar las estrategias educativas sobre la adherencia al tratamiento, diseñadas anteriormente, esperándose lograr incrementar las tasas de éxito del tratamiento, tanto a nivel institucional, como a nivel nacional.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar sensible, que hayan recibido el tratamiento ambulatoriamente en los Establecimientos de Salud de la Red Integrada de Salud Chorrillos – Barranco – Surco que pertenecen a la DIRIS Lima Sur del Ministerio de Salud, durante el periodo 2017-2021, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.6.1 GENERAL

Determinar la asociación entre los factores de riesgo y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible, en la RIS Chorrillos-Barranco-Surco, durante el periodo 2017-2021.

1.6.2 ESPECÍFICOS

OE 1. Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles.

OE 2. Determinar la asociación entre los factores económicos y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles.

OE 3. Determinar la asociación entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles.

OE 4. Determinar la asociación entre los factores psicosociales y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles.

OE 5. Determinar la asociación entre los factores relacionados al tratamiento y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Du L. et al (21), en su estudio “Determinants of Medication Adherence for Pulmonary Tuberculosis Patients During Continuation Phase in Dalian, Northeast China”, se obtuvo que los pacientes de mayor edad (OR: 1,02, $p = 0,013$), contaban con empleo (OR: 1,61, $p = 0,011$), tenían mejor conocimiento de la tuberculosis (OR: 1,34, $p < 0,001$) y no consumían alcohol (OR: 1,84, $p = 0,032$) mostraron una mayor adherencia a la medicación. Sin embargo, los pacientes que no siguieron los consejos de sus médicos de tomar fármacos adyuvantes (OR: 0,44, $p = 0,001$), haber llevado previamente tratamiento antituberculoso (OR: 1,76, $p = 0,009$), que experimentaron reacciones adversas a fármacos antituberculosos (OR: 0,65, $p = 0,017$), estigma social (OR: 0,67, $p = 0,032$) y tratamiento supervisado (OR: 0,66, $p = 0,012$) mostraron una menor adherencia a la medicación.

Santistevan W, Cuzco K (22), en su estudio titulado “Factores de riesgo y su incidencia en el tratamiento de tuberculosis en pacientes de 35-70 años del centro de salud “Lucha Obrero”, Cantón Babahoyo, periodo octubre 2019 – marzo 2020”, se observó que el 62% no culminó su tratamiento debido a diferentes factores; así mismo, de todos estos, el 37% evidenció que un factor de riesgo importante para abandonar el tratamiento eran los factores, el 13% refirió problemas por falta de apoyo familiar, 25% por alguna enfermedad concomitante y por último un 25% refirió otros motivos.

Ajema D, et al (23), en su estudio titulado “Level of and associated factors for non-adherence to anti-tuberculosis treatment among tuberculosis patients in Gamo Gofa zone, southern Ethiopia: cross-sectional study”, se evidenció que el 16,5% de los participantes no eran adherentes al tratamiento antituberculoso. El hecho de no revelar el estado de tuberculosis a su familia (AOR = 31,7; IC del 95%: 9,1-111,1), no tener información sobre los acontecimientos adversos previstos (AOR = 31,1; IC del 95%: 7,5-128. 3), los antecedentes de tratamiento antituberculoso (AOR = 5,3; IC del 95%: 1,5-18,8) y el hecho de fumar un cigarrillo (AOR = 11,7; IC del 95%: 3,2-43,03) se asociaron a una mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento antituberculoso.

Fang X. et al (24); en su estudio titulado: “Factors influencing completion of treatment among pulmonary tuberculosis patients” demostró que algunas de las causas de la interrupción del tratamiento antituberculoso fueron el olvido de tomar medicamentos (24,5%), las reacciones adversas a ciertos medicamentos parte del tratamiento (23,3%) y la mejoría sintomática (19,5%). Así mismo, un mayor nivel de educación se asoció positivamente con la tasa de culminación del tratamiento, al igual que aquellos nuevos pacientes con baciloscopia positiva.

Fang. X, et al (25), en su estudio titulado “Prevalence of and Factors Influencing Anti-Tuberculosis Treatment Non-Adherence Among Patients with Pulmonary Tuberculosis: A Cross-Sectional Study in Anhui Province, Eastern China” evidenció que un 33.63% de los pacientes evaluados no tomó la medicación, y los factores más relacionados fueron ser viudos o divorciados, ingresos anuales <5000 yuanes, poco control de parte del personal de salud a los pacientes y bajo conocimiento sobre tuberculosis y su mecanismo de contagio.

Tadele W, et al (26), en su estudio titulado “The prevalence and factors associated for anti-tuberculosis treatment non-adherence among pulmonary tuberculosis patients in public health care facilities in South Ethiopia: a cross-sectional study”, evidenció en sus resultados que un 24.5% de los pacientes que llevan el tratamiento antituberculoso abandonan el tratamiento, y de este porcentaje, los factores de riesgo más estadísticamente relevantes fueron los conocimientos deficientes sobre la tuberculosis y su tratamiento (AOR = 4,6; IC del 95%: 1,4-15,6), el coste de la medicación distinta de la Tb (AOR = 4,7; IC del 95%: 1,7-13,4) y la distancia del centro DOTS al domicilio del individuo (AOR = 5,7, IC 95%: 1,9-16,8).

Kigozi G. et al (27); n Sudáfrica, en el estudio titulado “Factors influencing treatment default among tuberculosis patients in a high burden province of South Africa”, evidenció que hubo una proporción significativamente mayor de pacientes masculinos, que abandonaron el tratamiento, que femeninos (8,3% frente a 5,8%; $p < 0,001$); así mismo, el grupo de edad de 15 a 24 años registró un abandono significativamente mayor que sus contrapartes de mayor edad (9,1% frente a 25 a 34 años: 8,7%; 35 a 44 años: 7,0%; 45 a 54 años: 5,2%; 55 a 64 años: 4,4%; > 64 años: 3,9%; $p < 0,001$). El incumplimiento del tratamiento también fue significativamente mayor en el retratamiento en comparación con los casos nuevos (11,0% frente a 6,3%; $p < 0,001$). Por último, los casos con un estado de VIH desconocido registraron un abandono del tratamiento significativamente mayor en comparación con los casos de VIH positivo o VIH negativo (7,8% frente a VIH positivo: 7,1% y VIH negativo: 5,1%; $p < 0,001$).

Zeledón P. et al (28); en Nicaragua, en el artículo titulado “Factores relacionados al cumplimiento y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en León, Nicaragua” se halló que el abandono del tratamiento se asoció al sexo masculino (OR 2,91; IC 95% 1,21-8,02), a no recibir orientación y explicación sobre su propia enfermedad de parte del personal de salud (OR= 4.066 IC95%=2.182- 13.061), a que no se realizaran recomendaciones sobre un estilo de vida saludable (OR= 7.012; IC95%=3.774 - 27.317), a no tener pleno conocimiento sobre el esquema de tratamiento (OR= 8.64; IC95% de 2.311- 22.824) y a problemas en la relación paciente- personal de salud (OR= 23; IC95%= 6.985-107.83).

Wanyonyi A. et al (29); en el artículo titulado “Factors associated with interruption of tuberculosis treatment among patients in Nandi County, Kenya 2015”, se evidenció que el 31% (78 pacientes) no culminaron el tratamiento, siendo los factores más relacionados ingresos personales mensuales \leq 10.000 chelines kenianos (100 dólares) (AOR 4,3; IC = 2,13-8,62), un consumo diario de alcohol de $>$ 3 días a la semana (AOR 3,3; IC = 1,72-6,23) y un tiempo medio de espera en el centro de salud \geq 1 hora (AOR 3,5; IC = 1,86-6,78).

Navarro C(30) en el estudio titulado: “ Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB”, determinó que los factores perceptivos cognitivos como el desconocimiento de la importancia de la adherencia al tratamiento, mejoría inmediata luego de la toma del tratamiento, desconocimiento de la duración del tratamiento y desagrado con la atención del personal de salud, fueron los principales factores de riesgo para el abandono del tratamiento (OR;11,2), seguido de los factores fisiológicos con 36,4% (RAMS, consumo de alcohol, comorbilidades, etc). Otros factores importantes mencionados son el sexo masculino (64,7%), edad entre los 45-54 años, y un nivel educativo máximo de secundaria (50%).

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Huamán, et al (31) , en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a los servicios de salud en el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del centro de salud Mi Perú – Callao, periodo 2015-2019”, determinó que los pacientes que presentaban menor nivel educativo (primaria), alcoholismo, drogadicción y falta de conciencia respecto a su enfermedad fueron los factores de riesgo más comúnmente relacionados al abandono del tratamiento antituberculoso.

Apaza H. et al (32); en Perú, en el artículo titulado: “Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en el Centro de Salud Primavera, 2019”, se halló que los factores de riesgo para el abandono del tratamiento contra tuberculosis pulmonar estaban presentes en un 74%; de estos, los factores de riesgo personales estaban presentes en el 78% de los casos y, factores de riesgo institucionales, presentes en un 70%.

Morales Y (33), en un estudio titulado: “Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de personas afectadas por tuberculosis del Hospital Huaycán – Ate, 2018” el análisis bivariado confirmó la influencia del factor “consumo de tabaco” (OR: 15) y la influencia del factor “conocer el tiempo de tratamiento” (OR:15), En conclusión, los factores de riesgo psicosociales y los factores relacionados al tratamiento están asociados significativamente con la pobre adherencia al esquema terapéutico.

Yupanqui M(34), en el estudio titulado “Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en los pacientes con tuberculosis del centro de salud Madre Teresa de Calcuta, El Agustino, 2018”, estudió los factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso, identificando como principales factores el no contar con ningún grado de instrucción, desempleo, ingreso mensual menor a 500 soles y falta de apoyo familiar por falta de comunicación y rechazo.

Cueva C(35), en el estudio titulado “Factores asociados a la adherencia al tratamiento de tuberculosis sensible en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán, Lima, 2018”, determinó que el vivir con familiares, entender y aceptar en qué consiste el tratamiento antituberculoso, fueron los principales factores para reforzar la adherencia al tratamiento, siendo los otros factores como edad, género, grado de instrucción, estado civil e ingreso económico <500 soles al mes, entre otros, no estadísticamente significativos para el abandono del tratamiento antituberculoso, llegando a la conclusión, que ninguno de los factores estudiados, podían llevar al abandono del tratamiento antituberculoso.

Rivera O, et al(2), en su estudio titulado “Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú”, se determinó que los factores de riesgo más relacionados fueron no tener un nivel adecuado de conocimiento sobre su enfermedad (OR=23,10; IC95%: 3,6-36,79; p=0,002); no confiar en el

tratamiento farmacológico (OR=117,34; IC95%: 13,57-124,6; p=0,000); no contar con apoyo emocional de parte de los familiares o amistades (OR=19,16; IC95%: 1,32-27,77; p=0,030); problemas con el horario de atención al paciente (OR=78,13; IC95%: 4,84-125,97; p=0,002), y no recibir de manera temprana los resultados de laboratorio (OR=46,13; IC95%: 2,85-74,77; p=0,007).

Meza W. et al (36); en Perú, en su estudio titulado: “Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred la Palma, Ica 2017”, se evidenció que un 42% de los pacientes tenía mala adherencia, y entre los factores asociados a esto, se encontró significancia con los factores relacionados a la percepción de molestias al tomar medicamentos (p=0.026), falta de respuesta a dudas por parte del médico (p=0.05) y con el nivel de motivación para cumplir el tratamiento (p=0.05).

López A.(37), en el artículo titulado: “Factores que influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis del C. S. Cooperativa Universal-2017”, obtuvo que de los factores asociados al abandono del tratamiento, el 25% corresponden a los de tipo socio demográficos y socio económicos, el 16% corresponden a los factores psicológicos y ambientales, el 29.5% correspondió a los factores relacionados al tratamiento y el 29.5% correspondió a los factores institucionales. En conclusión, son los factores institucionales los que más han intervenido en el abandono del esquema de tratamiento y en los que se debe prestar mayor interés.

Zevallos M. (38); en su estudio titulado “Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la RED de Salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú”, se identificaron al sexo femenino como uno de los principales factores de riesgo para el abandono del tratamiento contra la tuberculosis (OR:1.57), vivir por menos de un quinquenio en dicha zona (OR:2/1.5-2.9), tener un nivel de estudios de secundaria incompleta o inferior (OR:2.51/1.82-3.45), trabajos ocasionales o fuentes de ingresos irregulares (OR:1.42/1.01-2.01), disnea (OR:2.44/1.05-5.67), alcoholismo (OR:2.58/1.79-3.71), tabaquismo (OR:2.64/1.74-4.01), no ser evaluado por todo el personal de salud de manera completa (nutricionista, médico y enfermera) (OR:8.01/2.11-30.8), tener >3 irregularidades (OR:2.67/1.01-7.04), y no volver al centro de salud luego de la primera visita (OR:5.2/2.06-13).

Chávez J. et al (39); en el estudio titulado: “Factores socioeconómicos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en la micro-red de salud Ollantay en San Juan de Miraflores, Lima-Perú, 2012-2015”, se determinó que el sexo masculino (OR = 7.0, con un IC 95%:1.433; 34.188) y el presentar alcoholismo (OR= 3.33 con un IC 95%: 1.028-10.812) se relaciona a un aumento de 7.0 y de 3.33 veces, respectivamente, de abandonar el tratamiento contra la tuberculosis; sin embargo, no se halló significancia estadística con las variables: estado civil, edad, nivel educativo, ocupación actual, antecedente personal y familiar de tuberculosis, consumo de drogas y consumo de tabaco.

Palacios P. et al(40), en su estudio titulado: “Factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis en las microredes de Chiclayo, La Victoria y José Leonardo Ortiz, 2014 – 2016”, se halló un mayor porcentaje respecto a los factores demográficos, estando relacionados en un 41%, además se halló un 36% con los factores biológicos y con un 23% con los factores sociales. En conclusión, se reafirma el papel de enfermería para la prevención y control de tuberculosis y se sugieren estrategias de prevención y control contra la tuberculosis.

Anduaga A. et al(41), en el artículo titulado: “Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú”, se evidenció que los pacientes que tenían menos de seis años de educación (OR: 22,2; IC95%: 1,9-256,1), así como quienes obtenían un puntaje mayor o igual a 22 puntos en la prueba de riesgo de abandono (OR= 21,4; IC95%: 6,3-72,4) tenían mayor un mayor riesgo de abandonar el tratamiento antituberculoso.

Quevedo L(42), en el estudio titulado “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud”, determinó que un 81,8% de los pacientes que recibieron apoyo familiar y social cumplieron adecuadamente con el tratamiento, mientras que un 36,4% de los pacientes que no recibieron este apoyo familiar, abandonaron el tratamiento (p=0,034) Por lo tanto llegó a la conclusión que el soporte familiar es un factor importante en la recuperación del paciente, pues al sentirse apoyado por la familia, tiende a tener mayor motivación por culminar el tratamiento y poder continuar con sus rutinas habituales antes de la enfermedad.

Culqui D(43). et al, en su estudio titulado “Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú”, encontró asociación con el sexo masculino (OR = 1,62; IC: 1,07-2,44), referir sensación de malestar debido al tratamiento (OR = 1,76; IC: 1,19-2,62), contar con la condición de haber abandonado previamente (OR = 7,95; IC: 4,76-13,27) y el consumo de drogas de tipo recreacionales (OR = 3,74; IC: 1,25-11,14). Por el contrario, haber recibido una buena información respecto a su padecimiento (OR = 0,25; IC: 0,07-0,94) y el poder acceder fácilmente al sistema sanitario debido a su horario (08.00-20.00 h) (OR = 0,52; IC: 0,31-0,87) se asociaron a un mejor cumplimiento del mismo.

2.2 BASES TEÓRICAS

TUBERCULOSIS

La tuberculosis (TB), se origina por bacterias que pertenecen al complejo *Mycobacterium tuberculosis*, el cual está comprendido por ocho grupos distintos, siendo el agente más importante para los hombres el *Mycobacterium tuberculosis*. Esta es una de las enfermedades conocidas más antiguas del hombre, apareciendo incluso, desde hace más de 70 000 años aproximadamente en África y, ha sido considerada por la OMS como causa principal de muerte a nivel mundial. Debido a la estructura de su pared celular, la cual cuenta con gran cantidad de ácido micólico, ácidos grasos de cadena larga y otros lípidos, las micobacterias no suelen captar la coloración Gram, pues no pueden cambiar de color con el alcohol-ácido, es por esto que son llamadas “bacilo ácido- alcohol resistente” (BAAR).(5)

Transmisión

Esta enfermedad se transmite de manera directa entre una persona y otra por vía aérea, y esta transmisión se va a llevar a cabo en el momento que un individuo infectado tose, estornuda o escupe, pues llega a expulsar pequeñas gotas de saliva con bacilos tuberculosos al aire. Las más grandes debido a su peso, efecto de la gravedad, caen al suelo o impactan en la vía respiratoria superior, pero son fácilmente eliminadas por los mecanismos de tos o del sistema mucociliar, por tanto, no son contagiosas. Las microgotas de saliva, llamadas gotitas de Pflüge alcanzan las vías respiratorias inferiores y debido a la evaporación de su contenido de agua, forman las denominadas partículas de Wells, que miden aproximadamente entre 1 y 5 μm ; siendo la principal forma de contagio ya que alcanzan a depositarse en los alvéolos pulmonares llevando una carga entre 1 a 5 bacilos por microgota.(44)

Patogenia

1. Tuberculosis primaria o Primoinfección

Se produce en sujetos que no habían tenido contacto previamente con el bacilo tuberculoso, pudiendo ocurrir a cualquier edad, pero siendo más frecuente en los niños, ya que casi siempre están expuestos a contactos familiares o domésticos bacilíferos, los cuales son la mayor fuente de transmisión y contagio.(45)

Cuando los bacilos que se ubican en los núcleos de las gotitas de Pflügge superan los mecanismos de defensa bronco-pulmonares, llegan a los alvéolos del pulmón, generalmente de los lóbulos inferiores, por debajo de la pleura, generando una lesión no específica de tipo exudativo, siendo este el primer cambio observado. A este nivel se generan dos posibilidades evolutivas: la cicatrización o la progresión. La progresión, a su vez, tiene dos caminos: producir necrosis del tejido afectado, o la formación del granuloma tuberculoso. Este granuloma puede cicatrizar formando un tejido fibroso, el cual puede calcificarse; o progresar, debido a que los mecanismos de defensa del huésped no interrumpen la evolución. Entonces, el foco inicial que se ha formado, termina por desplazarse a través de los vasos linfáticos pulmonares, provocando la inflamación de estos, además de adenomegalias hiliares y mediastinales(46).

El foco primario subpleural, la linfangitis y las adenitis son las que conforman el “complejo primario”. Cuando alcanza los ganglios regionales, pueden alcanzar la circulación sanguínea y diseminarse por todo el cuerpo, aunque más comúnmente en algunos órganos, siendo de su preferencia en los vértices pulmonares; estos focos metastásicos se llaman focos de Simón(46).

2. Tuberculosis de tipo “adulto”

Los bacilos pueden sobrevivir durante años y reactivarse en las localizaciones pulmonares o extrapulmonares en las que se ubicaban. Por tanto, el riesgo de que el huésped vuelva a contraer la enfermedad perdurará toda su vida. Es esta forma la que presenta clínica más frecuente, y de la que se conoce como tuberculosis en sí(46). Las lesiones radiográficas característicamente muestran afectación de los lóbulos superiores con infiltrados, cavitaciones, consolidaciones y un patrón micronodular bilateral(47).

Signos y síntomas

Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis varían según el área del cuerpo que esté afectando. Por lo general se multiplican en los pulmones, entonces es característica la tos con

esputo mayor de 15 días, que en algunos casos puede llegar a ser sanguinolenta, así como, dolor torácico, fiebre, disnea, sensación de cansancio, debilidad, pérdida de peso, sudoración nocturna(48).

Por otro lado, la TB extrapulmonar puede tener gran variedad de signos y síntomas, ya que puede afectar cualquier parte del cuerpo, siendo las más frecuentes a nivel renal, gastrointestinal, neurológico, vertebral, glandular, linfático y de articulaciones. Las personas que tienen una infección latente, no refieren síntomas, por tanto, tampoco pueden transmitir la enfermedad a nadie de su entorno (49).

Diagnóstico

La baciloscopia o examen de esputo seriado es la forma más usada de diagnosticar TB, pues con el resultado positivo se puede iniciar el tratamiento correspondiente. Esta prueba tiene el objetivo de tomar muestras de la expectoración para poder observar y evidenciar los bacilos presentes a través del microscopio. Se recomiendan como mínimo realizar dos pruebas de esputo; la primera después de la consulta, y la segunda, en la mañana siguiente (50). Con este método, un 80% de los pacientes es diagnosticado en la primera prueba, un 25% con la segunda y el 5% restante con una posible tercera muestra (51).

Los exámenes de imagenología tales como la radiografía de tórax, tomografía, ultrasonidos, no son muy específicas para el diagnóstico; sin embargo, son de gran ayuda pues evidencian la extensión del compromiso pulmonar, la evolución de la enfermedad y sus posibles secuelas (47).

Algunas otras pruebas diagnósticas muy usadas son la prueba intradérmica de tuberculina (PPD) y las pruebas de interferón gamma liberado (IGRAs). Cabe resaltar que el PPD no detecta si la persona tiene un cuadro de tuberculosis activo, solo nos indica si tiene la presencia del bacilo (por el contacto con algún paciente). Por otro lado, las IGRAs son pruebas basadas en la producción de interferón gamma por las células T sensibilizadas frente a Ag de la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Actualmente, el más usado es el Quantiferon TB Gold, con una sensibilidad similar a la prueba de tuberculina, pero con mayor especificidad, que no reacciona frente a micobacterias atípicas e inducidas por BCG.(52)

Existen pruebas moleculares como el PCR (reacción en cadena de la Polimerasa) , las cuales se basan en la amplificación del genoma de la bacteria. Pueden realizarse directamente desde la

muestra o sobre los cultivos obtenidos, ya que el resultado de estos se da en 8 semanas. El uso de estas pruebas es para diagnóstico, así como para ver la resistencia a fármacos. Ejemplo de estos son el GeneXpert, que detecta la resistencia a la Rifampicina y el Genotype, que determina la sensibilidad a la Isoniacida y Rifampicina. El beneficio de estas pruebas es que son de rápida detección, sin embargo, tienen un costo mayor.(53)

Tratamiento

TB pulmonar sensible

Se estima que en un año, un caso de tuberculosis pulmonar sin tratamiento infecta entre 10 a 15 personas, sin embargo, la enfermedad puede curarse en 6 meses si se administran de manera adecuada y temprana los antibióticos respectivos (5).

Según la Organización Mundial de la Salud (54,55) los medicamentos recomendados para la TB sensible están conformados por:

- Isoniacida (H): medicamento bactericida que inhibe la síntesis de ácidos micólicos, estructura presente en la membrana de las micobacterias. Su acción es sobre las bacterias extracelulares que se encuentran en multiplicación activa y tienen un menor efecto en las poblaciones intracelulares.
- Rifampicina (R): medicamento bactericida que inhabilita la acción de la enzima ARN–polimerasa, actúa sobre todas las poblaciones bacilares, se le considera con acción esterilizante, pues actúa sobre poblaciones en crecimiento intermitente.
- Pirazinamida (Z): es un medicamento bactericida que tiene efecto sobre los bacilos en fase latente de tipo intracelulares y aquellos que están ubicados en zonas de inflamación con un pH ácido (responsables de las recaídas).
- Etambutol (E): medicamento bacteriostático, inhibe la biosíntesis de la pared, su actividad es mucho menor en especies de crecimiento rápido.

Los esquemas de tratamiento se dividen en dos fases, la inicial o intensiva (bactericida) y la de mantenimiento (esterilizante) (56):

Fase inicial o intensiva (2 HRZE)

Consiste en la toma diaria, descansando los domingos, de Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol, durante dos meses o hasta completar las 50 dosis. Esta fase tiene un

efecto bactericida, pues provoca la rápida negativización del esputo en pacientes con frotis positivo alrededor de la tercera semana, con gran mejoría de los síntomas clínicos. La presentación de los medicamentos puede ser por separado, o idealmente, en comprimidos combinados, por vía oral, en una sola administración diaria.

Pasar a la segunda fase dependerá del resultado de la baciloscopía de control y que el resultado sea negativo al final del segundo mes de tratamiento, caso contrario se prolongaría la primera fase.(57)

Fase de continuación (4H₃R₃)

En esta fase se administra dosis orales separadas o comprimidas de Isoniazida y Rifampicina, tres veces por semana, durante cuatro meses o llegar a las 54 dosis. El efecto que se logra es esterilizador, pues elimina los bacilos que quedan y de esta manera evita las recaídas. (56)

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida(Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Fuente: Norma Técnica de salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis

Según la Norma Técnica del MINSA(58), el monitoreo del tratamiento debe hacerse con evaluaciones clínicas y exámenes auxiliares. El control médico se realizará al inicio, al primer mes, al segundo mes y al finalizar es esquema terapéutico. Todo paciente diagnosticado de tuberculosis debe recibir orientación y consejería, además de firmar su consentimiento informado antes de iniciar su tratamiento. La administración de este debe ser directamente supervisado en boca. Además, se debe garantizar el cumplimiento de las dosis completas. Si el paciente presenta alguna inasistencia a la toma del medicamento, el personal del EESS debe asegurarse que el paciente consuma el medicamento en las siguientes 24 horas y de esta manera poder continuar con el esquema de tratamiento.

Adherencia terapéutica

La adherencia al tratamiento significa que el paciente está siguiendo el tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante el tiempo que sea necesario, realizándose los

exámenes y pruebas de control en el momento solicitados y , que está cumpliendo las medidas de control de la TB. La adherencia es importante porque la TB es casi siempre curable si los pacientes cumplen con su tratamiento. Es importante llegar a la concordancia, es decir que tanto el paciente como el personal de salud compartan la responsabilidad en el tratamiento, caso contrario la enfermedad será más difícil de curar. (59)

Es el consumo adecuado de los medicamentos, siguiendo las indicaciones del médico encargado y las normas del tratamiento. Para que se asegure una adecuada adhesión al tratamiento es importante que se distingan en este proceso los momentos siguientes(60):

- Aceptación convenida del tratamiento: Entre el paciente y su médico, traducida como una relación de colaboración entre médico-paciente.
- Cumplimiento del esquema terapéutico: Medida en que la persona cumple con las prescripciones recomendadas por el médico tratante.
- Participación activa en el cumplimiento: es el grado de participación de la persona para continuar.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como el compromiso voluntario del paciente para cumplir con las indicaciones de su esquema terapéutico.

Abandono del tratamiento

Debido a la gran cantidad de pacientes que cursan con pobre adherencia terapéutica, que así mismo condiciona al incremento del riesgo de abandono del esquema terapéutica, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) (58) en Perú, vio necesaria la publicación de la definición de “abandono del tratamiento antituberculoso de TB sensible”, como a un paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más, e incluye también, al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.

El abandono del tratamiento, trae complicaciones en el desarrollo de la enfermedad, como el deterioro físico de la salud, el incremento de la resistencia a los fármacos del esquema sensible, disminuyendo así la garantía de una exitosa recuperación, así como el incremento del tiempo de la administración del tratamiento, aumento de la susceptibilidad del paciente a infecciones, como el VIH, además de convertirse en un foco infeccioso para las personas de su medio, incluso, llegar a causar la muerte del paciente. (37)

El tratamiento supervisado directo (DOT), dado por personal de salud capacitado, ha demostrado ser una buena estrategia frente a los casos de abandono, ya que ha permitido además de incrementar la adherencia, también reconocer precozmente posibles reacciones adversas para intervenirlas rápidamente, así mismo, indirectamente, ayuda en la disminución de la adquisición y transmisión de TB resistente (53).

Entre otras intervenciones dadas por el MINSA(61), están:

- Educación sanitaria y asesoramiento médico para el paciente
- Inclusión a programas de protección social
- Apoyo psicológico al paciente
- Inclusión de los parientes de los pacientes, que tengan mayor nivel de comprensión, en las estrategias.
- Crear un sistema de incentivos económicos para reforzar los recursos humanos.
- Educación permanente para el personal de salud
- Incorporación de los agentes comunitarios en el proceso del tratamiento en caso de existir barreras culturales.

Factores de riesgo

Se trata de acontecimientos o suceso que puede ocurrir en algún momento y que pueden influir hacia una acción que podría condicionar alguna situación desfavorable para uno. En el área de salud, se les considera a aquellas variables que puedan intervenir en el proceso de salud-enfermedad. Cuando se relacionan entre ellos pueden llegar, incluso, a aumentar sus efectos, llevando al paciente a tomar la decisión, en el caso de estar llevando un tratamiento, de discontinuarlo, produciendo mayor morbilidad, y retrasando su recuperación. (33). Por fines prácticos, estos factores de riesgo están agrupados en:

1. Factores sociodemográficos:

Son factores que se relacionan con los rasgos propios de las personas y sus hogares, de educación y ocupación. Este aspecto es modificable, ya que la población se encuentra en constantes cambios. Dentro de estos se encuentran los siguientes aspectos: Género, edad, nivel educativo, estado civil, co-morbilidades, inmigración, problemas con la justicia. (33)

2. Factores económicos

Está relacionado con la posición con respecto a la estructura jerárquica social del paciente, y entre los principales factores están: el estado socioeconómico deficiente, la condición de la vivienda, el hacinamiento, la falta de servicios básicos en su domicilio, y la mala higiene de la vivienda, la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, el valor elevado del transporte público, el alto costo de los medicamentos antituberculosos. La inversión total por parte del paciente para su tratamiento se puede relacionar a pérdidas importantes en la economía familiar que finalmente afectará la compra de medicamentos, alimentos y otras actividades y recursos necesarios en la familia.(62)

3. Factores ambientales

Son factores sociales o factores del entorno creados por el hombre, brindan una sociedad de apoyo. Estos grupos sociales pueden ejercer presión sobre los pacientes para cumplir de manera adecuada las indicaciones médicas. Uno de los agentes sociales más influyentes son el núcleo familiar, pues motivan a los pacientes a cumplir el régimen médico; sin embargo, por otro lado, debido a la convivencia diaria a la que están expuestos, puede ser también foco para transmitir enfermedades entre los componentes(62).

4. Factores psicosociales

Hace mención a aquellos aspectos de la organización del trabajo, y sus aspectos sociales y organizativos, que pueden causar daño psicológico o físico. Dentro de estos factores se resalta el consumo de alcohol y tabaco, consumo de sustancias psicoactivas. (33)

5. Factores relacionados al tratamiento

Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, desde la duración del tratamiento, el número de medicamentos, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en él, las reacciones adversas medicamentosas, hasta la disponibilidad de un apoyo médico, e incluso, la información que se brinde en el centro de salud, un mal programa diseñado, o la lejanía desde el domicilio para poder recibir el tratamiento pueden influenciar positiva o negativamente.(15)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Abandono: Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa. (58)

Abandono recuperado: Paciente que discontinuó el tratamiento por más de 30 días consecutivos, es dado de alta como abandono y posteriormente vuelve al EESS para reiniciar el tratamiento desde el comienzo.(58)

Alcoholismo: Enfermedad crónica caracterizada por la ingesta descontrolada de alcohol y preocupación por el consumo, existiendo una dependencia física y emocional. (58)

Antecedentes familiares con TBC: Casos pasados y actuales de tuberculosis en la familia.

Apoyo emocional: es la motivación que se le brinda al paciente, permite que este, en el curso de la enfermedad, evite pensamientos negativos y de baja autoestima. (63)

Condición de egreso: Término total de los 6 meses de tratamiento o abandono.(58)

Condición de la vivienda: Hace mención a la tenencia de la propiedad donde residen.

Condición de ingreso: Situación al iniciar el nuevo esquema terapéutico, puede ser nuevo, abandono recuperado o, recaída, cuando ya había concluido su esquema y otra vez se activa la enfermedad.(58)

Curado: Paciente que culmina con el esquema terapéutico y cuenta con baciloscopía de esputo negativa en el último mes de tratamiento.(58)

Drogadicción: Uso de sustancias alucinógenas o toxicológicas, como conducta de riesgo por la dependencia.

Edad: tiempo de años vividos desde el nacimiento.

Estado civil: Calidad de un individuo, en cuanto lo habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles.

Estado laboral: Con relación al ingreso actual de dinero.

Éxito de tratamiento: la Norma Técnica de Salud considera éxito al resultado de la suma de los pacientes con la condición de egreso “curado” y “tratamiento completo”.(33)

Factor de riesgo: Presencia de ciertas características en el individuo que se relacionan con un aumento en las posibilidades de alterar la salud del ser humano.(22)

Fracaso de tratamiento: Paciente con TB cuya baciloscopia o cultivo de esputo es positivo en el mes 4 o posterior durante el tratamiento (56)

Grado de instrucción: Grado de estudios realizados.

Hacinamiento: Más de tres personas por habitación.

Recaídas: Episodios nuevos de tuberculosis diagnosticados luego de que el paciente fue dado de alta (ya sea como curado o tratamiento completo). Estas recaídas pueden ser tanto pulmonares como extrapulmonares. (58)

Servicios básicos: Servicios de agua, luz y desagüe con los que cuentan en su vivienda.

Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina.

Tabaquismo: Consumo de tabaco (cigarrillos) en los últimos 30 días, independiente de la cantidad o una suma total de más de 100 cigarrillos consumidos a lo largo de su vida.(38)

Tratamiento completo: paciente que completó el esquema, según lo recomendado por la guía nacional, sin evidencia de fracaso, pero sin constancia de tres o más cultivos negativos consecutivos con al menos 30 días de intervalo después de la fase intensiva(58).

Tratamiento de TB sensible: Caso en el que se demuestra sensibilidad a todos los medicamentos de primera línea por pruebas de sensibilidad convencional. (58)

Tuberculosis extrapulmonar (TBEP): Tuberculosis diagnosticada en otros órganos diferentes a los pulmones, como por ejemplo la pleura, ganglios linfáticos, abdomen, sistema genitourinario, piel, sistema articular, huesos, capas meningeas y otros.(56)

Tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR): Caso con resistencia simultánea a Isoniacida, Rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (Amikacina, Kanamicina o Capreomicina) por prueba rápida molecular o convencionales. (58)

Tuberculosis multidrogo-resistente (TB MDR): Caso con resistencia simultánea a Isoniacida y Rifampicina por pruebas convencionales.(58)

Tuberculosis pulmonar (TBP): bacteriológicamente confirmada o clínicamente diagnosticada que implica el parénquima pulmonar y el árbol traqueo bronquial(53).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existe asociación entre los factores de riesgo y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible, en la RIS Chorrillos-Barranco-Surco, durante el periodo 2017-2021.

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1. Existe una asociación entre los factores de riesgo sociodemográficos y el abandono al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible.

H0. No existe una asociación entre los factores de riesgo sociodemográficos y el abandono al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible.

H2. Existe una asociación entre los factores de riesgo económicos y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible.

H0. No existe una asociación entre los factores de riesgo económicos y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible.

H3. Existe una asociación entre los factores de riesgo ambientales y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible.

H0: No existe una asociación entre los factores de riesgo ambientales y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible.

H4. Existe una asociación entre los factores de riesgo psicosociales y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible.

H0: No existe una asociación entre los factores de riesgo psicosociales y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible

H5. Existe una asociación entre los factores de riesgo relacionados al tratamiento y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible

H0. No existe una asociación entre los factores de riesgo relacionados al tratamiento y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

- **Factores de riesgo:** características o rasgos que incrementan las probabilidades de generar cambios negativos en la salud del ser humano (6).
- **Abandono del esquema terapéutico de TB:** paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más, e incluye también, al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa (42).

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es observacional, pues no se tuvo control sobre ninguna variable, sino que se limitó a la observación, toma de datos y análisis de determinadas variables.

Es de tipo analítico ya que se evaluó la asociación entre los factores de riesgo y el abandono del tratamiento de la tuberculosis.

Es de tipo casos y controles, pues se hizo la comparación de dos grupos de personas: casos, quienes abandonaron el esquema terapéutico; y controles, quienes lo continuaron hasta finalizarlo.

Así mismo, es de tipo retrospectivo, ya que los hechos ocurrieron antes de realizarse el estudio, siendo los datos obtenidos de archivos de historias clínicas guardados por la institución.

El estudio es de enfoque cuantitativo, ya que se utilizó el análisis de datos a través de estadísticas y probar hipótesis establecidas previamente.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes tratados contra la tuberculosis pulmonar sensible en los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Red Integrada de Salud Chorrillos – Barranco – Surco, durante el periodo 2017-2021, los cuales fueron 1639 . Así mismo, la población de estudio se dividió en:

- Casos: pacientes que iniciaron el tratamiento y lo descontinuaron por 30 días consecutivos o más, incluyendo al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo descontinúa.
- Controles: pacientes quienes según la Norma Técnica de Salud hayan culminado el tratamiento completo, con buena evolución.

4.2.2 MUESTRA

4.2.2.1 TAMAÑO MUESTRAL

Diseño Casos y Controles	
P_2 : FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.5
OR : ODSS RATIO PREVISTO	2.7
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
r : NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	2
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	52
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	104
n : TAMAÑO MUESTRA TOTAL	156

Fuente: Díaz P., Fernández P., "Cálculo del tamaño muestral en estudios casos y controles", Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Juan Canalejo, A Coruña, Cad Aten Primaria

Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta 3 estudios diferentes , Bonilla (10) tomando en cuenta la variable apoyo social con un intervalo de confianza de 95%, un poder estadístico de 80%, relación caso: control de 1:2, proporción de exposición en los controles de 90%, y un OR de 19.16, así como el estudio de Cullqui (43) con la variable abandono previo, con un intervalo de confianza de 95%, poder estadístico de 80%, relación caso: control de 1:2, proporción de exposición en los controles de 7%, y un OR de 7.95; y la última variable utilizada para el cálculo de la muestra fue antecedente previo de tratamiento del estudio de Huamán (31) con un intervalo de confianza de 95%, poder estadístico de 80%, relación caso: control de 1:2, proporción de exposición en los controles de 50%, y un OR de 2.7. Se tomó en cuenta esta última variable debido a su mayor tamaño muestral.

El programa utilizado para calcular el tamaño de la muestra a utilizar, fue la calculadora brindada durante el Curso de Titulación por Tesis 2021 de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma (64).

4.2.3 MARCO MUESTRAL

El marco muestral estuvo conformado por las 234 historias clínicas de pacientes, entre casos de abandono y tratamiento completo antituberculoso, tratados en la RIS Chorrillos-Barranco-Surco, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión posteriormente mencionados.

4.2.4 TIPO DE MUESTREO

A través de un programa estadístico, se realizó el muestreo probabilístico aleatorio simple entre todos los datos recolectados de los establecimientos de salud.

4.2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la selección de los participantes del estudio, se tomó en cuenta el cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes diagnosticados y tratados por Tuberculosis Pulmonar sensible en el periodo 2017-2021.
- ✓ Pacientes que pertenezcan a la Red integrada de salud Chorrillos-Barranco-Surco.
- ✓ Pacientes tratados en los Establecimientos de Salud con mayor incidencia de casos de abandono de tuberculosis pulmonar sensible.
- ✓ Pacientes que cuentan con una historia clínica completa.
- ✓ Pacientes mayores de 18 años.
- ✓ Pacientes con condición de egreso de tratamiento completo.

4.2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis extrapulmonar.
- ✓ Pacientes que además de tener tuberculosis pulmonar, tienen tuberculosis extrapulmonar
- ✓ Pacientes diagnosticados con Tuberculosis drogo resistente.
- ✓ Pacientes que no cumplan con el concepto de “abandono” establecido por el MINSA.

4.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Ver anexo 9.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se elaboró una ficha creada por las investigadoras. Luego de la autorización otorgada por la RIS Chorrillos-Barranco-Surco, se seleccionaron aquellos con mayor incidencia de casos de abandono por recomendación del personal del comité de investigación de la misma. Debido al excedente de casos y controles para nuestro tamaño muestral, se realizó un muestreo aleatorio simple. La estrategia del Programa de Tuberculosis

cuenta con una ficha de monitoreo del paciente (Tarjeta de control de tratamiento con medicamentos de primera línea), la cual fue solicitada para constatar el abandono del tratamiento. El resto de información necesaria se obtuvo de las historias clínicas de los pacientes, los cuales fueron seleccionados según los criterios mencionados. Además, se contó con la participación del personal de salud a cargo del programa, para la resolución de dudas.

4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El registro de datos se consignó en una ficha de trabajo en el programa Microsoft Excel 2019 y luego fue procesado utilizando el paquete estadístico IBM SPSS. Se calculó los Odds Ratio (OR) ajustados a través de un modelo de regresión logística binaria con un intervalo de confianza del 95% y un $p < 0.05$ significativo. Los resultados del trabajo fueron esquematizados en tablas para su mejor interpretación.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Se tomó en cuenta la autorización del Comité de Ética de la Universidad Ricardo Palma y la previa autorización otorgada por el director de los Establecimientos de Salud correspondientes a la Red Integrada de Salud Chorrillos-Barranco-Surco, con las normas y recomendaciones establecidas para su realización oportuna.

4.7 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Historias clínicas incompletas
- Historias clínicas perdidas
- Influencia de la pandemia por COVID 19 en el control de los pacientes
- Información no detallada sobre las variables evaluadas en las historias clínicas.
- Discontinuidad del tratamiento antituberculoso en el establecimiento de salud por cambio de RIS.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

5.1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

En el estudio se evaluaron 52 casos y 104 controles, siendo la edad media 34,3 años (19-60) en los casos y 31,8 (18-74) en los controles. El género masculino fue el sexo más frecuente, tanto para los casos como para los controles, siendo 44 (84%) y 81 (77,9%) el número de pacientes evaluados respectivamente. El estado civil más frecuente fue soltero, con 76 casos (75%) y 39 controles (34%). El grado de instrucción predominante entre los evaluados fue estudios secundarios, tanto para casos (53,8%) como para controles (61,9%).

Con respecto a la condición de la vivienda, en los pacientes que abandonaron el tratamiento contra tuberculosis, 36 de ellos vivían en vivienda alquilada (69,2%) y de los pacientes que culminaron el tratamiento, 55 contaban con vivienda propia (52,9%).

El hacinamiento no es una condición común entre los pacientes, pues el 93% de los pacientes no presentaron criterios de hacinamiento en su hogar, siendo 49 (94,2%) casos y 96 (92,3%) controles en total. La falta de servicios básicos como agua y desagüe tampoco es una condición común, pues solo el 7% lo presentaron (siendo 3 pacientes parte de los casos y 11 de los controles).

El estado laboral más común fue el empleado (compuesto por los trabajadores formales e informales), de los cuales 31 (59,6%) pertenecen a los casos de abandono y 66 (63,5%) a los controles que terminaron su tratamiento. El apoyo emocional de parte de la familia y amistades se presentó en 115 pacientes, siendo 23 (44,2%) parte de los casos y 92 (88,5%) parte de los controles.

El antecedente de Tuberculosis en la familia se presentó en 60 pacientes, 24 de los casos (46,2%) y 36 (34,6%) de los controles.

Con respecto a los factores psicosociales, el tabaco y otras drogas se asociaron a un consumo pasado de parte de los pacientes (42,9% y 55,8% respectivamente), a diferencia del consumo de alcohol, cuya opción más común fue el no consumirlo nunca.

La gran mayoría (82,7%) de los pacientes eran casos nuevos, nunca antes diagnosticados, ni tratados de tuberculosis, siendo 36 (69,2%) casos y 93 (89,4%) controles.

De los tres distritos pertenecientes a la DIRIS Chorrillos-Barranco-Surco, el que presenta mayor cantidad de centros de salud evaluados, y por lo tanto mayor cantidad de pacientes estudiados, es el distrito de Chorrillos, con un total de 112 pacientes (71,8%).

Tabla 1: Características generales de la población estudiada

Variables	CASOS		CONTROLES		Total
	Valor	%	Valor	%	
Sexo					
Femenino	8	15,4	23	22,1	31 (19,8%)
Masculino	44	84,6	81	77,9	125 (80,1%)
Estado Civil					
Casado	13	25	28	26,9	41 (26,8%)
Soltero	39	75	76	73,1	115 (73,7%)
Grado de instrucción					
Primaria	14	26,9	18	17,3	32 (20,5%)
Secundaria	32	61,5	52	50	84 (53,8%)
Sup. Técnico	6	11,5	34	32,7	40 (25,7%)
Condición de la vivienda					
Propia	16	30,8	55	52,9	71 (45,5%)
Alquilada	36	69,2	49	47,1	85 (54,5%)
Hacinamiento					
Sí	3	5,8	8	7,7	11 (7%)
No	49	94,2	96	92,3	145 (93%)
Servicios básicos de agua y desagüe					
Sí	49	94,2	93	89,4	142 (91%)
No	3	5,8	11	10,6	14 (9%)
Estado laboral					
Desempleado	21	40,4	38	36,5	59 (38%)
Empleado	31	59,6	66	63,5	97 (62%)
Apoyo emocional					
Familia, amistades	23	44,2	92	88,5	115 (73,7%)
Ninguno	29	55,8	12	11,5	41 (26,3%)
Antecedentes de TB en la familia					
Sí	24	46,2	36	34,6	60 (38,5%)
No	28	53,8	68	65,4	96 (61,5%)

Tabaco					
Nunca	21	40,4	13	12,5	34 (21,8%)
Actual	19	36,5	36	34,6	55 (35,3%)
Pasado	12	23,1	55	52,9	67 (42,9%)
Alcohol					
Nunca	31	59,6	33	31,7	64 (41%)
Actual	17	32,7	37	35,6	54 (34,6%)
Pasado	4	7,7	34	32,7	38 (24,4%)
Otras drogas					
Nunca	22	42,3	13	12,5	35 (22,4%)
Actual	14	26,9	20	19,2	34 (21,8%)
Pasado	16	30,8	71	68,3	87 (55,8%)
Antecedentes de tratamiento		0			
Nuevo	36	69,2	93	89,4	129 (82,7%)
Abandono recuperado	7	13,5	5	4,8	12 (7,7%)
Recaída	9	17,3	6	5,8	15 (9,6%)
Distrito del EESS					
Chorrillos	33	63,5	79	76	112 (71,8%)
Barranco	7	13,5	5	4,8	12 (7,7%)
Surco	12	23	20	19,2	32 (20,5%)

Fuente: Elaborada por los autores a partir de los resultados del estudio

5.1.2 FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

Al realizar el análisis bivariado, los factores de riesgo sociodemográficos asociados significativamente al abandono del tratamiento fueron los siguientes: el grado de instrucción hasta primaria (*Odds ratio*: 4,4; intervalo de confianza 95%: 1,44 a 13,42; $p=0,009$) y el grado de instrucción hasta secundaria (*Odds ratio*: 3,48; intervalo de confianza 95%: 1,31 a 9,22; $p=0,012$). En el análisis multivariado, las variables significativas fueron: grado de instrucción hasta primaria (*Odds ratio*: 3,94; intervalo de confianza 95%: 1,27 a 12,25; $p=0,018$) y grado de instrucción hasta secundaria (*Odds ratio*: 3,26; intervalo de confianza 95%: 1,21 a 8,79; $p=0,019$) (Tabla 2).

Tabla 2: Análisis bivariado y multivariado de los factores de riesgo sociodemográficos

Variables	OR CRUDO	IC (95%)	p	OR AJUSTADO	IC (95%)	p
Sexo						
Femenino	Ref.					
Masculino	1,56	0,64 – 3,78	0,323	1,32	0,51 – 3,41	0,563
Estado civil						
Casado	Ref.					
Soltero	1,1	0,51 – 2,37	0,797	1,18	0,53 – 2,64	0,678
Grado de instrucción						
Sup Técnico	Ref.					
Primaria	4,4	1,44 – 13,42	0,009	3,94	1,27 – 12,25	0,018
Secundaria	3,48	1,31 – 9,22	0,012	3,26	1,21- 8,79	0,019

Fuente: Elaborada por los autores a partir de los resultados del estudio

5.1.3 FACTORES DE RIESGO ECONÓMICOS RELACIONADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

Al realizar el análisis bivariado de los factores de riesgo económicos, asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis, resultaron estadísticamente significativos: la vivienda alquilada (*Odds Ratio*: 2,52; IC95% 1,25 a 5,10; p=0,01) y el desempleo (*Odds ratio*: 2,67; IC 95%: 1,13-6,29; p=0.025) Por otro lado, en el análisis multivariado resultó estadísticamente significativo el contar con una vivienda alquilada (*Odds ratio*: 3,4 ; IC 95%: 1,6-7,22 ; p=0.001) y el desempleo (*Odds ratio*: 3.69; IC 95% 1,48-9,20 y p=0.005) (Tabla 3).

Tabla 3: Análisis bivariado y multivariado de los factores de riesgo económicos

Variables	OR CRUDO	IC (95%)	p	OR AJUSTADO	IC (95%)	p
Condición de la vivienda						
Propia	Ref.					
Alquilada	2,52	1,25 – 5,10	0,01	3,4	1,60 – 7,22	0,001
Hacinamiento						
No	Ref.					
Sí	0,73	0,18 – 2,89	0,659	0,85	0,19 – 3,74	0,832

Servicios básicos						
Sí	Ref.					
No	0,51	0,13 – 1,94	0,329	0,29	0,07 – 1,22	0,092
Estado laboral						
Empleado	Ref.					
Desempleado	2,67	1,13- 6,29	0,025	3,69	1,48 – 9,20	0,005

Fuente: Elaborada por los autores a partir de los resultados del estudio

5.1.4 FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES RELACIONADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

Al realizar el análisis bivariado de los factores de riesgo ambientales asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis resultó significativamente estadístico el no contar con ningún apoyo emocional (*Odds ratio*: 9,66; intervalo de confianza 95%: 4,28 a 21,8; $p < 0,001$). Así mismo en el análisis multivariado, resultó significativo para la variable no contar con ningún apoyo emocional (*Odds ratio*: 9,44; intervalo de confianza 95%: 4,17 a 21,36; $p < 0,001$) (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis bivariado y multivariado de los factores de riesgo ambientales

VARIABLES	OR CRUDO	IC (95%)	p	OR AJUSTADO	IC (95%)	P
Apoyo emocional						
Familia, amistades	Ref.					
Ninguno	9,66	4,28 – 21,8	<0,001	9,44	4,17 – 21,36	<0,001
Antecedentes de TB en la familia						
No	Ref.					
Sí	1,61	0,82 – 3,9	0,164	1,44	0,66 – 3,12	0,349

Fuente: elaborada por los autores a partir de los resultados del estudio.

5.1.5 FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

En el análisis bivariado de los factores de riesgo psicosociales asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis, resultaron significativas las siguientes variables: el uso actual de tabaco (*Odds ratio*: 7,4; intervalo de confianza 95%: 2,9 a 18,8; $p < 0,001$), el uso pasado de tabaco (*Odds ratio*: 2,4; intervalo de confianza 95%: 1,04 a 5,58; $p = 0,038$), el uso actual de alcohol (*Odds ratio*: 7,98; intervalo de confianza 95%: 2,53 a 25,12; $p < 0,001$), el uso pasado de alcohol (*Odds ratio*: 3,9; intervalo de confianza 95%: 1,19 a 12,76; $p = 0,024$), el uso actual de drogas (*Odds ratio*: 7,51; intervalo de confianza 95%: 3,13 a 18,0; $p < 0,001$), y el uso pasado de drogas (*Odds ratio*: 3,1; intervalo de confianza 95%: 1,24 a 7,43; $p = 0,011$). En análisis multivariado solo resultó significativo el uso actual de drogas (*Odds ratio*: 3,54; intervalo de confianza 95%: 1,22 a 10,21; $p = 0,019$) (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis bivariado y multivariado de los factores psicosociales

Variables	OR CRUDO	IC (95%)	p	OR AJUSTADO	IC (95%)	P
Tabaco						
Nunca	Ref.					
Actual	7,4	2,91 – 18,80	<0,001	2,16	0,58 – 8,02	0,247
Pasado	2,41	1,04 – 5,58	0,038	1,03	0,36 – 2,96	0,95
Alcohol						
Nunca	Ref.					
Actual	7,98	2,53 – 25,12	<0,001	2,57	0,58 – 11,42	0,212
Pasado	3,9	1,19 – 12,76	0,024	2,36	0,58 – 9,51	0,226
Drogas						
Nunca	Ref.					
Actual	7,51	3,13 -18,00	<0,001	3,54	1,22 – 10,21	0,019
Pasado	3,1	1,29 – 7,43	0,011	2,26	0,85 – 6,01	0,101

Fuente: elaborada por los autores a partir de los resultados del estudio.

5.1.6 FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO RELACIONADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

En el análisis bivariado de los factores relacionados al tratamiento asociado al abandono del tratamiento resultaron significativas las siguientes variables: Paciente con antecedente de abandono recuperado (*Odds ratio*: 3,61; intervalo de confianza 95%: 1,07 a 12,13; $p=0,037$) y paciente considerado como recaída (*Odds ratio*: 3,87; intervalo de confianza 95%: 1,28 a 11,66; $p=0,016$) (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis bivariado de los factores relacionados al tratamiento

VARIABLES	OR CRUDO	IC (95%)	p
Antecedente de tratamiento			
Nuevo	Ref.		
Abandono recuperado	3,61	1,07 – 12,13	0,037
Recaída	3,87	1,28 – 11,66	0,016

Fuente: elaborada por los autores a partir de los resultados del estudio.

5.2 DISCUSIÓN

La tuberculosis sigue siendo un problema de la salud pública, pues constituye una amenaza a la seguridad sanitaria y es un reto para el desarrollo, por lo que se implementó la Estrategia Fin de la Tuberculosis(65), en la que a través de diversos pilares se pretende erradicar la enfermedad en el mundo, disminuyendo las tasas de incidencia y mortalidad principalmente; siendo una de las metas, mejorar las tasas de éxito del tratamiento.

Es debido a esto que en el presente trabajo de investigación realizado en la red de Chorrillos-Barranco-Surco, se ha determinado diversos factores de riesgo que puedan relacionarse con el abandono del tratamiento contra la tuberculosis, dividiendo dichos factores en cinco grupos: sociodemográficos, económicos, ambientales, psicosociales y, por último, aquellos relacionados al tratamiento médico.

En el análisis multivariado se encontró asociación entre contar con un grado de instrucción hasta primaria o secundaria y el abandono del tratamiento, con un riesgo de 4 y 3 veces mayor respectivamente, que aquellos que contaban con un grado de instrucción superior. Similar fueron los resultados del estudio de Huamán(31), donde reporta que aquellos pacientes que contaban con grado de instrucción hasta primaria tenían un riesgo de 2 veces más a abandonar

el tratamiento. Así como Zevallos(38), quien determinó que los pacientes que contaban con máximo secundaria incompleta tenían 2,5 más veces de no concluir el esquema terapéutico. Esta situación puede estar relacionada a la falta de conocimiento acerca de su enfermedad, y las consecuencias que acarrea, tales como mortalidad o la resistencia bacteriana, por lo que es importante educar a la población en los diferentes niveles de atención(66).

Otro factor de riesgo significativo es el estado laboral desempleado, con un riesgo de 3,6 veces más de abandonar el esquema terapéutico que los pacientes en estado laboral empleado. Este resultado fue semejante al de Navarro et al (30), quien en su estudio halló que el desempleo era motivo directo de abandono del tratamiento con un riesgo de 2.3 veces mayor que aquellos que eran empleados. Es de conocimiento que la tuberculosis tiene más auge en países en vías de desarrollo debido a que está ligado a la pobreza, y para el cumplimiento del tratamiento, se necesita inversión de tiempo, una alimentación que sea de calidad, y disposición para asistir a los centros de salud, lo que conlleva a un gasto económico, que pueda no estar al alcance del paciente si este no cuenta con un ingreso seguro o estable(67).

El tercer factor asociado al abandono del tratamiento fue contar con vivienda alquilada, con un riesgo de 3.4 veces más que aquellos pacientes que contaban con vivienda propia. Esta variable no es comparable por no ser considerada estadísticamente significativa en otros estudios revisados(34,35); sin embargo, sí concuerdan respecto a frecuencia, ya que la mayoría de los casos contaban con vivienda alquilada. Este factor puede estar asociado a la pérdida de la relación establecida con el establecimiento de salud, en caso de tener que desplazarse a otras áreas, ocasionando el abandono del esquema, o la pérdida en el seguimiento de este.

El cuarto factor de riesgo, no contar con ningún tipo de apoyo emocional, ya sea por la familia o amistades es uno de los más importantes, pues causa casi 10 veces más riesgo de abandonar el tratamiento, según los resultados obtenidos en nuestro estudio. Rivera (2) concuerda con nuestros resultados, pues evidenció un riesgo alto de 19,16 veces más de abandonar el tratamiento. Esta relación se puede deber a que los pacientes que cuentan con apoyo emocional durante su tratamiento, pueden enfrentar de manera efectiva todos los obstáculos del esquema terapéutico, tales como la aparición de las RAMS, o el empeoramiento de los síntomas; el paciente se siente motivado a continuar con el tratamiento con tal de volver a su vida cotidiana con su familia y amigos. Este círculo de apoyo emocional también puede asegurarse de hacer

un seguimiento de la toma de medicamentos y asistencias a los controles, lo que aumenta la adherencia al tratamiento(22).

Respecto a los factores psicosociales, en el análisis bivariado, se halló asociación entre el consumo de sustancias nocivas como el alcohol, tabaco y otras drogas (cocaína, marihuana, heroína) y el abandono de tratamiento antituberculoso; presentando un riesgo de 2,57 veces más al consumir bebidas alcohólicas, 7,4 veces más riesgo al consumir tabaco y 7,51 veces más de riesgo al consumir otro tipo de drogas. Los resultados de Du L(21) fueron similares, con un riesgo de 1,84 veces más de abandonar el tratamiento, debido al consumo alcohol; por otro lado, Ajema D(23) encontró una relación mucho mayor a la de nuestro estudio con riesgo de 4,29 ; 11,7 y 17,3 veces más de no concluir el tratamiento debido al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas respectivamente. Esta relación puede deberse al efecto adictivo que tienen estas sustancias nocivas, creando conductas obsesivas, autodestructivas, efectos nocivos a nivel hepático, cabe resaltar que ciertos medicamentos del esquema terapéutico tienen de por sí riesgo de causar toxicidad hepática, empeorando el cuadro del paciente, razón por la cual pierden interés en su enfermedad, en su alimentación y dejan de asistir a sus consultas y controles, empeorando el pronóstico de la enfermedad, generando incluso en el caso del tabaco, enfermedad pulmonar extensa, incrementando la desconfianza e inconformidad con el tratamiento(68,69).

Otro factor de riesgo para el abandono del esquema terapéutico es contar con antecedente previo de tratamiento antituberculoso con un riesgo de 3,61 veces más que aquellos que no. Estos resultados son superiores comparados con los obtenidos por Kigozi (27) en su estudio, donde evidenciaron un riesgo de 1,76 veces más de abandonar el tratamiento por un antecedente de tratamiento antituberculoso previo. Sin embargo, Ajema(23) obtuvo resultados superiores a los nuestros, pues encontraron un riesgo de 5,3 veces más de abandonar el tratamiento, por un antecedente de tratamiento previo. Esta relación entre el abandono previo y un nuevo abandono al tratamiento actual puede deberse a que hay una mayor probabilidad de fracaso del tratamiento, debido a factores de resistencia, por falta de interés en los pacientes con respecto a su enfermedad y por la continuidad de ciertos factores de riesgo anteriores, como el consumo de sustancias o condiciones sociodemográficas que pueden estar afectando su adherencia al tratamiento(70).

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Tener un grado de instrucción hasta primaria y/o secundaria es un factor de riesgo sociodemográfico para el abandono del tratamiento.
- Las personas que cuentan con vivienda alquilada y se encuentran desempleadas cuentan con factores de riesgo económico para abandonar el tratamiento.
- No contar con algún apoyo emocional durante el tratamiento es un factor de riesgo ambiental para el abandono del tratamiento.
- El uso de drogas en la actualidad es un factor de riesgo psicosocial para abandonar el tratamiento.
- Las personas con antecedente de tratamiento previo tienen mayor riesgo de abandonar el tratamiento.

6.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda la realización de estudios tomando en cuenta el punto de vista del paciente, a través de encuestas o entrevistas, debido a que solo así se pueden obtener otro tipo factores de riesgo como molestias referidas al sistema de salud, el miedo a exponerse a centro de salud en plena pandemia, trastornos psicosociales, entre otros.
- Así mismo, es trascendental incorporar seguimiento psicológico para aquellos pacientes que presenten problemas de adicción a las drogas, alcohol y tabaco, debido a que suelen ser quienes abandonan o son irregulares al tratamiento con tendencia a abandonarlo.
- Con la finalidad de mejorar o implementar las actividades dentro del Programa de Control de Tuberculosis, es importante que los resultados sean tomados en cuenta.
- Los factores de riesgo de importancia deben ser divulgados en cada Centro de Salud por la autoridad correspondiente para poder concientizar tanto al personal de salud como a los pacientes y su familia.

- Los resultados del estudio podrán servir como fuente de información para futuros trabajos de investigación en la RIS Chorrillos-Barranco-Surco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Méndez Fandiño YR, Caicedo Ochoa EY, Urrutia Gómez JA, Cortés Motta HF, Ávila Espitia NC, Álvarez Gallego GC, et al. Comparación de factores socioeconómicos y diagnósticos relacionados con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, en Boyacá, durante 2015. Univ Medica [Internet]. diciembre de 2018 [citado 25 de marzo de 2022];59(4):9-16. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2011-08392018000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
2. Rivera O, Benites S, Mendigure J, Bonilla CA, Rivera O, Benites S, et al. Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. Biomédica [Internet]. agosto de 2019 [citado 25 de marzo de 2022];39:44-57. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-41572019000600044&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Cardenas-Escalante J, Fernandez-Saucedo J, Cubas WS. Impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis in Peru: Are we forgetting anyone. Enfermedades Infecc Microbiol Clin Engl Ed [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 25 de marzo de 2022];40(1):46-7. Disponible en: <https://europepmc.org/articles/PMC8542437>
4. Global Tuberculosis Report s [Internet]. [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/lymphatic-filariasis/morbidity-management-and-disability-prevention/global-tuberculosis-programme>
5. Tuberculosis | Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461§ionid=2098994>

6. Día Mundial de la Tuberculosis 2020 [Internet]. [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2020/03/24/default-calendar/world-tuberculosis-day-2020>
7. Tuberculosis [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
8. Global Tuberculosis Report 2022 [Internet]. 2023 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>
9. Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2020 [Internet]. Pan American Health Organization; 2021 [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55047>
10. Bonilla Asalde CA. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en la región Callao, Perú, años 2010-2012. Univ Peru Unión [Internet]. 19 de diciembre de 2016 [citado 21 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/656>
11. Global tuberculosis report 2020 [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240013131>
12. Salud OP de la. Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2019 [Internet]. OPS; 2020 oct [citado 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52815>
13. MINSA - DPCTB :: Portal de Información [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.aspx>
14. Salvador Mateo SL. Frecuencia y factores asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en la provincia de Ica. Perú, 2015-2019. Repos Inst - UCV [Internet]. 2020 [citado 23 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/56101>

15. Organization PAH, Salud OM de la. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Adherence to the long-term treatments: tests for the action [Internet]. 2004 [citado 3 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
16. Impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis management in Spain - ScienceDirect [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971221003878>
17. Louie JK, Reid M, Stella J, Agraz-Lara R, Graves S, Chen L, et al. A decrease in tuberculosis evaluations and diagnoses during the COVID-19 pandemic. *Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis*. 1 de agosto de 2020;24(8):860-2.
18. Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study - *The Lancet Global Health* [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30288-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30288-6/fulltext)
19. Ley N° 30287 [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/296991-30287>
20. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 30 de junio de 2017 [citado 5 de diciembre de 2020];34(2):299-310. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384>
21. Du L, Chen X, Zhu X, Zhang Y, Wu R, Xu J, et al. Determinants of Medication Adherence for Pulmonary Tuberculosis Patients During Continuation Phase in Dalian, Northeast China. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. julio de 2020 [citado 2 de noviembre de 2020];Volume 14:1119-28. Disponible en: <https://www.dovepress.com/determinants-of-medication-adherence-for-pulmonary-tuberculosis-patient-peer-reviewed-article-PPA>
22. Cuzco Vines KM, Santistevan Zambrano WL. Factores de riesgo y su incidencia en el tratamiento de tuberculosis en pacientes de 35-70 años del Centro de Salud “Lucha Obrero”, Cantón Babahoyo, periodo octubre 2019 – marzo 2020. 2020 [citado 1 de enero de 2021]; Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8097>

23. Ajema D, Shibru T, Endalew T, Gebeyehu S. Level of and associated factors for non-adherence to anti-tuberculosis treatment among tuberculosis patients in Gamo Gofa zone, southern Ethiopia: cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 13 de noviembre de 2020 [citado 23 de febrero de 2022];20:1705. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7666453/>
24. Fang XH, Dan YL, Liu J, Jun L, Zhang ZP, Kan XH, et al. Factors influencing completion of treatment among pulmonary tuberculosis patients. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. abril de 2019 [citado 2 de noviembre de 2020];Volume 13:491-6. Disponible en: <https://www.dovepress.com/factors-influencing-completion-of-treatment-among-pulmonary-tuberculos-peer-reviewed-article-PPA>
25. Fang XH, Shen HH, Hu WQ, Xu QQ, Jun L, Zhang ZP, et al. Prevalence of and Factors Influencing Anti-Tuberculosis Treatment Non-Adherence Among Patients with Pulmonary Tuberculosis: A Cross-Sectional Study in Anhui Province, Eastern China. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res* [Internet]. 14 de marzo de 2019 [citado 23 de febrero de 2022];25:1928-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6429981/>
26. Woimo TT, Yimer WK, Bati T, Gesesew HA. The prevalence and factors associated for anti-tuberculosis treatment non-adherence among pulmonary tuberculosis patients in public health care facilities in South Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 20 de marzo de 2017;17(1):269.
27. Kigozi G, Heunis C, Chikobvu P, Botha S, van Rensburg D. Factors influencing treatment default among tuberculosis patients in a high burden province of South Africa. *Int J Infect Dis* [Internet]. enero de 2017 [citado 3 de noviembre de 2020];54:95-102. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1201971216316253>
28. Zeledón PIZ, Tinoco HIB, Siu ERB, Salinas AJ. FACTORS RELATED TO COMPLIANCE AND ABANDONMENT OF ANTITUBERCULOSIS TREATMENT IN PATIENTS IN LEÓN, NICARAGUA. :13.
29. Wanyonyi AW, Wanjala PM, Githuku J, Oyugi E, Kutima H. Factors associated with interruption of tuberculosis treatment among patients in Nandi County, Kenya 2015. *Pan*

Afr Med J [Internet]. 6 de noviembre de 2017 [citado 23 de febrero de 2022];28(Suppl 1):11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6113692/>

30. Quintero CN, Rincón JLR, Ojeda JLM. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. Rev Cienc Cuid [Internet]. 2013 [citado 30 de marzo de 2022];10(1):19-27. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4454779>
31. Huamán Ramos EDP. Factores de riesgo asociados a los servicios de salud en el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del centro de salud Mi Perú – Callao, periodo 2015-2019. Repos Inst - URP [Internet]. 2021 [citado 23 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3771>
32. Apaza Valdez H, Huaranga Angulo L, Huarca Livias RN. FACTORES DE RIESGO PARA EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA, 2019. Repos Inst - UMA [Internet]. 23 de julio de 2020 [citado 1 de enero de 2021]; Disponible en: <repositorio.uma.edu.pe/handle/UMA/266>
33. Morales Ñaupá Y. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de personas afectadas por tuberculosis del Hospital Huaycan – ate, 2018. Univ Arzobispo Loayza [Internet]. 2019 [citado 1 de enero de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/210>
34. Yupanqui Tuanama M del P. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta, El Agustino 2018. 2020 [citado 30 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5890>
35. Cueva Benavides CM. Factores asociados a la adherencia al tratamiento de tuberculosis sensible en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán, Lima, 2018. Univ Peru Unión [Internet]. 20 de febrero de 2019 [citado 30 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1623>
36. Walter MC, Adderly PP, Freddy QG, Fermín CB. Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred la Palma, Ica 2017. Rev Médica Panacea [Internet]. 2018 [citado 2 de

- noviembre de 2020];7(1). Disponible en:
<https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/37>
37. Espinoza L, Víctor O. Factores que influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis del C.S. Cooperativa Universal-2017. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2018 [citado 13 de diciembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1793>
 38. Romero Z, Elena M. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la RED de Salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú. Univ Peru Cayetano Heredia [Internet]. 2017 [citado 1 de enero de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1030>
 39. Chavez-Salazar J, Fabian-Pantoja B, Loza-Delgadillo AJ, Valladares-Zevallos G. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE EN LA MICRO-RED DE SALUD OLLANTAY EN SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA-PERÚ, 2012-2015. Rev Fac Med Humana [Internet]. 28 de diciembre de 2017 [citado 2 de noviembre de 2020];17(4). Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1204>
 40. Palacios Carrasco P. Factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis en las Microredes de Chiclayo, La Victoria y José Leonardo Ortiz 2014 - 2016. 2017.
 41. Anduaga-Beramendi A, Maticorena-Quevedo J, Beas R, Chanamé-Baca DM, Veramendi M, Wiegering-Rospigliosi A, et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. Acta Médica Peru [Internet]. enero de 2016 [citado 2 de noviembre de 2020];33(1):21-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172016000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 42. Quevedo Cruz LN del P, Sánchez Requín RL, Villalba Porras FK, Velásquez Carranza D. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Rev Enferm Hered [Internet]. 2015 [citado 30

- de marzo de 2022];11-6. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2488/2414>
43. Culqui DR, Munayco E. CV, Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos O, Alva Ch. K, et al. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Arch Bronconeumol. 1 de mayo de 2012;48(5):150-5.
 44. Huamaní Machaca E. Causas a la no adherencia y estrategias para evitar abandono del tratamiento de la tuberculosis, Arequipa - 2020. Univ Priv Autónoma Sur [Internet]. junio de 2020 [citado 1 de enero de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.upads.edu.pe/handle/UPADS/152>
 45. L MA. HISTORIA NATURAL DE LA TUBERCULOSIS. FISIOPATOGENIA DE LA INFECCIÓN Y LA ENFERMEDAD EN EL NIÑO. Neumol Pediátrica [Internet]. 2015 [citado 24 de febrero de 2022];10(4):155-9. Disponible en: <https://www.neumologia-pediatria.cl>
 46. Definición y Patogenia de la TBC | Mycobacterium Tuberculosis | Tuberculosis | Medicina humana [Internet]. uDocz. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.udocz.com/apuntes/68970/definicion-y-patogenia-de-la-tbc>
 47. Castiñeira Estévez A, López Pedreira MR, Pena Rodríguez MJ, Liñares Iglesias M. Manifestaciones radiológicas de la tuberculosis pulmonar. Med Integral [Internet]. 1 de marzo de 2002 [citado 24 de febrero de 2022];39(5):192-206. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-manifestaciones-radiologicas-tuberculosis-pulmonar-13029945>
 48. Signos y síntomas | Datos básicos sobre la tuberculosis | TB | CDC [Internet]. 2020 [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/signsandsymptoms.htm>
 49. López Fuente C. Adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis. 2018 [citado 24 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684901>
 50. MINSA - DPCTB :: Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/Contenido.aspx?op=1>

51. Manual para el Diagnóstico Bacteriológico de la Tuberculosis. Parte 1: Manual de actualización de la Baciloscopia; 2018 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/manual-para-diagnostico-bacteriologico-tuberculosis-parte-1-manual-actualizacion>
52. Camacho-Badilla K, Camilo-de Amarante E, Martínez de Cuellar C, Castillo-Bejarano JI, Mascareñas-De Los Santos AH, López-López P. Tuberculosis en América Latina y su impacto en pediatría. Rev Latinoam Infectol Pedriátrica [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2020];33(2):66-73. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94416>
53. Guía Nacional para el Manejo de Tuberculosis en Uruguay - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/guia-nacional-para-manejo-tuberculosis-uruguay>
54. Silva C, Bermúdez V, Arraiz N, Bermúdez F, Rodríguez M, Valdelamar L, et al. Fármacos de primera línea utilizados en el tratamiento de la tuberculosis. Arch Venez Farmacol Ter [Internet]. junio de 2007 [citado 24 de febrero de 2022];26(1):21-6. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0798-02642007000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. Coll P. Fármacos con actividad frente a Mycobacterium tuberculosis. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica [Internet]. 1 de octubre de 2009 [citado 24 de febrero de 2022];27(8):474-80. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-farmacos-con-actividad-frente-mycobacterium-S0213005X09003917>
56. OPS/OMS Paraguay - Guía Nacional para el manejo de la Tuberculosis (2017) [Internet]. [citado 1 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=576-guia-nacional-para-el-manejo-de-la-tuberculosis-2017&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&Itemid=253
57. Manuales de capacitación para el manejo de la Tuberculosis: Consejería en TB [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321828-manuales-de-capacitacion-para-el-manejo-de-la-tuberculosis-consejeria-en-tb>

58. MEDBOX | Norma técnica de salud para la atención integral de las personas... [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.medbox.org/document/norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-las-personas-afectadas-por-tuberculosis#GO>
59. Manual de capacitaciones en tuberculosis [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1800.pdf>
60. Morales R, Estela L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev Cuba Angiol Cir Vasc [Internet]. diciembre de 2015 [citado 24 de febrero de 2022];16(2):175-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
61. 10_SERIE_NOTA_TECNICA_N_10-2011_Dialogo_deliberativo_Intervenciones_dirigidas_a_disminuir_el_abandono_al_tratamiento_antituberculosos.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-07-11/10_SERIE_NOTA_TECNICA_N_10-2011_Dialogo_deliberativo_Intervenciones_dirigidas_a_disminuir_el_abandono_al_tratamiento_antituberculosos.pdf
62. Jonis Jiménez M, Guzmán Reinoso RS. Depresión como factor asociado al abandono y a la mala adherencia del tratamiento en pacientes TB sensibles del Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa de Chorrillos en el periodo 2016-2020. Repos Inst - URP [Internet]. 2021 [citado 3 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3786>
63. Ugalde MAC, Cañarte FMF, Barre JRZ, Castro CVR, Nazareno CVA, Andrade EAS. Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. Dominio Las Cienc [Internet]. 2019 [citado 3 de octubre de 2021];5(1):54-68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6869921>
64. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatrística-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la

- investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educ Médica* [Internet]. 1 de julio de 2019 [citado 3 de octubre de 2021];20(4):199-205. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>
65. Estrategia Fin de la Tuberculosis [Internet]. [citado 30 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/tb/Spanish_EndTBStrategy.pdf
 66. Vista de Pacientes con tuberculosis conocimientos y actitudes frente al problema, Esmeraldas-Ecuador. [Internet]. [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/726/661>
 67. Alvarez Guijarro DG, Angulo Calero RE. Factores Socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento de la Tuberculosis. *Repos Univ Estatal Milagro* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 30 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4169>
 68. Thomas B, Watson B, Senthil EK, Deepalakshmi A, Balaji G, Chandra S, et al. Alcohol intervention strategy among tuberculosis patients: a pilot study from South India. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1 de agosto de 2017;21(8):947-52.
 69. Smoking adversely affects treatment response, outcome and relapse in tuberculosis | *European Respiratory Society* [Internet]. [citado 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/45/3/738.short>
 70. Ejeta E, Beyene G, Balay G, Bónsa Z, Abebe G. Factors associated with unsuccessful treatment outcome in tuberculosis patients among refugees and their surrounding communities in Gambella Regional State, Ethiopia. *PloS One*. 2018;13(10):e0205468.

ANEXOS

ANEXO 1. ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas Unidad de
Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "Factores de riesgo y abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible, RIS Chorrillos-Barranco-Surco, 2017-2021" que presentan las investigadoras **Johana Magaly Olivera Valladares de DNI 76593566** y **Maira Antonella Meza Cordero de DNI 73370097** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

MG. Germán Elías Pomachagua Pérez

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 08 de octubre de 2021

ANEXO 2. ACTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

• Unidad de Grados y Títulos

Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis de las estudiantes de Medicina Humana, Srta, Johana Magaly Olivera Valladares y la Srta. Maira Antonella Meza Cordero de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Germán Elías Pomachagua Pérez

Lima, 28 de octubre de 2021

ANEXO 3. CARTA DE APROBACION DEL PROYECTO DE TESIS FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°040-2016 SUNEDUCO



Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas

Oficio Electrónico N°039-2022-INICIB-D

Lima, 11 de abril de 2022

Señorita
JOHANA MAGALY OLIVERA VALLADARES
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis **“FACTORES DE RIESGO Y ABANDONO AL TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE, RIS CHORRILLOS-BARRANCO-SURCO, 2017-2021”**, presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MSc, MD.
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas.
Director del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis.
Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

“Formamos seres humanos para una cultura de paz”



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°040-2016 SUNEDUCO



Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas

Oficio Electrónico N°040-2022-INICIB-D

Lima, 11 de abril de 2022

Señorita
MAIRA ANTONELLA MEZA CORDERO
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Provento de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis **“FACTORES DE RIESGO Y ABANDONO AL TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE, RIS CHORRILLOS-BARRANCO-SURCO, 2017-2021”**, presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,


Atentamente.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MSc, MD.
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas.
Director del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis.
Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

“Formamos seres humanos para una cultura de paz”

Av. Benavides 5440 – Urb. Las Gardenias – Surco | Central 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 – Perú | Anexo 6016
www.urp.edu.pe/medicina

ANEXO 4. CARTA DE ACEPTACION DE EJECUCION DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

	PERÚ Ministerio de Salud	Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur
---	------------------------------------	---	---

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA N° 022-2022 AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION ACTA DE EVALUACION N° 022-2022-COM.ET.IN.DIRIS-LS EXPEDIENTE N° 22-011669-001

El que suscribe Director General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, hace constar que:

**MAIRA ANTONELLA MEZA CORDERO
JOHANA MAGALY OLIVERA VALLADARES**

Investigadoras del Proyecto de Investigación "FACTORES DE RIESGO Y ABANDONO AL TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE, RIS CHORRILLOS-BARRANCO-SURCO, 2017-2021", ha concluido satisfactoriamente el proceso de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, motivo por el cual se autoriza a través del presente el desarrollo del proyecto de investigación.

El presente proyecto se desarrollará en la RIS CHORRILLOS-BARRANCO-SURCO, de la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur.

Hacemos de su conocimiento que, al término de su investigación deberá presentar a la Dirección General de nuestra institución un ejemplar de la misma para ser socializada a los establecimientos de salud con la finalidad de contribuir a mejorar la atención de los usuarios.

De no cumplir con remitir lo indicado, se hará de conocimiento a la universidad de procedencia o institución a la que pertenece, a fin de ejecutar las acciones que correspondan.

Esta constancia tiene validez por (04) meses, a partir de su expedición, la misma que puede ser renovable hasta la conclusión de la investigación.

Debido a la situación de pandemia, el investigador se adecuará a las condiciones establecidas por la DIRIS LS respecto a la factibilidad de desarrollar el proyecto de investigación bajo modalidad presencial o virtual. Asimismo, deberá cumplir con todos los protocolos de seguridad, como utilizar equipos de protección personal, a fin de evitar el riesgo de infección.

Barranco, **14 JUN. 2022**

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
PIO PELAGIO YAPO QUISPE
DIRECTOR GENERAL**

PPYQ/RAS/RN/B/IRVV/RNH/fmm.
c.c.: Interesado
Archivo

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
ET - PSS
CALLE MARTINEZ DE PINILLOS 124B
WWW.DIRISLIMASUR.GOB.PE**

Calle Martínez de Pinillos 124B
Barranco, Lima 04, Perú
T (511) 477-3077

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES
RECIDIDO
14 JUN 2022**

Hora	Firma
11:53	

Siempre con el pueblo

ANEXO 5. ACTA DE APROBACION DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES DE RIESGO Y ABANDONO AL TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE, RIS CHORRILLOS-BARRANCO-SURCO, 2017-2021", que presentan las Señoritas JOHANA MAGALY, OLIVERA VALLADARES y MAIRA ANTONELLA MEZA CORDERO para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo. Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

FACTORES DE RIESGO Y ABANDONO AL TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE, RIS CHORRILLOS-BARRANCO-SURCO, 2017-2021

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

MC Félix Konrad Llanos Tejada
PRESIDENTE

MC Cristhian Pedro Resurrección Delgado
MIEMBRO

MG Víctor Juan Vera Ponce
MIEMBRO

Dr Ph.D. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

MG Germán/Elias Pomachagua Pérez
Asesor de Tesis

Lima, 14 de abril 2023

ANEXO 6. REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

Factores de riesgo y abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible, RIS Chorrillos-Barranco-Surco, 2017-2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

10% INDICE DE SIMILITUD	12% FUENTES DE INTERNET	5% PUBLICACIONES	6% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	riul.unanleon.edu.ni:8080 Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%

ANEXO 7. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

JOHANA MAGALY OLIVERA VALLADARES

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**FACTORES DE RIESGO Y ABANDONO AL TRATAMIENTO
CONTRA LA TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE, RIS
CHORRILLOS-BARRANCO-SURCO, 2017-2021**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

**VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS
MODALIDAD VIRTUAL**

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

MAIRA ANTONELLA MEZA CORDERO

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**FACTORES DE RIESGO Y ABANDONO AL TRATAMIENTO
CONTRA LA TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE, RIS
CHORRILLOS-BARRANCO-SURCO, 2017-2021**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)

ANEXO 8. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>OBJETIVO GENERAL ¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible, en la RIS Chorrillos-Barranco-Surco, durante el periodo 2017-2021?</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS OE 1. ¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles? OE 2. ¿Cuál es la asociación entre los factores económicos y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles? OE 3. ¿Cuál es la asociación entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles? OE 4. ¿Cuál es la asociación entre los factores psicosociales y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles? OE 5. ¿Cuál es la asociación entre los factores relacionados al tratamiento y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la asociación entre los factores de riesgo y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible, en la RIS Chorrillos-Barranco-Surco, durante el periodo 2017-2021.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS OE 1. Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles. OE 2. Determinar la asociación entre los factores económicos y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles. OE 3. Determinar la asociación entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles. OE 4. Determinar la asociación entre los factores psicosociales y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles. OE 5. Determinar la asociación entre los factores relacionados al tratamiento y el abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible en casos y controles.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL Existe asociación entre los factores de riesgo y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible, en la RIS Chorrillos-Barranco-Surco, durante el periodo 2017-2021.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS H1. Existe asociación entre los factores de riesgo sociodemográficos y el abandono al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible. H2. Existe asociación entre los factores de riesgo económicos y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible. H3. Existe asociación entre los factores de riesgo ambientales y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible. H4. Existe asociación entre los factores de riesgo psicosociales y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible. H5. Existe asociación entre los factores de riesgo relacionados al tratamiento y el abandono al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar sensible.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE Factores de riesgo</p> <p>X₁: Factores sociodemográficos X₂: Factores socioeconómicos X₃: Factores psicosociales X₄: Factores ambientales X₅: Factores relacionados al tratamiento</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE Abandono del esquema terapéutico contra la TB pulmonar sensible</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO Estudio observacional, de tipo analítico, de casos y controles, retrospectivo, con enfoque cuantitativo.</p> <p>POBLACIÓN La población de estudio está conformada por todos los pacientes tratados contra la tuberculosis pulmonar sensible en los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Red Integrada de Salud Chorrillos – Barranco – Surco, durante el periodo 2017-2021.</p> <p>TÉCNICA Recolección de datos a través de ficha de recolección de datos, elaborada por los investigadores, utilizando las historias clínicas de los Establecimientos de Salud de la Red Integrada Chorrillos-Barranco-Surco.</p> <p>INSTRUMENTO Ficha de recolección de datos elaborada por los investigadores.</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS Los datos obtenidos se ordenarán y codificarán en el programa Excel, para posteriormente pasar al programa SPSS v 25, para su procesamiento y análisis según el intervalo de confianza de 95%, se considerará significativos valores de p<0.05. El análisis empleado será el análisis de regresión bivariado, multivariado, así como la prueba de chi cuadrado y cálculo del OR. Los resultados serán presentados en figuras y tablas para su mejor interpretación.</p>

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable/ Tipo		Escala de Medición	Definición Operacional	Forma de Registro
Dependiente	Abandono	Cualitativa dicotómica	Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más	Caso (abandono)
Independiente	Edad	Cuantitativa discreta, razón/intervalo	Tiempo de años vividos desde el nacimiento	Edad en años
	Sexo	Cualitativa, nominal, dicotómica	Condición orgánica, masculina o femenina.	0. Masculino 1. Femenino
	Estado Civil	Cualitativa nominal	Calidad de un individuo, en cuanto lo habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles.	0. Soltero/viudo/separado 1. Casado/Conviviente
	Grado de instrucción	Cualitativa ordinal	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin considerar si han terminado o están provisional o definitivamente incompleto	0. Primaria 1. Secundaria 2. Técnico/Superior
	Estado Laboral	Cualitativa nominal	Con relación al ingreso de dinero	0. Desempleado 1. Empleado
	Antecedente de TB en la familia	Cualitativa dicotómica	Casos pasados y actuales de tuberculosis en la familia.	0. Sí 1. No
	Condición de la vivienda	Cualitativa Nominal, dicotómica	Hace mención a la tenencia de la propiedad donde residen.	0. Vivienda propia 1. Vivienda alquilada
	Consumo de Tabaco	Cualitativa nominal	Consumo de tabaco (cigarrillos) en el último mes, independiente de la cantidad o haber consumido más de 100 cigarrillos en su vida, como conducta de riesgo.	0. Actual 1. Pasado 2. Nunca

	Consumo de Alcohol	Cualitativa nominal	Enfermedad crónica caracterizada por la ingesta descontrolada de alcohol y preocupación por el consumo, existiendo una dependencia física y emocional.	0. Actual 1. Pasado 2. Nunca
	Consumo de Drogas	Cualitativa nominal	Uso de sustancias alucinógenas o toxicológicas	0. Actual 1. Pasado 2. Nunca
	Apoyo emocional	Cualitativa nominal	Es la motivación que se le brinda al paciente, permite que este, en el curso de la enfermedad, evite pensamientos negativos y de baja autoestima.	0. Ninguno 1. Familiares y amistades
	Hacinamiento	Cualitativo dicotómica	Más de 3 personas por habitación.	0. Si 1. No
	Servicios básicos	Cualitativa nominal	Servicios de agua, luz y desagüe con los que cuentan en su vivienda.	0. Sí 1. No
	Condición de egreso	Cualitativa nominal dicotómica	Término total de los 6 meses de tratamiento	0. Terminó 1. Abandonó
	Antecedentes de tto previo	Cualitativa nominal	Antecedentes de algún tratamiento para tuberculosis pulmonar sensible previo	0. Nuevo 1. Abandono recuperado 2. Recaída

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Ficha de recolección de datos
FACTORES DE RIESGO Y ABANDONO AL TRATAMIENTO CONTRA LA
TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE, RIS CHORRILLOS-SURCO-
BARRANCO, 2017-2021

NOMBRES Y APELLIDOS _____
 DNI _____ N° HISTORIA CLÍNICA _____
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____
 FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE EGRESO _____

DATOS SOCIODEM OGRÁFICOS	EDAD	
	SEXO	0. MASCULINO
		1. FEMENINO
	ESTADO CIVIL	0. SOLTERO / SEPARADO /VIUDO
		1. CASADO/CONVIVIENTE
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	1. PRIMARIA
		2. SECUNDARIA
		3. SUPERIOR/TÉCNICO
SITUACION LABORAL	0. EMPLEADO	
	1. DESEMPLEADO	
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA	0. VIVIENDA PROPIA	
	1. VIVIENDA ALQUILADA	
HACINAMIENTO (>3 PERSONAS POR HABT)	0. SÍ	
	1. NO	
SERVICIOS BÁSICOS	0. SÍ	
	1. NO	
DATOS PSICOSOCIALES	CONSUMO DE TABACO	0. ACTUAL
		1. PASADO
		2. NUNCA
	CONSUMO DE ALCOHOL	0. ACTUAL
		1. PASADO
		2. NUNCA
CONSUMO DE DROGAS	0. ACTUAL	
	1. PASADO	
	2. NUNCA	
DATOS AMBIENTALES	APOYO EMOCIONAL	0. NINGUNO
		1. FAMILIARES Y AMISTADES
	ANTECEDENTE DE TB EN LA FAMILIA	0. SÍ
		1. NO
DATOS RELACIONADOS AL TTO	ANTECEDENTES DE TTO PREVIO	0. NUEVO
		1. ABANDONO RECUPERADO
		2. RECAÍDA
	CONDICIÓN DE EGRESO	0. TERMINÓ TRATAMEINTO
		1. ABANDONÓ

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.

https://drive.google.com/drive/folders/17E6GEgN8Og4lkeg0Nw_4WcFBSNcuVJv7?usp=sharing

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de la población estudiada	39
Tabla 2. Análisis bivariado y multivariado de los factores de riesgo sociodemográficos...	41
Tabla 3. Análisis bivariado y multivariado de los factores de riesgo económicos.....	41
Tabla 4. Análisis bivariado y multivariado de los factores de riesgo ambientales.....	42
Tabla 5. Análisis bivariado y multivariado de los factores psicosociales.....	43
Tabla 6. Análisis bivariado de los factores relacionados al tratamiento.....	44