

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**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**

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

PRESENTADO POR LA BACHILLER

ELYANA DEL PILAR, HUAMÁN RAMOS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JHONY A. DE LA CRUZ GARCIA, PhD, MSC, MD.

ASESOR DE TESIS:

DR. EDWIN R. CASTILLO VELARDE, PhD, MS, MD.

LIMA – PERÚ

2021

DATOS GENERALES

TÍTULO: 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

INVESTIGADOR: Huamán Ramos, Elyana del Pilar

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: La presente tesis corresponde al cuarto problema sanitario de infecciones respiratorias según prioridades nacionales de investigación en salud en Perú 2019-2023.

AGRADECIMIENTO

A mis queridos padres por su apoyo incondicional, por sus palabras de aliento, fuerza y fortaleza que me permitieron culminar esta etapa importante de mi vida; a mi hermano, quien con su ejemplo inspiró mi vocación, y con sus consejos guiaron mis decisiones para adquirir habilidades y destrezas para formarme como médico cirujano.

DEDICATORIA

A mis profesores, quienes, con sus enseñanzas, lograron en mi actitudes, habilidades y destrezas necesarias para afrontar los obstáculos que se presentaron a lo largo de mi formación académica y a la vez apoyar la resolución de los problemas de salud de los pacientes que requieren pronta ayuda.

RESÚMEN

Introducción: El abandono del tratamiento antituberculoso es un problema existente en la atención primaria, los servicios de salud pueden contribuir a disminuir la falta de adherencia.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a los servicios de salud en el abandono de tratamiento antituberculoso en un centro de salud, periodo 2015-2019

Materiales y métodos: Estudio observacional, caso-control retrospectivo. La muestra fue de 50 casos y 100 controles. Los estadísticos empleados fueron Chi cuadrado, T de student, regresión logística.

Resultados: En el análisis univariado, el grado de instrucción primaria (OR= 2.1 IC 95% 1.15-3.8), los hábitos nocivos como el alcohol (OR de 5.14 IC 95% 1.87-14.41), la drogadicción (OR de 5.14 IC 95% 1.2-13.58), no acudir a su primera cita (OR=3.19 IC 95% 1.36-7.5), no tener conciencia de enfermedad (OR= 3.83 IC 95% IC 1.78-8.23) fueron factores de riesgo; los pacientes que tienen actitud positiva (OR= 0.067 IC 95% IC 0.023- 0.193), realizar más de tres visitas a domicilio (OR= 0,084 IC95% 0.036- 0.192). y la psicoterapia individual (OR= 0.31 IC95% (0.1- 0.95) fueron factores protectores para el abandono. En el análisis multivariado las variables alcoholismo, no acudir a su primera cita, no tener conciencia de enfermedad ($p<0,001$), fueron factores de riesgo, mientras haber tenido psicoterapia individual, haber sido visitado más de tres veces por el centro de salud y tener actitud positiva para el tratamiento ($p<0.001$), fueron factores protectores.

Conclusiones: Los servicios de salud, una vez identificado el paciente en abandono, realizan búsqueda en domicilio e instaura la psicoterapia individual para disminuir la falta de adherencia.

ABSTRACT

Introduction: The abandonment of tuberculosis treatment is an existing problem in primary care, health services can contribute to reduce the lack of adherence.

Objective: To determine the risk factors associated with health services in the abandonment of tuberculosis treatment in a health center, 2015-2019 period.

Materials and methods: Observational study, retrospective case-control. The sample was 50 cases and 100 controls. The statistics used were Chi square, student's T, binary logistic regression.

Results: In the univariate analysis, the degree of primary education (OR = 2.1 95% CI 1.15-3.8), harmful habits such as alcohol (OR 5.14 95% CI 1.87-14.41), drug addiction (OR 5.14 IC 95 % 1.2-13.58), not attending their first appointment (OR = 3.19 95% CI 1.36-7.5), not being aware of the disease (OR = 3.83 95% CI 1.78-8.23) were risk factors; patients who have a positive attitude (OR = 0.067 95% CI 0.023-0.193), make more than three home visits (OR = 0.084 95% CI 0.036-0.192). and individual psychotherapy (OR = 0.31 95% CI (0.1-0.95) were protective factors for abandonment. In the multivariate analysis the variables alcoholism, not attending their first appointment, not being aware of disease ($p < 0.001$), were factors at risk, while having had individual psychotherapy, having been visited more than three times by the health center and having a positive attitude for treatment ($p < 0.001$), were protective factors.

Conclusions: The health services, once the patient in abandonment is identified, carry out a home search and establishes individual psychotherapy to reduce the lack of adherence.

INDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. Planteamiento del Problema:	10
1.2. Formulación del Problema:	10
1.3. Justificación	11
1.4. Delimitación del Problema: Línea de Investigación	12
1.5. Objetivos de la Investigación	13
1.5.1. Objetivo General:	13
1.5.2. Objetivos específicos:.....	13
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedentes de la Investigación	14
2.2. Bases Teóricas	18
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	26
CAPÍTULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	28
3.1. Hipótesis General y Específica.....	28
3.2. Variables Principales de Investigación	28
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	30
4.1. Tipo y Diseño de Investigación	30
4.2 Población y Muestra.....	30
4.2.1. Población.....	30
4.2.2. Muestra	30
4.2.3. Tamaño muestral	31
4.2.4. Criterios de selección de la muestra	32
4.3. Operacionalización de Variables	32
4.4. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	32
4.5. Recolección de Datos	33
4.6. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos	33
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
5.1. RESULTADOS	34
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
6.1. CONCLUSIONES	45
6.2. RECOMENDACIONES	46

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
----------------------------------	----

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	53
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	54
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.....	55
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN.....	56
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	59
ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINLIDAD DEL TURNITIN.....	60
ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	62
ANEXO 08. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	63
ANEXO 09: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	64
ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	67

LISTAS DE TABLAS

TABLA 1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.	34
TABLA 2. HABITOS NOCIVOS	36
TABLA 3. ACTITUD DEL PACIENTE Y LA FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD.	37
TABLA 4 RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	38
TABLA 5 ANALISIS UNIVARIADO.	39
TABLA 6 ANALISIS MULTIVARIADO.	40

LISTA DE GRAFICOS

FIGURA 1 DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE TUBERCULOSIS.	35
FIGURA 2 DISTRIBUCIÓN DE DIABETES, VIH/SIDA.	35
FIGURA 3 REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSO.	37

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis representa aún un problema de salud pública, difícil de controlar debido a que es transmitido a través del aire. El agente etiológico de la enfermedad es el *Mycobacterium tuberculosis*, que se caracteriza por la presencia de granulomas y reacción de hipersensibilidad mediada por inmunidad celular. La tuberculosis afecta principalmente a grupos económicamente activos, causando daño a la economía de las familias y un mayor gasto público (1,2). En el Perú, el año 2015, la incidencia de tuberculosis fue de 87.6 casos por 100 000 habitantes y la morbilidad de 99.5 casos por 100 000 habitantes (3). Los principales factores de riesgo para mortalidad identificados son (4,5), el tratamiento inadecuado o irregular, diagnóstico tardío, multidrogoresistencia, coinfección con el virus de inmunodeficiencia y edad avanzada. La no adherencia al tratamiento es un problema mayor en el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, la tuberculosis es una enfermedad que afecta la adherencia al tratamiento y crea un reto para la salud. Además, el tratamiento de tuberculosis es prolongado y requiere la administración de varios medicamentos. Sin embargo, a pesar de los frecuentes eventos adversos del tratamiento, los pacientes se sienten físicamente bien antes del fin del ciclo del tratamiento, siendo tentados a abandonar pronto el tratamiento (3). La baja adherencia es la mayor causa de falla del tratamiento y resistencia a las drogas. Estudios previos han demostrado que el gasto de viaje para tratamiento, género masculino, bajos niveles de conocimiento acerca de la enfermedad, dificultad en la comunicación con los pacientes, alcoholismo y abandonados son los principales determinantes de la no adherencia del tratamiento antituberculoso (1,2,3,4). Los sistemas de salud han implementado mecanismos de control de la adherencia, siendo el más importante, el tratamiento administrado directamente en el centro de salud; no obstante, estos esfuerzos los pacientes abandonan el tratamiento (3)

El presente estudio analiza los factores de riesgo asociados a los servicios de salud en el abandono del tratamiento antituberculoso en un Centro de Salud del Callao durante el periodo 2015-2019.

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

Planteamiento General:

El presente estudio evalúa los factores de riesgo asociados a los servicios de salud en el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del Centro de Salud Mi Perú del Callao, periodo 2015 – 2019.

Planteamiento específico:

Se evaluará las características demográficas de los pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso en pacientes del Centro de Salud Mi Perú del Callao, periodo 2015 – 2019.

De los antecedentes, es necesario conocer los factores relacionados al paciente para el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del Centro de Salud Mi Perú del Callao, periodo 2015 – 2019.

El presente estudio busca establecer como los factores relacionados al tratamiento antituberculoso propician el abandono de la terapia en pacientes del Centro de Salud Mi Perú del Callao, periodo 2015 - 2019?

1.2. Formulación del Problema:

De lo expuesto, planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a los servicios de salud en el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del Centro de Salud Mi Perú del Callao, periodo 2015 - 2019?

1.3. Justificación

La tuberculosis es una enfermedad donde se ha identificado los factores de riesgo; no obstante, debido a su mecanismo de transmisión (a través del aire) es difícil lograr el control de su propagación. Actualmente existen pruebas más sensibles y específicas para el diagnóstico de la tuberculosis; pero, no están al alcance de los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo. Una vez diagnosticado el paciente, se aísla, para evitar el contacto con otras personas, mientras recibe el tratamiento adecuado. El bacilo tuberculoso presenta una pared celular que le da la propiedad de ser impermeable al mecanismo de acción de varios tipos de drogas, siendo las drogas antituberculosas, las únicas en dar la posibilidad de controlar la enfermedad. Un paciente que abandona el tratamiento induce a la resistencia del mycobacterium tuberculoso; el reinicio del tratamiento pasa por un estudio de la resistencia del bacilo presente en el paciente; así como incremento de los costos de salud y la continuidad de las cepas a multidrogoresistentes en nuestro medio. El Centro de Salud Mi Perú-Red Ventanilla DIRESA Callao, es un centro importante de diagnóstico y tratamiento para el control de la tuberculosis, para ello se ha implementado el Plan de Intervención para la prevención y control de la tuberculosis 2018-2020. Durante el año 2018 se detectaron 1164 casos de Tuberculosis sensible, siendo la tasa de abandono de 13.3%. En el Centro de Salud Mi Perú, se estima una frecuencia de 10 abandonos por año, en la estrategia de control de la tuberculosis (Fuente: Departamento de epidemiología DIRESA Callao). El conocimiento de los factores de riesgo asociados a los servicios de salud para el abandono del tratamiento antituberculoso, permitirá actuar sobre ellos para disminuir la tasa de abandono de tratamiento antituberculoso.

1.4. Delimitación del Problema: Línea de Investigación

El presente estudio se desarrollará en pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de tuberculosis, con identificación del bacilo de tuberculosis, con diagnóstico nuevo, que abandonaron el tratamiento antituberculoso durante los tres primeros meses, en el Centro de Salud Mi Perú del Distrito de Mi Perú en la provincia del Callao, durante el periodo 2015- 2019. “La presente tesis corresponde al cuarto problema sanitario de infecciones respiratorias según prioridades nacionales de investigación en salud en Perú 2019-2023”.

1.5. Objetivos de la Investigación

1.5.1. Objetivo General:

Determinar los factores de riesgo asociados a los servicios de salud para el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del Centro de Salud Mi Perú del Callao, periodo 2015 – 2019.

1.5.2. Objetivos específicos:

1. Describir las características demográficas de los pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso.
2. Determinar los factores relacionados al paciente para el abandono de tratamiento antituberculoso.
3. Determinar los factores relacionados al tratamiento antituberculoso de los pacientes que abandonan la terapia.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Soares et al realizan un estudio descriptivo del tipo ecológico, acerca de las tasas de abandono de casos nuevos de tuberculosis tratados en una institución del Brasil del 2001 al 2014. De los 57 015 nuevos casos. 6 474 (11.3%) abandonaron tratamiento; aunque este abandono disminuyó de 16.4% (2001) a 9.3% (2014). La tasa más alta se observó en varones (11.9%), en personas entre 20-39 años (12.7%), persona con secundaria incompleta (12.1%), personas negras (13.7%), personas hospitalizadas (12.5%) y aquellos con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar (14.1%). El estudio concluye que a pesar que el abandono ha disminuido permanece alto, los varones, adultos con baja educación, afroamericanos, hospitalizados y enfermedad pulmonar y extrapulmonar parecen ser los más propensos al abandono (6).

Mendonca et al realizan un estudio retrospectivo, acerca de los factores de abandono de terapia preventiva con isoniazida (IPT) en niños y adolescentes con infección de tuberculosis latente (LTBI) en el Brasil del 2005 al 2009. De los 245 casos de LTBI incluidos, 62 abandonaron IPT (25.3%; 95% IC 20-31%). En el análisis multivariado, las variables relacionadas a IPT, fueron el índice de desarrollo humano (OR 0.004-0.569), el lugar de residencia y el contacto con adultos que no recibieron tratamiento antituberculoso (OR 7.3 IC 95% 1.0-53.3). el estudio concluye que hay una relación en el estado socioeconómico bajo, lugar de residencia, pobre adherencia al tratamiento antituberculoso e IPT. Se sugiere medidas educativas para estimular el tratamiento preventivo de niños contactos y el tratamiento curativo de los casos índices para cubrir en forma integral el tratamiento familiar (7).

Silva et al realiza un estudio observacional, retrospectivo en pacientes con tuberculosis pulmonar tratados con cuatro drogas con dosis ajustadas, donde se describe los casos de abandono y recurrencia, en un hospital de Brasil del 2007 al 2013. Se reclutaron 208 pacientes para el estudio, tratados con rifampicina, isoniacida, pirazinamida (2007-2010), y posteriormente con rifampicina, isoniacida, pirazinamida, etambutol (2010-2013). Las tasas de cura, abandono de tratamiento y fallecimiento fueron 90.4%, 4.8% y 4.8% respectivamente, hubieron 7 casos de recurrencia durante el seguimiento. No hubo diferencia entre los grupos ($p=0.13$), no hubo diferencias en cuanto eventos adversos, tasas de cura, abandono de tratamiento o muerte. El estudio

concluye sugiriendo la necesidad de un estudio de seguimiento para evaluar factores asociados (8).

De Faria et al realiza un estudio de cohorte retrospectivo longitudinal, para evaluar los factores de riesgo asociado a abandono de tratamiento y mortalidad en tuberculosis del 2002 al 2008. Se evaluaron 1257 pacientes, 69.1% varones, 54.4% en mayores de 40 años, 18.9% enfermedad extrapulmonar, 9.3% infectadas con VIH. Los factores de riesgo asociados a abandono del tratamiento incluyen género masculino (OR=2.05, 95% IC 1.15-3.65), no adherencia a tratamiento previo (OR=3.14 95% IC 1.96-5.96). La presencia de tuberculosis extra pulmonar fue un factor protector (OR=0.33, 95% IC 0.14-0.76). Los siguientes factores de riesgo se asociaron a mortalidad: Mayor de 40 años (OR=2.61 95% IC 1.76-3.85), infección con VIH (OR=6.01 95% IC 3.78-9.56), bajo nivel educativo (OR= 1.88 95% IC 1.27-2.75), presencia de tuberculosis extrapulmonar severa (OR=2.33 95% IC 1.24-4.38), retratamiento después de recaída (OR=1.95 95% IC 1.01-3.75). El estudio concluye que el género masculino, el retratamiento después del abandono, fueron factores de riesgo independiente para no adherencia al tratamiento. Edad mayor de 40 años, coinfección con VIH, bajo nivel educativo, tuberculosis extra pulmonar severa y retratamiento después de recaída, fueron asociados a alta tasa de mortalidad (9).

Torres et al realiza un estudio descriptivo de los pacientes con abandono del tratamiento antituberculoso en Chile, durante el periodo 2009-2013. Se reclutaron 134 abandonos, se observa un cumplimiento de la actividad de un 35.9% y en la mayoría de los casos el registro es incompleto, los pacientes son generalmente varones, entre 15 y 45 años de edad y en el 91% es su primer episodio de tuberculosis. 62.7% presenta alcoholismo y drogadicción, 16.5% personas en la calle. El estudio concluye que los pacientes en abandono presentan abandono, durante la fase intermitente del tratamiento, como abuso de sustancias, sensación de mejoría e inestabilidad laboral (10).

Anduaga-Beramendi et al realiza un estudio de casos y controles retrospectivo no pareado, estudia los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en Perú. Define a los casos como aquellos, que abandonaron el tratamiento en un periodo de 30 días consecutivos o más; se incluyeron 34

casos y 102 controles. Los resultados fueron, los que cursan con menos de seis años de educación (OR 22.2 IC 95% 1.9-256.1), ingresos mensuales menor de 700 soles (OR 3.74 IC 95% 1.3-10.4). El estudio concluye que el abandono del tratamiento antituberculoso está asociado a nivel de conocimiento menor de seis años de educación (11).

Zevallos et al realiza un estudio de casos y controles retrospectivo, donde estudia los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes nuevos, en esquema uno en el periodo 2009 al 2012. De los resultados, se identificaron que el sexo femenino (OR 1.57 IC 95% 1.07-2.31), vivir menos de cinco años en la zona (OR 2 IC 95% 1.5-2.9), tener máximo secundaria completa (OR 2.51 IC 95% 1.82-3.45) disnea (OR 2.44 IC 95%), consumo de alcohol (OR 2.58 IC 95% 1.79-3.71), consumo de tabaco (OR 2.64 IC 95% 1.74-4.01), no ser evaluado por médico, enfermera o nutricionista (OR 8.01 IC 95% 2.11-30.8), tener más de tres visitas irregulares (OR 2.67 IC 95% 1.01-7.04), no acudir después de la primera visita por inasistencia (OR 5.2 IC95% 2.06-13). El estudio concluye que el abandono de tratamiento antituberculoso está relacionado principalmente a la supervisión de las visitas al centro de salud y a la visita domiciliaria de rescate ante irregularidades de tratamiento (12).

Bonilla et al realiza un estudio caso control retrospectivo acerca del abandono del tratamiento antituberculoso en multidrogoresistentes (TB MDR) en Perú durante el periodo 2010-2012. Para ello recluta 86 casos y 180 controles. Los resultados, los factores relacionados fueron: No tener conocimiento acerca de la enfermedad (OR 23.1 IC 95% 3.6-36.79) $p=0.002$, no creer en su curación (OR 117.34 IC 95% 13.57-124.6) $p=0.002$, no tener apoyo social (OR 19.16 IC 95% 1.32- 27.77) $p= 0.030$, no considera adecuado el horario para la administración de los medicamentos (OR 78.13 IC 95% 4.84-125.97) $p=0.002$; no recibir del personal de salud los informes de laboratorio (OR 46.13 IC 95% 2.85-74.77) $p=0.007$. El estudio concluye que existen factores de riesgo dependientes del sistema de salud y del paciente, para lo cual se deben tomar las medidas para evitar los casos de abandono (13).

Muñoa et al realiza un estudio caso control prospectivo, para evaluar los factores de riesgo de abandono de tratamiento de los pacientes multidrogo

resistente (TB MDR) en Lima, el 2014. Se reclutaron 16 casos y 32 controles, se aplicó un instrumento validado. Los resultados se encuentran que la ocupación (OR=2), reacciones adversas náuseas (OR=2) vómitos (OR=2), dolor articular (OR=7.5), malestar general (OR =10), dolor en zona de inyección (OR=7.2); enfermedades asociadas (OR=3.6), drogadicción (OR=1.9), alcoholismo (OR=3.1), diabetes (OR=3.5), en todos los casos el $p < 0.005$. El estudio concluye que los factores de riesgo sociodemográficos como ocupación, reacciones adversas (náusea, vómito, dolor articular, malestar general), dolor en zona de inyección, enfermedades asociadas (VIH/SIDA, drogadicción, alcoholismo, diabetes (14).

Gomero et al realiza un estudio caso control prospectivo, acerca de los factores de abandono de tratamiento antituberculoso en Lima, durante el periodo 2016. Se reclutaron 40 abandonos (casos) y 40 que no abandonaron el tratamiento (controles). Se diseñó una encuesta validada. Los factores relacionados al paciente: antecedentes patológicos OR=12.33, sensación de bienestar al tratamiento (OR=33.00, consumo de alcohol (OR=4.63), consumo de drogas (OR= 13.0). En cuanto a los factores relacionados tratamiento: tratamiento prolongado (OR=7.66), medicamento excesivo (OR=2.81), efectos adversos (OR=39.66). En relación al servicio de salud: accesibilidad al servicio de salud en tiempo (OR=4.75), en relación al médico tratante (OR=5.16). El estudio concluye que las dimensiones relacionadas a antecedentes patológicos, servicios de salud y tratamiento están asociados a factores que influyen en el abandono del tratamiento (15).

2.2. Bases Teóricas

La tuberculosis es una infección causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, un bacilo ácido alcohol resistente, aerobio estricto, no esporulado, inmóvil y no productor de toxinas. En su estructura presenta gran cantidad de lípidos, ácidos micólicos (base de alcohol resistencia) y un factor de virulencia denominado “Cord factor”, usualmente afecta los pulmones; pero puede invadir otros órganos. Tuberculosis es la principal causa de muerte debido a enfermedades infecciosas curables a través del mundo, según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia y prevalencia ha disminuido (1). Según reporta la misma organización (2): La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, el 2017, 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.6 millones enfermaron de esta enfermedad (0.3 millones con VIH), el 2017, un millón de niños enfermaron de tuberculosis y 230 000 murieron (incluidos niños con tuberculosis y VIH). En el Perú, el año 2015, la incidencia de tuberculosis fue de 87.6 casos por 100 000 habitantes y la morbilidad de 99.5 casos por 100 000 habitantes (3).

La tuberculosis es altamente contagiosa y se transmite de persona a persona a través de gotitas de aire, el germen llega al espacio alveolar, donde presenta replicación bacteriana lenta (14 a 21 días) y posterior diseminación mediante los vasos linfáticos hacia los ganglios linfáticos regionales (complejo primario de Ghon, neumonitis, más linfangitis más adenitis), el proceso inflamatorio en los pulmones causa que lleguen neutrófilos y macrófagos, los macrófagos fagocitan al bacilo e inician el proceso de aislamiento del patógeno para evitar su diseminación; sin embargo el patógeno logra sobrevivir dentro de los macrófagos, resiste las enzimas del lisosoma, se multiplica y forma los granulomas, luego de completar su metabolismo se mantiene en un estado de latencia extremadamente resiste a los mecanismos de defensa y los fármacos, en respuesta los macrófagos y linfocitos liberan interferón, que inhibe la multiplicación del microorganismo y estimulan que más macrófagos ataquen la bacteria; los macrófagos apoptóticos infectados, también pueden activar células T citotóxicas o CD8. Neutrófilos, linfocitos y macrófagos rodean la colonia de bacilos formando la lesión granulomatosa llamada tubérculo, el tejido central se caseifica, el tejido alrededor se fibrosa, completando el

aislamiento del bacilo (16). La respuesta completa alrededor del día 10, previniendo mayor multiplicación del bacilo. Tras el drenaje linfático el germen alcanza la sangre diseminándose por vía hematológica al resto de órganos donde anida quedando en estado latente, sin replicación. La diseminación hematológica suele ser silente y se acompaña de la hipersensibilidad retardada al bacilo tuberculoso. La mayoría de los casos de tuberculosis clínica ocurren en los dos primeros años después de la primoinfección. El principal sistema defensivo contra el *Mycobacterium tuberculosis* es la inmunidad celular, que es evidente en la prueba de reacción cutánea de hipersensibilidad, que se realiza a través de la prueba de Mantoux, que es la inyección subcutánea de un derivado proteico purificado (PPD), la prueba se considera positiva cuando se forma un halo a las 48 a 72 horas y es mayor en 5 mm de diámetro sin vacunación o mayor de 14 mm si hubo vacunación previa; cuando existe una profunda inmunosupresión (TB miliar o TB asociada a VIH) la prueba será negativa. En mayores de 65 años y/o vacunados de BCG, existe una menor reactividad a la tuberculina; se requiere repetir la prueba de Mantoux a los 7 o 10 días, mediante la primera dosis se estimula la inmunidad y sirve de recuerdo para positivizar la segunda (17).

El diagnóstico se basa en la demostración del *Mycobacterium tuberculosis*, mediante cultivo (Löwenstein Jensen). La presencia de bacilos ácido alcohol resistente con las tinciones de Ziehl Neelsen, es sugestiva de tuberculosis; pero no es patognomónica, el otro método más rápido es el medio de cultivo líquido BACTEC, que es positivo en 7-10 días, también está disponible las sondas de ADN, con técnica PCR de ácidos nucleicos (18).

En el Perú según dato del Ministerio de Salud (3), se notificaron 30 988 casos de tuberculosis, la tasa de incidencia de 87.6 casos/100 000 habitantes, la tasa de mortalidad de 3.7 casos/ 100 000 habitantes, el año 2015 se han identificado 1 774 000 sintomáticos respiratorios. Lima Metropolitana y el Callao notificaron el 59.3% de todos los casos de tuberculosis a nivel nacional el año 2015, de los 27 299 casos nuevos notificados el mismo año, 16 680 (61.1%) fueron varones.

Las formas clínicas de la tuberculosis, se presentan como tuberculosis respiratoria, tuberculosis miliar diseminada, tuberculosis extra pulmonar (19).

La tuberculosis respiratoria, se puede presentar bajo la forma de Neumonía tuberculosa y pleuritis tuberculosa. La primoinfección tuberculosa en general es asintomática, produce una neumonitis inespecífica que afecta fundamentalmente a los lóbulos medios o inferiores, y que se acompaña de adenopatías hiliares. La reactivación tuberculosa afecta fundamentalmente a los segmentos apicales y posteriores de los lóbulos superiores y a los segmentos superiores de los lóbulos inferiores, la clínica es variada, fiebre, baja de peso, malestar general, tos persistente con flema, la enfermedad tiene alta probabilidad de contagio, requiere aislamiento inicial, en promedio dos semanas, desde el inicio del tratamiento (20). La pleuritis tuberculosa, se presenta como derrame pleural, suele también ser la manifestación de una primoinfección tuberculosa, frecuentemente es unilateral, de comienzo brusco, la composición del líquido es exudado, en el frotis linfocitario, en la analítica, hay elevación de la enzima adenosín deamidasa (ADA), para el diagnóstico debe realizarse biopsia de pleura mediante pleuroscopia, evidenciándose bacilos en el interior de los granulomas, si no se asocia a neumonía, la probabilidad de contagio es baja. La tuberculosis miliar o diseminada, se presenta en personas con alteración del sistema inmune; la función inmune encargada de neutralizar al mycobacterium tuberculosis, es principalmente la inmunidad celular; por tanto, no hay posibilidad de localizar al germen; se presenta con síntomas inespecíficos, entre ellos la fiebre, la mayoría de signos suelen ser negativos, algunos reportan la presencia de bacilos en la coroides de la retina, la radiografía de tórax suele ser negativa. Es posible identificar el bacilo en la prueba de orina, en médula ósea en 50%; en caso todo sea negativo; debe intentarse una biopsia hepática. La enfermedad es poco contagiosa. La tuberculosis extrapulmonar, se presenta bajo diferentes formas, dependiendo del órgano comprometido, se presenta en tres formas, dentro de una tuberculosis miliar, en simultáneo a una reactivación pulmonar y en ausencia de enfermedad clínica pulmonar, incluso las radiografías de tórax, sólo 50% tiene alteraciones (21). La Meningitis tuberculosa, se presenta como meningitis subaguda o crónica que afecta la base encefálica, acompañado de parálisis de pares craneales, signos meníngeos, confusión, letargia, una vez tratados pueden quedar con secuelas neurológicas en 25% de los casos, pueden presentarse en forma de tumor cerebral (tuberculoma), meníngeos o

cerebrales, se manifiestan con convulsiones y se manifiestan años después de la infección meníngea. Estos pacientes requieren punción lumbar, en el análisis del líquido cefalorraquídeo, se evidencia linfocitosis, aumento de proteínas y disminución de glicemia; requiere tratamiento además de uso de corticoides. La tuberculosis genitourinaria, se debe a la diseminación hematológica, luego del cual viaja por el urotelio, cursa con molestias urinarias y piuria estéril, orina ácida y hematuria, en caso afecte a los varones en el epidídimo o trompas en la mujer, causará esterilidad. La osteomielitis tuberculosa, afecta a la columna dorsal, denominada enfermedad de Pott, es causa de cifosis y dolor lumbar intenso, responde adecuadamente a la medicación. La adenitis tuberculosa constituye la forma más frecuente de tuberculosis extrapulmonar y es habitual en infectados con el virus de inmunodeficiencia adquirida, aparece en la región cervical y se le denomina escrófula, muchas veces es necesario la resección para el diagnóstico.

El tratamiento de la tuberculosis se basa en la etapa del diagnóstico, donde es captado el paciente, y si existe resistencia al fármaco antituberculoso. En el Perú el Ministerio de Salud, establece las pautas para el manejo de la tuberculosis por los profesionales de la salud (22), en ella se establece que una vez captado el paciente, se debe captar la muestra y esta debe pasar una prueba de sensibilidad, para adaptar el esquema de tratamiento. Actualmente, es probable identificar cepas de mycobacterium tuberculosis con resistencia a isoniacida y rifampicina (23). En caso el bacilo sea sensible a isoniacida (H) y rifampicina (R), el paciente debe tener dos meses de H,R, pirazinamida (Z) y etambutol (E), seguido de cuatro meses de H y R. En caso el germen resistente a H; pero no a R; recibirá dos meses de Levofloxacino (Lfx) más R, Z, E, seguido de siete meses de Lfx,H,R. En caso el germen sea sensible a H; pero resistente a R, en forma similar que resistente a H y R. Serán tratados en base al esquema de múltiples drogas. 6-8 meses de Lfx, Kanamicina (Km), Etionamida (Eto), Cicloserina (Cs), E, Z; seguido de 4-6 meses de Km, Mfx, Eto,Z. Finalizado el tratamiento, según evolución del paciente se hace una segunda prueba de sensibilidad del mycobacterium a los fármacos de su sensibilidad individualizada para cada fármaco (24). Según la NT del MINSA 2018, si el bacilo tuberculoso, es resistente a H y R es multidrogoresistente

(MDR) y si es resistente adicionalmente a una quinolona o un inyectable es extensamente resistente (XDR) (25).

Entre los principales efectos adversos de los fármacos antituberculosos, tenemos: La isoniacida, es el fármaco más importante, bactericida por inhibición de la síntesis de los ácidos micólicos y ácidos nucleicos, tiene metabolismo hepático y no requiere reducción de la dosis en caso de disfunción renal no avanzada; los efectos adversos más frecuentes son neuropatía periférica, hipersensibilidad, inducción de anticuerpos antinucleares, hiperuricemia, neuritis óptica, agranulocitosis, anemia hemolítica. La rifampicina, es bactericida por inhibición de la síntesis de ARN, entre sus eventos adversos tenemos: hepatitis, hipersensibilidad, síndrome gripal, insuficiencia renal e insuficiencia suprarrenal. El etambutol, es un bacteriostático por inhibición de la síntesis de la pared celular y el ARN de la bacteria, debe disminuirse en caso de insuficiencia renal, entre sus efectos adversos tenemos: neuritis óptica, hiperuricemia, neuropatía periférica. La pirazinamida es un bactericida con un mecanismo no muy bien conocido, entre sus efectos secundarios, tenemos: hepatotoxicidad, hiperuricemia, fiebre (24).

Además del problema de la tuberculosis, muchos pacientes son diagnosticados, asociados a otras patologías, como el virus de inmunodeficiencia adquirida, diabetes mellitus, en personas privadas de su libertad, en trabajadores de salud. La principal causa de resistencia a los fármacos antituberculosos es el abandono del tratamiento, Un paciente que abandona el tratamiento induce a la resistencia del mycobacterium tuberculosis; el reinicio del tratamiento pasa por un estudio de la resistencia del bacilo presente en el paciente; así como incremento de los costos de salud y la continuidad de las cepas multidrogoresistentes en nuestro medio (3). La no adherencia al tratamiento es un problema mayor en el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, la tuberculosis es una enfermedad que afecta la adherencia al tratamiento y crea un reto para la salud. Además, el tratamiento de tuberculosis es prolongado y requiere la administración de varios medicamentos. Sin embargo, a pesar de los frecuentes eventos adversos del tratamiento, los pacientes se sienten físicamente bien antes del fin del ciclo del tratamiento, siendo tentados a abandonar pronto el tratamiento. La baja

adherencia es la mayor causa de falla del tratamiento y resistencia a las drogas. Estudios previos han demostrado que el gasto de viaje para tratamiento, género masculino, bajos niveles de conocimiento acerca de la enfermedad, dificultad en la comunicación con los pacientes, alcoholismo y abandonados son los principales determinantes de la no adherencia del tratamiento antituberculoso.

La Atención Primaria y Tuberculosis

La atención primaria constituye el primer contacto con el paciente, constituye la oportunidad para actuar oportunamente sobre la salud de la persona; una vez adquirida la tuberculosis, se requiere una intervención integral de los servicios de salud, a fin de cortar la cadena de transmisión de la enfermedad, para ello el 2014, la Organización Mundial de la Salud, aprobó la estrategia fin de la tuberculosis, cuyo objetivo general es acabar con la epidemia mundial para el 2035 (25), el objetivo principal es alcanzar cero por ciento de pacientes cuyos hogares experimenten gastos catastróficos debido a la enfermedad. Los pilares de dicha estrategia comprenden: 1.- Una atención y prevención integral centrada en el paciente que garantice según las necesidades y posibilidades, el acceso oportuno al diagnóstico y al tratamiento efectivo, acompañado de un soporte educativo, emocional y económico durante todo el proceso (b), 2.- Políticas audaces y sistemas de apoyo centrado en la protección social y la reducción de la pobreza, con especial atención a las necesidades de las comunidades afectadas y de las poblaciones vulnerables. 3.- Innovación e investigación intensificada para obtener nuevos métodos diagnósticos, medicamentos, vacunas y prestación innovadoras (27).

Los establecimientos de salud pueden realizar actividades estratégicas sugeridas por la OMS (27,28):

1. Asegurar una atención digna y un acceso real a la salud: La TB afecta a poblaciones vulnerables, como personas con bajos recursos económicos, la discriminación, el maltrato y la criminalización de estas poblaciones susceptibles constituye en una barrera real al sistema de salud, el equipo debe sortear dicha barrera y asegurar una atención digna y de calidad.

2. Realizar una búsqueda activa en poblaciones con mayor riesgo: sobre todo en poblaciones que no acceden correctamente a los servicios de salud, por su situación de extrema vulnerabilidad o por su complejidad social. Una estrategia activa de búsqueda puede ser decisiva para un diagnóstico y un tratamiento oportunos. La población de riesgo comprende los pacientes farmacodependientes (alcohol, drogas), pobreza extrema.

3. Garantizar la cobertura de la vacuna BCG: Garantizar la vacuna en el recién nacido, antes del alta de maternidad, verificar en el primer control de salud del recién nacido, la aplicación de esta vacuna, y aplicar la vacuna, en caso no se haya realizado.

4. Asegurar el cuidado y el apoyo al paciente para lograr un tratamiento completo: Asegurar la adherencia no es una tarea fácil, ni para el paciente, se debe establecer sistemas de cuidado y apoyo centrados en las necesidades concretas del paciente (materiales, emocionales y de educación). Para poder realizar una adherencia adecuada, se debe ajustarse a cada situación en particular, teniendo en cuenta el contexto cultural y social de cada individuo, de cada familia y cada comunidad; y debe enfocarse de manera interdisciplinaria y multisectorial, generando políticas audaces y creativas de cada barrera identificada.

5. Estudiar y tratar a todos los contactos y las formas de TB latente en grupos de riesgo: Evitar el desarrollo de una forma activa de tuberculosis puede ser un componente esencial para la eliminación y el fin de la enfermedad.

6. Notificar, registrar y reportar todos los datos: La notificación y el registro de los datos son un componente fundamental para el cuidado individual del paciente y de toda la comunidad. La notificación debe realizarse al momento del diagnóstico y al momento de finalizar el tratamiento.

En el presente estudio enfocamos la estrategia uno implementando la estrategia de control y tratamiento contra la tuberculosis, el cual cuenta con un ambiente, áreas administrativas, ambientes para atención del personal de salud y equipamiento. La estrategia dos; aunque no se realiza búsqueda activa de los pacientes en riesgo, si se realiza la búsqueda de pacientes que no asisten con regularidad y constancia al centro de salud, la búsqueda de pacientes que

abandonan el tratamiento está a cargo de la asistente social, acompañada de la enfermera de la estrategia de control de la tuberculosis. Estrategia tres, se realiza con regularidad y la estrategia cuatro, queda a cargo un médico, una asistente social, un psicólogo, un nutricionista, enfermera; los cuales registran datos de la estrategia en la historia clínica del paciente.

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

La tuberculosis: Es una infección causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, un bacilo ácido alcohol resistente, aerobio estricto, no esporulado, inmóvil y no productor de toxinas.

Tipos de tuberculosis: Las formas clínicas de la tuberculosis, se presentan como tuberculosis respiratoria, tuberculosis miliar diseminada, tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis respiratoria, se puede presentar bajo la forma de Neumonía tuberculosa y pleuritis tuberculosa.

Eventos adversos a fármacos antituberculosos: Reacción adversa secundario al uso de los antituberculosos (isoniacida, rifampicina, etambutol, pirazinamida).

Factor de riesgo: Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o condición que deteriora la salud de la persona. Los factores de riesgo pueden ser dependientes del paciente, del tratamiento, del servicio de salud.

Tuberculosis: es una infección causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, usualmente afecta los pulmones; pero puede invadir otros órganos.

Abandono de tratamiento: Según la Norma Técnica de la Estrategia Nacional de Control y Tratamiento de la tuberculosis 2018, se define como aquella persona que una vez iniciado el tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.

Diagnóstico de tuberculosis: El diagnóstico se basa en la demostración del *mycobacterium tuberculosis*, mediante cultivo, cultivo líquido BACTEC, o las sondas de ADN, con técnica PCR de ácidos nucleicos.

Tuberculosis resistente: Si el bacilo tuberculoso, es resistente a H y R es multidrogoresistente (MDR) y si es resistente adicionalmente a una quinolona o un inyectable es extensamente resistente (XDR).

Reacción adversa a tratamiento antituberculoso: Reacción adversa debido a fármacos empleado en el tratamiento de la tuberculosis.

Abandono de tratamiento: Paciente en tratamiento antituberculoso que abandona su tratamiento durante 30 días.

Estrategia Sanitaria para el Control y Prevención de la Tuberculosis: Estrategia encargada de la captación, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes y sus contactos por tuberculosis.

Tarjeta de control de Tratamiento con Medicamentos de primera Línea: Ficha de monitoreo del tratamiento antituberculoso de los pacientes, donde se describe las características demográficas, el tipo de tuberculosis, la condición de tratamiento, las comorbilidades de diabetes y VIH/SIDA, monitoreo de baciloscopia y cultivo, el tratamiento diario observado según fase, el control de contactos, el monitoreo de la terapia con isoniazida y la presencia de eventos adversos.

Servicios de Salud: Son prestaciones que brinda un establecimiento de salud, orientado al mantenimiento, restauración y promoción de salud de las personas. En nuestro estudio comprende: Atención con Médico, enfermera, psicología, nutrición, asistencia social. Tener más de tres visitas irregulares, no acudir después de la primera visita por inasistencia.

CAPÍTULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis General y Específica

De lo expuesto planteamos la siguiente hipótesis:

Hipótesis General:

Existen factores de riesgo asociados a los servicios de salud para el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del Centro de Salud Mi Perú del Callao, periodo 2015 – 2019.

Hipótesis Específicas:

Existen factores de riesgo asociados al paciente para el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del Centro de Salud Mi Perú del Callao, periodo 2015 – 2019.

Existen factores de riesgo asociados al tratamiento antituberculoso para el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del Centro de Salud Mi Perú del Callao, periodo 2015 – 2019.

3.2. Variables Principales de Investigación

La tuberculosis: Es una infección causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, que se presenta en la forma clínica de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.

Abandono de tratamiento: Según la Norma Técnica de la Estrategia Nacional de Control y Tratamiento de la tuberculosis 2018, se define como aquella persona que una vez iniciado el tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.

Servicios de Salud: Son prestaciones que brinda un establecimiento de salud, orientado al mantenimiento, restauración y promoción de salud de las personas. En nuestro estudio comprende: Atención con Médico, enfermera,

psicología, nutrición, asistencia social. Tener más de tres visitas irregulares, no acudir después de la primera visita por inasistencia.

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Tipo y Diseño de Investigación

Estudio observacional, de casos y controles, retrospectivo

4.2 Población y Muestra

4.2.1. Población

El Distrito Mi Perú, pertenece a la provincia Constitucional del Callao, consta de una población aproximada de 62 138 habitantes, siendo 50 los casos que abandonaron el tratamiento. Todos los pacientes con Tuberculosis, diagnosticados como paciente nuevo en el Centro de Salud Mi Perú – Red Ventanilla – DIRESA Callao, durante el periodo de estudio 2015- 2019, se diagnosticaron 150 pacientes con tuberculosis, siendo 50 casos los que abandonaron el tratamiento.

Año	2015	2016	2017	2018	2019
Abandono	10	10	10	10	10
Total					50

Fuente: Estrategia de tuberculosis C. S Mi Perú

4.2.2. Muestra

Todos los pacientes con tuberculosis, diagnosticados como paciente nuevo en el Centro de Salud Mi Perú del Distrito Mi Perú Red Ventanilla, Provincia Constitucional del Callao, durante el periodo Setiembre 2015- Setiembre 2019. Los casos serán emparejados según la edad, sexo, y tipo de tuberculosis. La proporción casos y controles, será de dos a uno. Considerando la frecuencia de exposición de los controles de 50%, con un OR 2.7 con antecedentes tener tres visitas irregulares (12).

4.2.3. Tamaño muestral

Aplicando la fórmula para casos y controles. Tenemos que el número de casos requeridos es de 50 y de controles es 100.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{(r+1)P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{c * P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{r(P_2 - P_1)^2}$$

El cálculo de p y p1

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

$$P_1 = \frac{OR * P_2}{1 - P_2 + OR * P_2}$$

Diseño Casos y Controles	
P₂: 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

Luego de la aplicación de la fórmula, se tiene 52 casos y 104 controles

Grupo de estudio: paciente con abandono de tratamiento antituberculoso

Grupo comparativo: paciente que no abandona tratamiento antituberculoso

Tipo de muestreo

Por conveniencia (pacientes registrados como abandono en la estrategia de tuberculosis del centro de salud)

4.2.4. Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

Paciente con diagnóstico de caso nuevo de tuberculosis.

Paciente mayor de 18 años.

Paciente con tuberculosis sensible.

Paciente con diagnóstico de tuberculosis que abandona el tratamiento.

Criterios de Exclusión:

Historia clínica incompleta.

Paciente con diagnóstico Tuberculosis multidrogoresistente.

Paciente con criterios de manejo quirúrgico de la tuberculosis.

4.3. Operacionalización de Variables

En la presente investigación se ha estudiado las siguientes variables que corresponden a características epidemiológicas; variables de abandono, relacionado al paciente; variables de abandono relacionado al tratamiento y variables de abandono, relacionado a los servicios de salud, las cuales están en la tabla de operacionalización de variables.

4.4. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

Para la realización del presente estudio, se realizará una ficha de recolección de datos, aplicada a los casos y controles; la cual será validada por el juicio de expertos; se realizará el emparejamiento de los pacientes, para ello se

coordinará con el personal de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control de Tuberculosis, previa autorización del Centro de Salud Mi Perú, la estrategia cuenta con una ficha de monitoreo del paciente (Tarjeta de control de Tratamiento con Medicamentos de primera Línea:) que ingresa al tratamiento, el cual solicitaremos para constatar el abandono del tratamiento, así como comorbilidades, cumplimiento de visitas y supervisión de tratamiento del paciente

4.5. Recolección de Datos

Luego de la elaboración de la ficha de recolección de datos, se acudirá a la estrategia para el control de la tuberculosis del Centro de Salud Mi Perú, donde se seleccionarán los casos y los controles, según los criterios de selección de la muestra. Posteriormente, se procederá a solicitar las historias clínicas, luego del cual se recolectará la información necesaria.

4.6. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos

Una vez recolectada la información, se ingresará los datos a la base de datos SPSS 18.0, luego del cual se analizará los datos, según el intervalo de confianza de 95%, se considerará significativos valores de $p < 0.005$. el análisis empleado fue el análisis de regresión bivariado, multivariado así como la prueba de chi cuadrado y el test de student.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

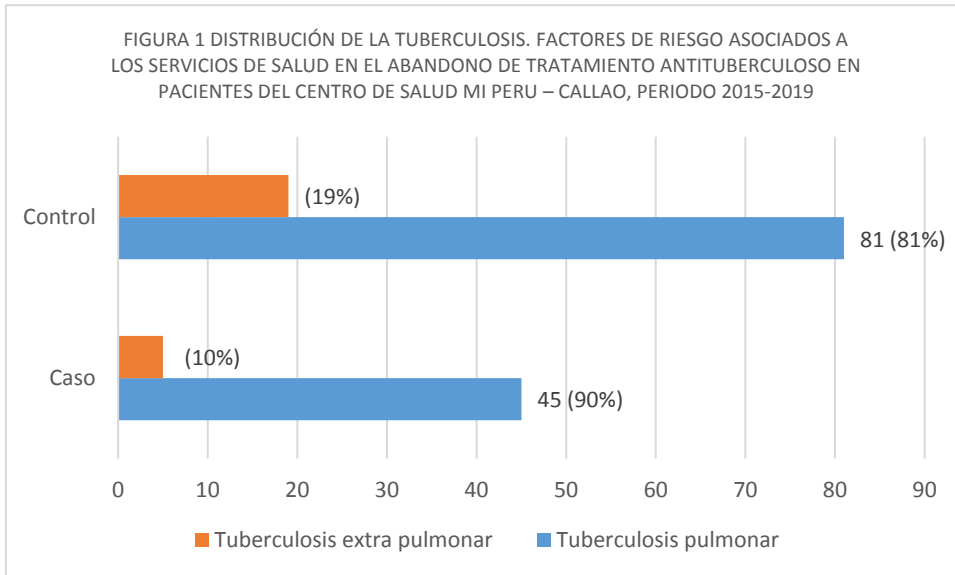
5.1. RESULTADOS

De los resultados, se evaluaron 50 casos y 100 controles, la media de edad de los casos fue de 36.5 años, (18-75), de los controles 33.5 años (17-81). El género más frecuente fue el masculino 37 varones (74%) para los casos y 76 varones (76%) para los controles. El grado de instrucción más frecuente fue educación secundaria, 40 (80%) casos, y (73%) para los controles. Las características demográficas fueron similares para los casos y controles, el valor de p para las variables demográficas no fue significativo ($p > 0.05$) (Tabla 1)

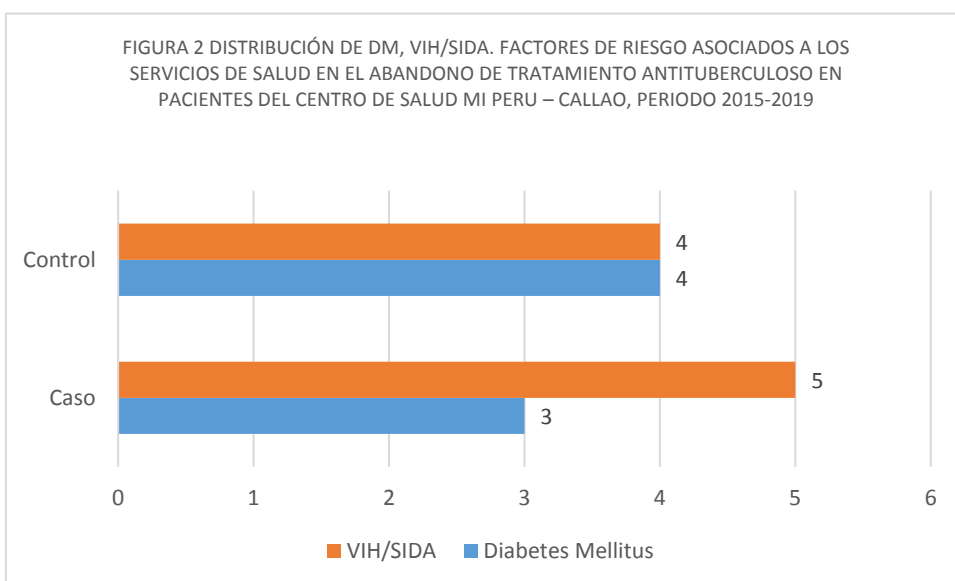
TABLA 1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MI PERU – CALLAO, PERIODO 2015-2019					
	Caso	Porcentaje	Control	Porcentaje	p
N	50		100		
Edad años (rango)	36.5 (18-75)		33,5 (17-81)		0.82
Género					0.84
Masculino	37	74	76	76	
Femenino	13	26	24	24	
Grado de Instrucción					0.058
Primaria	10	20	14	14	
Secundaria	40	80	73	73	
Ocupación					0.60
Desempleado	27	54	39	39	
Ama de casa	7	14	15	15	
Obrero	7	14	23	23	

Fuente: Historias clínicas C.S. Mi Perú -Ventanilla- Callao 2019

La distribución del tipo de tuberculosis según los casos y controles; el valor de $p = 0.16$, la localización de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, no fue significativo ($p > 0.05$); por tanto, ambos grupos fueron similares según el tipo de tuberculosis. Figura 1.



La distribución de comorbilidades en diabetes mellitus e inmunodeficiencia adquirida fue en frecuencia similar en ambos grupos, además p fue mayor a 0.05; por tanto, ambos grupos fueron similares en la presentación de estas comorbilidades.



Se evaluaron los hábitos nocivos (alcoholismo, tabaquismo y drogadicción), existe mayor proporción de hábitos nocivos en los casos que los controles ($p < 0.05$) (tabla 2)

TABLA 2 HÁBITOS NOCIVOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MI PERU – CALLAO, PERIODO 2015-2019					
	Caso	Porcentaje	Control	Porcentaje	p
N	50		100		
Alcoholismo	28	56	13	13	0.001
Tabaquismo	18	36	7	7	0.001
Drogadicción	22	44	8	8	0.001

Fuente: Historias clínicas C.S. Mi Perú -Ventanilla- Callao 2019

En cuanto a la actitud de la familia frente a la enfermedad, 42 (84%) de los casos tuvo apoyo familiar, mientras en los controles tuvieron 89% (89) de apoyo familiar, $p = 0.43$; por tanto, el apoyo familiar fue similar en ambos grupos ($p > 0.05$).

Los casos que acudieron a su primera cita fueron 24 (48%), mientras en los controles 98 (98%), en este caso $p = 0.001$; lo que implica que los casos fueron menos a su primera cita respecto de los controles; siendo el ($p < 0.05$) existe una relación significativa, los casos acuden menos a su primera cita respecto de los controles

Luego de 30 días de tratamiento la mayoría presenta mejoría, 37 (74%) casos tuvieron mejoría luego de tratamiento antituberculoso, mientras 98 (98%) de los controles se sintieron mejor, $p = 0.001$, la relación es significativa; por tanto, los casos mostraron menos mejoría respecto de los controles, luego de 30 días de tratamiento.

En cuanto a la conciencia de enfermedad, 28 (56%) de los casos tenía conciencia de enfermedad y 92 (92%) de los controles tenía conciencia de enfermedad, $p = 0.001$; de los resultados, los casos tuvieron menos conciencia de enfermedad, respecto de los controles.

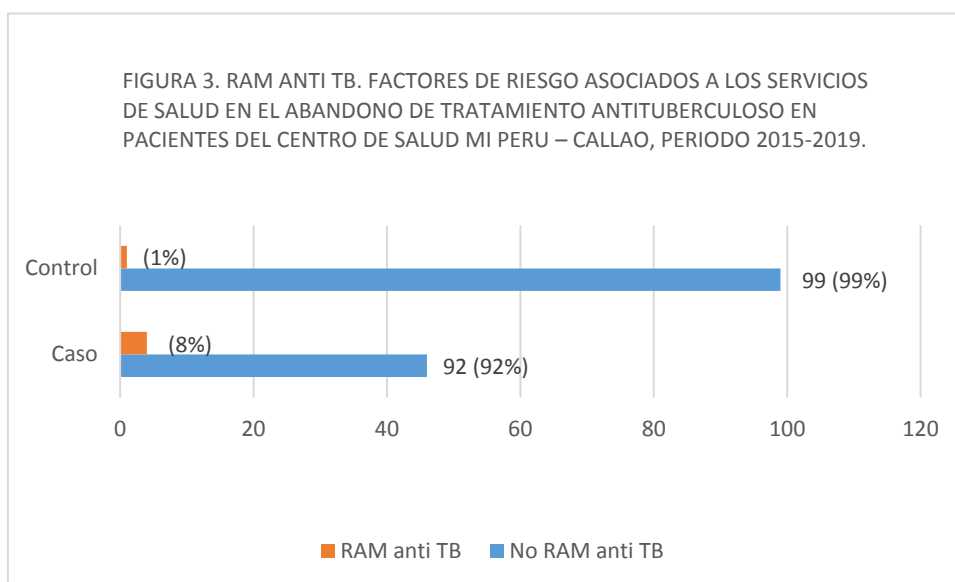
También se evaluó si los pacientes, tenían actitud positiva frente al tratamiento, 28 casos (56%) tuvieron actitud positiva, mientras 95 (95%) de los controles

tuvieron actitud positiva, siendo el $p=0.001$; por tanto, los casos no tuvieron actitud positiva frente al tratamiento. (Tabla 3)

TABLA 3. ACTITUD DEL PACIENTE Y LA FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MI PERU – CALLAO, PERIODO 2015-2019					
	Caso	Porcentaje	Control	Porcentaje	p
N	50		100		
Apoyo familiar	42	84	89	89	0.43
Acude a su primera cita	24	48	98	98	0.001
Aliviado luego de 30 días de tratamiento	37	74	98	98	0.001
Conciencia de enfermedad	28	56	92	92	0.001
Actitud positiva frente al tratamiento	28	56	95	95	0.001

Fuente: Historias clínicas C.S. Mi Perú -Ventanilla- Callao 2019

Los eventos adversos, son un factor que afecta en cumplimiento de tratamiento. En el estudio se encontró que los eventos adversos fueron pocos para casos y controles ($p= 0.06$), no fue significativo. Figura 3.



Debido a que el abandono del tratamiento antituberculoso representa un retroceso en el control de la enfermedad, la estrategia para el manejo y control de la tuberculosis ha implementado medidas para poder recuperar a los pacientes y reiniciar el tratamiento antituberculoso.

Una de las principales medidas del personal a cargo de la estrategia es realizar la búsqueda de paciente en su domicilio, para ello la asistente social del centro de salud identifica la dirección del domicilio y de sus familiares; esta actividad es más activa en el grupo de los casos, incluso se realizan más de tres visitas en 31 (62%) de los casos, y 12 (12%) de los controles ($p < 0.005$), esta misma tendencia se observa cuando se compara las medias 3,9 visitas en los casos y 1,39 visitas en los controles ($p < 0,005$) (Tabla 4).

Todos los pacientes, una vez captados son evaluados por el médico y la enfermera responsable del programa, y luego derivados a los servicios de asistencia social, psicología y nutrición. Tanto los casos como los controles tienen apoyo de estos servicios, no hay diferencia entre los grupos ($p > 0.005$); no obstante, no se llega a completar el 100% de atenciones en otras especialidades como nutrición, psicología o asistencia social. Una vez identificados los pacientes en abandono, se activa un sistema de búsqueda de los pacientes, así como la necesidad de la psicoterapia. La psicoterapia individual se realizó con más frecuencia en los casos 46 (92%), comparado a los controles 78 (78%), siendo esta diferencia significativa. Se podría inferir que al implementar la psicoterapia individual; en todos los pacientes del programa, podría disminuir la tasa de abandono (Tabla N° 4).

TABLA N°4 RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MI PERU – CALLAO, PERIODO 2015-2019.

	Caso	Porcentaje	Control	Porcentaje	p
N	50		100		
Visitas a domicilio					
Más de tres visitas	31	62%	12	12%	0.001
Media de visitas	3.9		1.39		0.001
Soporte de especialidades					
Medicina	50	100%	100	100%	>0.05
Enfermería	50	100%	100	100%	>0.05
Asistencia social	48	96%	93	93%	0.37
Nutrición	36	72%	67	67%	0.33
Psicología	47	94%	96	96%	0.42
Psicoterapia individual	46	92%	78	78%	0.024

Fuente: Historias clínicas C.S. Mi Perú -Ventanilla- Callao 2019

Al realizar el análisis de factor de riesgo a través de la prueba de regresión logística, tenemos: las variables con $OR > 1$, corresponden a factores de riesgo, mientras las variables con $OR < 1$ corresponden a factores protectores. El grado de instrucción primaria, los hábitos nocivos como el alcohol, la drogadicción y no tener conciencia de enfermedad fueron factores de riesgo; de otro lado, actitud positiva frente al tratamiento, más de tres visitas a domicilio por el personal de salud y la psicoterapia individual fueron factores protectores, que evitan abandonar el tratamiento. La media de seguimiento fue menor en el grupo de abandono, respecto de los controles. (Tabla N° 5).

TABLA 5 ANÁLISIS UNIVARIADO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MI PERU – CALLAO, PERIODO 2015-2019.				
Variable	OR	Intervalo confianza	de	p
Grado de instrucción primaria	2.1	1.15	3.8	0.015
Alcoholismo	5.14	1.87	14.1	0.01
Drogadicción	5.14	1.2	13.58	0.023
Acude a su primera cita	3.19	1.36	7.5	0.008
No tener conciencia de enfermedad	3.83	1.78	8.23	0.001
Actitud positiva para el tratamiento	0.067	0.023	0.193	0.001
Mas de tres visitas a domicilio	0.084	0.036	0.192	0.001
Psicoterapia individual	0.31	0.1	0.95	0.041
Seguimiento (días)				0.001
Casos	117.4 SD 84.5			
Controles	200.0 SD 54.5			

Fuente: Historias clínicas C.S. Mi Perú -Ventanilla- Callao 2019

Al realizar el análisis multivariado, se tiene, que las variables que son un factor de riesgo para el abandono son alcoholismo, no acudir a su primera cita, no tener conciencia de enfermedad ($p < 0,001$), mientras las variables protectoras son haber tenido psicoterapia individual, haber sido visitado más de tres veces por el centro de salud y tener actitud positiva para el tratamiento ($p < 0,001$) (Tabla N°6).

TABLA 6 ANÁLISIS MULTIVARIADO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO. CENTRO DE SALUD MI PERU – CALLAO, PERIODO 2015-2019				
Variable	OR	Intervalo confianza	de	p
Grado de instrucción primaria	2.4	0.9	2.8	>0.05
Alcoholismo	3.14	2.7	6.1	0.01
Drogadicción	2.24	0.7	4.7	>0.05
No acude a su primera cita	3.5	2.7	5.1	0.001
No tener conciencia de enfermedad	3.2	2.3	4.5	0.001
Actitud positiva para el tratamiento	0.08	0.047	0.21	0.001
Mas de tres visitas a domicilio	0.07	0.026	0.12	0.001
Psicoterapia individual	0.52	0.36	0.85	0.041

Fuente: Historias clínicas C.S. Mi Perú -Ventanilla- Callao 2019

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La tuberculosis representa aún un problema de salud pública, especialmente en países en vías de desarrollo, afecta principalmente a grupos económicamente activos, que conllevan a mayores daños en la salud de las personas, así como en mayor gasto público. Tuberculosis es la principal causa de muerte debido a enfermedades infecciosas curables a través del mundo (1). Según reporta la organización mundial de la salud (OMS) (2): la tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, el 2017, 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis. En el Perú, el año 2015, la incidencia de tuberculosis fue de 87.6 casos por 100 000 habitantes y la morbilidad de 99.5 casos por 100 000 habitantes (3). La baja adherencia es la mayor causa de falla del tratamiento y resistencia a las drogas.

De las variables demográficas evaluadas, el grado de instrucción primaria fue el factor de riesgo para la muestra estudiada OR 2.1. La edad promedio de los que abandonaron fue 36.5 (18-75), a predominio varones 37 (74%), en condición laboral desempleados en su mayoría 27 (54%). Soares et al reporta que los casos de abandono de tratamiento antituberculoso se observan en varones, adultos con baja educación, afroamericanos, hospitalizados y enfermedad pulmonar y extrapulmonar (6). Mendonca et al concluye que hay una relación en el estado socioeconómico bajo, lugar de residencia, pobre adherencia al tratamiento antituberculoso y sugiere medidas educativas para estimular el tratamiento preventivo de niños contactos y el tratamiento curativo de los casos índices para cubrir en forma integral el tratamiento familiar (7). De Faria et al encuentra el sexo masculino como factor de riesgo asociados a abandono del tratamiento (OR=2.05 (9). Torres et al describe que los pacientes en abandono de tratamiento presentan inestabilidad laboral (10), Anduaga-Beramendi et al encuentra que, menos de seis años de educación (OR =22.2), ingresos mensuales menor de 700 soles (OR =3.74), se asocia a abandono de tratamiento (11). Zevallos et al identifica a los factores de riesgo para abandono, sexo femenino (OR= 1.57), vivir menos de cinco años en la zona (OR =2), tener máximo secundaria completa (OR =2.51) (12).

La distribución del tipo de tuberculosis fue de tipo pulmonar 45 (90%), en los pacientes con abandono, no hubo diferencias entre los grupos, mientras que

De Faria et al reporta a tuberculosis extrapulmonar como un factor protector (OR=0.33); pero la presencia de tuberculosis extrapulmonar severa (OR=2.33) es un factor de riesgo para mortalidad (9).

Diabetes mellitus e inmunodeficiencia adquirida fueron comorbilidades con baja frecuencia. De Faria et al reporta a la infección con VIH (OR=6.01), como un factor de riesgo de mortalidad (9).

La tuberculosis se presenta en contextos sociales de pobreza; muchas veces el alcoholismo y la drogadicción en este medio creando hábitos que condiciona malnutrición y pérdida de conciencia de enfermedad. En nuestro estudio el alcoholismo tuvo un OR de 5.14; mientras la drogadicción tuvo un OR de 5.14. Torres et al reporta que en el grupo de pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso, 62.7% presenta alcoholismo y drogadicción, 16.5% personas en la calle (10). Zevallos et al encuentra que en pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso, el riesgo de abandono por consumo de alcohol es OR=2.58, y por consumo de tabaco OR=2.64 (12). Gomero et al reporta en pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso, el riesgo asociado al consumo de alcohol fue OR=4.63, y el riesgo asociado al consumo de drogas OR= 13.0.

En el estudio la mayoría de pacientes cuenta con apoyo familiar; pero se evidencia que los casos no acuden a su primera cita OR=3.19, a su vez los pacientes que no tienen conciencia de enfermedad, es decir no son conscientes que la enfermedad se puede curar y si no es tratada puede producir morbilidad severa y muerte OR= 3.83. Los pacientes que tienen actitud positiva, no abandonarán el tratamiento y será un factor protector. Zevallos et al encuentra que, no acudir después de la primera visita por inasistencia es un factor relacionado al abandono de tratamiento (12).

Luego de 30 días de tratamiento, los pacientes que abandonaron el tratamiento, refirieron no presentar mejoría; aunque esto no fue un factor de riesgo. Los eventos adversos reportados no constituyeron un factor de riesgo para el abandono. Gomero et al reporta que la sensación de bienestar al tratamiento y los efectos adversos como factores de riesgo para abandono en pacientes con tuberculosis (15).

La búsqueda del paciente en su domicilio, requiere la visita de la asistencia social, identificar los lugares y sus familiares, en el estudio el realizar más de tres visitas fue un factor protector para evitar el abandono. La búsqueda de pacientes es una estrategia de la atención primaria en la lucha contra la tuberculosis sugerida por la Organización Mundial de la Salud, la cual debe ser implementada por los servicios de salud, en nuestro estudio es una estrategia que evita el abandono (25).

Otra estrategia de la OMS (27,28) es asegurar el cuidado y el apoyo al paciente para lograr un tratamiento completo, se requiere establecer sistemas de cuidado y apoyo centrados en las necesidades concretas del paciente (materiales, emocionales y de educación). El paciente es atendido por el equipo multidisciplinario médico, enfermera, asistente social, nutricionista y psicóloga, los cuales identifican al paciente e individualizan el manejo del paciente; una vez identificado el abandono, es citado para implementar la psicoterapia individual. Luego del análisis univariado y multivariado, también representa un factor protector. Zevallos et al reporta a factores de riesgo para abandono, no ser evaluado por médico, enfermera o nutricionista, tener más de tres visitas irregulares, no acudir después de la primera visita por inasistencia (12).

Para poder realizar una adherencia adecuada, se debe ajustarse a cada situación en particular, teniendo en cuenta el contexto cultural y social de cada individuo, de cada familia y cada comunidad; y debe enfocarse de manera interdisciplinaria y multisectorial, generando políticas audaces y creativas de cada barrera identificada. La tuberculosis es una enfermedad multifactorial, actualmente existe el enfoque de los determinantes sociales de la tuberculosis (3); pero, también gracias al esfuerzo de los sistemas de salud, se puede lograr el control de la enfermedad.

El presente estudio explora la respuesta del centro de salud ante el abandono del tratamiento antituberculoso. La estrategia implementada en el centro de salud, realiza un control por diferentes profesionales, el médico, la enfermera, la asistencia social, psicología e incluso la nutricionista; en caso de abandono se realiza la búsqueda del paciente y su familia y se solicita al psicólogo realice un mayor seguimiento y se implemente la psicoterapia individual; más aun

teniendo en consideración que los pacientes en abandono, en general realizan del abuso de sustancias tóxicas (drogas, alcohol) y requieren de psicoterapia para el tratamiento de esta dependencia, la cual va de la mano con el tema de conciencia de enfermedad. Actualmente no es posible aislar a un paciente con tuberculosis hasta que la baciloscopia sea negativa o garantizar que no será un agente de propagación de la enfermedad; sólo queda implementar medidas que persuadan al paciente y su familia de la necesidad de control de la enfermedad (29). En el nivel primario de atención, la organización de los mismos para un control de la tuberculosis ha permitido desarrollar estrategias como la visita domiciliaria y se hace énfasis en identificar factores que busquen la accesibilidad y la adherencia al tratamiento antituberculoso (30). Si bien la tuberculosis tiene impacto en la salud física, mental y social, la implementación progresiva de medidas eficaces para abordar cada aspecto de ellos contribuirá al control de esta enfermedad (31). En el presente estudio, por ser de tipo retrospectivo no valoramos la opinión del paciente, acerca de la calidad de atención del personal de salud, el cual también contribuirá, seguramente a la formación de unidades de calidad para la mejor atención de los pacientes con tuberculosis (32).

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Los pacientes adultos con bajo nivel educativo (primaria), es un factor de riesgo para abandono de tratamiento antituberculoso.

El alcoholismo y la drogadicción son hábitos nocivos, que constituyen factores de riesgo para abandono de tratamiento antituberculoso.

El no acudir a su primera cita programada, para el tratamiento antituberculoso, constituye un factor de riesgo para abandono de tratamiento antituberculoso.

La falta de conciencia de enfermedad es un factor de riesgo para abandono de tratamiento antituberculoso.

La actitud positiva para el tratamiento antituberculoso representa un factor protector para evitar el abandono de tratamiento antituberculoso.

Los servicios de salud a través de búsqueda en domicilio de los pacientes (más de tres visitas), es un factor protector para evitar el abandono del tratamiento antituberculoso.

Los servicios de salud a través de la psicoterapia individual de los pacientes es un factor protector para evitar el abandono del tratamiento antituberculoso.

6.2. RECOMENDACIONES

Se requieren programas de intervención en adultos con bajo nivel educativo, a fin de mejorar su comprensión de medidas necesarios para la recuperación de la salud.

Intervenir en la problemática de los hábitos nocivos, desde la prevención primaria, tratamiento y rehabilitación de las personas con tuberculosis.

Implementar talleres para compartir experiencias individuales y colectivas, donde se haga énfasis en la necesidad de cumplimiento de tratamiento, conciencia de enfermedad y la necesidad de predisposición para el tratamiento.

Los servicios de salud deben seguir fomentando la búsqueda activa de los casos, una vez identificados, deben tener psicoterapia individual; se debería implementar terapias de salud mental integral en grupos de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- World Health Organization: Global Tuberculosis control 2011. Available at www.who.int/tb/publications/global_report/en/.
- 2.- Tuberculosis. Datos y cifras. 18 de Setiembre del 2018. Available at www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis
- 3.- Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis in Peru: epidemiological situation, progress and challenges for its control. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017 Apr-Jun;34(2):299-310. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2384
- 4.- Adamu AL, Gadanya MA, Abubakar IS, Jibo AM, Bello MM, Gajida AU, et al. High mortality among tuberculosis patients on treatment in Nigeria: a retrospective cohort study. BMC infectious diseases. 2017;17(1):170 10.1186/s12879-017-2249-4. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2249-4>
- 5.- Heunis JC, Kigozi NG, Chikobvu P, Botha S, van Rensburg HD. Risk factors for mortality in TB patients: a 10-year electronic record review in a South African province. BMC public health. 2017;17(1):38. doi: 10.1186/s12889-016-3972-2.
- 6.- Soares MLM, Amaral NACD, Zacarias ACP, Ribeiro LKNP. Sociodemographic, clinical and epidemiological aspects of Tuberculosis treatment abandonment in Pernambuco, Brazil, 2001-2014. Epidemiol Serv Saude. 2017 Apr- Jun;26(2):369-378. doi: 10.5123/S1679-49742017000200014.
- 7.- Mendonça AM, Kritski AL, Land MG, Sant'Anna CC. Abandonment of Treatment for Latent Tuberculosis Infection and Socioeconomic Factors in Children and Adolescents: Rio De Janeiro, Brazil. **PLoS One**. 2016 May 5;11(5):e0154843. doi: 10.1371/journal.pone.0154843. eCollection 2016.
- 8.- Silva VDD, Mello FCQ, Figueiredo SCA. Estimated rates of recurrence, cure, and **treatment abandonment** in patients with pulmonary tuberculosis treated with a -four-**drug** fixed-dose combination regimen at a tertiary health care facility in the city of Rio de Janeiro, Brazil **J Bras Pneumol**. 2017 Mar-Apr;43(2):113-120. detalhe_artigo.asp?id=2659

- 9.- De Faria Gomes NM, da Mota Bastos MC, Marins RM, Barbosa AA, Soares LC, de Oliveira Wilken de Abreu AM, Souto Filho JT. Differences between Risk Factors Associated with Tuberculosis **Treatment Abandonment** and Mortality. **Pulm Med.** 2015;2015:546106. doi: 10.1155/2015/546106. Epub 2015 Oct 27
- 10.- Zulema Torres G, Tania Herrera M. Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile. *Rev Chil Enf Respir* 2015; 31: 52-57. doi.org/10.4067/S0717-73482015000100008.
- 11.- Alexander Anduaga-Beramendi; Jesus Maticorena-Quevedo; Renato Beas; Diego M. Chanamé-Baca, 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 méd. peruana* vol.33 no.1 Lima ene./mar. 2016 p 21-28.
- 12.- Maritza Elena Zevallos Romero. Factores asociados al Abandono del tratamiento Antituberculoso, esquema I, en la Red de salud San Juan de Lurigancho Tesis para optar el grado de Maestro en Control de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú 2017. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1030>
- 13.- César Antonio Bonilla Asalde. Factores de Riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con Tuberculosis multidrogorresistente en la Región Callao, Perú años 2010-2012. Tesis presentada para optar el grado de Magíster en Salud Pública con mención en Gestión de los Servicios de Salud. Universidad Peruana la Unión. Lima-Perú 2016. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/656/C%C3%A9sar_Tesis_Maestr%C3%ADa_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 14.- Joselyn Fiorella Muñoa Gallegos. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en la estrategia de control de la tuberculosis de la micro red Santa ;Luzmila. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Universidad de San Martín de Porres. Lima –Perú 2016.

<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2409>

15.- Carro Gomero, Gretha Carmen. Factores asociados al abandono del tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en los pacientes que asisten al Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo 2016. Tesis para optar el grado de Médico Cirujano. Universidad Privada San Juan Bautista. Lima-Perú 2017.<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2409>

16.- Zumla A, Raviglione M, Hafner R, von Reyn CF. Tuberculosis. *N Engl J Med* 2013; 368:745–55. doi: 10.1056/NEJMra1200894.

17.- McNerney R, Zumla A. Impact of the Xpert MTB/RIF diagnostic test for tuberculosis in countries with a high burden of disease. *Curr Opin Pulm Med* 2015; 3:304–8. doi: 10.1097/MCP.000000000000161

18.- McNerney R, Cunningham J, Hepple P, Zumla A. New tuberculosis diagnostics and rollout. *Int J Infect Dis* 2015; 32:81–6. doi: 10.1016/j.ijid.2015.01.012.

19.- Murray CJ, Ortblad KF, Guinovart C, et al. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384:1005–70. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60844-8.

20.- Marco Schito, Giovanni Battista Migliori, Helen A. Fletcher, Ruth McNerney, Rosella Centis, Lia D'Ambrosio, Matthew Bates, et al. Perspectives on Advances in Tuberculosis Diagnostics, Drugs, and Vaccines. *Clin Infect Dis*. **2015 Oct 15**; 61(Suppl 3): S102–S118. doi: **10.1093/cid/civ609**

21.- Barun Mathema, Jason R Andrews, Ted Cohen, Martien W Borgdorff, Marcel Behr, Judith R Glynn, Roxana Rustomjee, Benjamin J Silk, Robin Wood. Drivers of Tuberculosis Transmission. *J Infect Dis*. 2017 Oct 1; 216(Suppl 6): S644–S653. doi: **10.1093/infdis/jix354**

22.- Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis. Ministerio de Salud. NT 752-2018. Estrategia Sanitaria de Atención y Control de la Tuberculosis. 17 de Agosto del 2018. www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf

- 23.- Yates TA, Khan PY, Knight GM et al. The transmission of Mycobacterium tuberculosis in high burden settings. *Lancet Infect Dis* 2016; 16:227–38. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00499-5.
- 24.- Esmail H, Barry CE 3rd, Young DB, Wilkinson RJ. The ongoing challenge of latent tuberculosis. *Philos Trans R Soc. Lond B Biol Sci* 2014; 369:20130437. doi: 10.1098/rstb.2013.0437.
- 25.- Geneva: World Health Organization; 2018. Global Tuberculosis Report 2018.; 2018. <http://apps.who.int/bookorders>.
- 26.- . Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina 2015. Tuberculosis. GUÍA PARA EL EQUIPO DE SALUD 2da. edición. www.msal.gov.a
- 27.- Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2015 [WHO/HTM/TB/2015.31]. Implementación de la estrategia Fin dela TB. www.who.int/publications/2015/end_tb_essential_spanish_web
- 28.- World Health Organization (WHO). Systematic screening for active tuberculosis. Principles and recommendations. 2013. www.who.int/tb/publications/final_TB_Screening_guidelines
- 29.- Luis F. Llanos-Zavalaga; José E. Velásquez-Hurtado; Patricia J. García; Eduardo Gottuzzo. TUBERCULOSIS Y SALUD PÚBLICA: ¿DERECHOS INDIVIDUALES O DERECHOS COLECTIVOS?. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012; 29(2):259-64.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000200016
- 30.- Tiemi Arakawa Ricardo Alexandre Arcêncio Beatriz Estuque Scatolin Lúcia Marina Scatena4 Antônio Ruffino-Netto Tereza Cristina Scatena Villa. Accesibilidad al tratamiento de tuberculosis: evaluación de desempeño de servicios de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19(4): jul.-ago. 2011. <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421958019.pdf>
- 31.- Natalia Giraldo Gallego, Daniel Valencia Acevedo, Jaiberth Antonio Cardona-Arias. Calidad de vida relacionada con la salud en tuberculosis:

Revisión sistemática y metanálisis. Infectio 2018. 122 (3). 124-130.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-953979>

32.- Mendoza-Ticona A, Moore DA, Alarcon V, Samalvides F, Seas C. Propuesta de esquemas de tratamiento antituberculosos, basado en la susceptibilidad a isoniacida y rifampicina Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(2):197-204.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200006

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “**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**”, que presenta la señorita **ELYANA DEL PILAR HUAMÁN RAMOS**, 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:

Dr. Edwin Castillo Velarde, PhD, MS, MD
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas, PhD, MSC, MD
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 19 de Setiembre de 2019

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

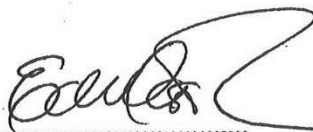
Carta compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de tesis de estudiante de Medicina Humana: Elyana del Pilar Huamán Ramos

Me comprometo a:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana- URP, capítulo V 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 Jurados de Tesis.
4. Considerar **6 meses como tiempo máximo** para concluir en su totalidad la tesis, motivando a l estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que correspondan 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 su información ante el jurado del examen profesional.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

ATENTAMENTE



.....
DR. Edwin Castillo Velarde

Lima, 19 de Setiembre del 2019

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO
POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD



Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N° 3600-2019-FMH-D

Lima, 26 de setiembre de 2019

Señorita
ELYANA DEL PILAR HUAMÁN RAMOS
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis-Pre Internado Médico

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "**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**", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha miércoles 25 de setiembre de 2019.

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,

Dr. Menandro Ortiz Pretel
Secretario Académico

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco - Central: 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú Anexos: 6010
E-mail: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina Telefax: 708-0106

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”



CONSTANCIA N° 009-2019-COM.ETIC/UI/DIRESACALLAO

El que suscribe, Presidente del Comité de Ética para la Investigación de la Dirección Regional de Salud del Callao, deja constancia que el proyecto de investigación titulado “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MI PERU – CALLAO, PERIODO 2019”, que fue aprobado por el Comité de Ética de la DIRESA Callao, con fecha 25 de setiembre del 2019, habiéndose solicitado el cambio de nombre, mediante expediente 9365 – 2019, no encontrando objeciones en dicho protocolo de acuerdo a los estándares propuestos por nuestro Comité se aprueba el cambio de nombre de la investigación para el Elyana del Pilar Huamán Ramos, a “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MI PERU – CALLAO, PERIODO 2015-2019”; teniendo como único requisito para el cambio de nombre de la investigación, la presentación de sus avances trimestralmente, durante el periodo de vigencia y presentar al final de su investigación el resultado de la misma.

La fecha de aprobación tendrá vigencia desde el 25 de setiembre del 2019 hasta el 24 de setiembre del 2020; los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Se debe notificar a este comité cualquier cambio en el Protocolo, en el consentimiento informado o eventos adversos, así mismo se deberán presentar informes trimestrales de los avances efectuados a través de la Unidad de investigación de la DIRESA Callao.

Callao, 16 de diciembre del 2019


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
Dr. EDUARDO J. NICOLETTI ALBORNOZ
C.M.P. 23518 - RNE 14378
Presidente
Comité de Ética para la Investigación
Dirección Regional de Salud del Callao



COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN - FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

ACTA N° 21

Asistentes:

Dr. Menandro Ortiz Pretel, Presidente
Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Dra. Consuelo Luna Muñoz

INFORMES:

Solicitan evaluación por el Comité de Ética de Investigación sobre los aspectos éticos de los siguientes protocolos de investigación:

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, presentado por ELYANA DEL PILAR HUAMÁN RAMOS

AGENDA:

1. Revisar, evaluar y determinar a que categoría de revisión corresponde el estudio de investigación presentado.
2. Emitir opinión sobre los aspectos éticos de este estudio de investigación.

ACUERDOS:

1. El estudio de investigación se clasifica como de “EXCENTO DE REVISIÓN”.
2. Cumple con los criterios de protocolo de estructura adecuada, criterios de selección definidos y cuenta con ficha de consentimiento informado.
3. Sugerir a la autora del protocolo separar la ficha de consentimiento informado de la ficha de recolección de datos. Incluir en la primera: la fecha, firma y DNI del estudiante al que va a entrevistar.
4. Devolver el estudio de investigación al Instituto de Investigación de Ciencias Biomédicas (INICIB) adjuntando copia de la presente acta. Está aprobado.

Lima, 25 de noviembre de 2019



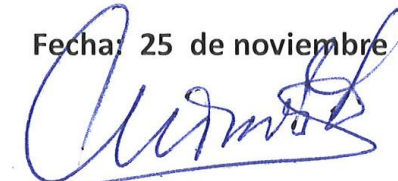

Dr. Menandro Ortiz Pretel
Presidente del Comité de Ética de Investigación
Facultad de Medicina “Manuel Huamán Guerrero”
Universidad Ricardo Palma.

**COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION. FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

DICTAMEN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TITULO DEL PROYECTO	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	
CODIGO	CE-019-2019-FMH	
ALUMNO	Elyana del Pilar Huamán Ramos	
EXENTO DE REVISION	Estudios en el campo educativo.	
	Estudios de pruebas cognitivas, anónimos.	
	Estudios con entrevistas y observaciones de comportamiento público sin identificación de los participantes.	
	Estudios con datos existentes, historias clínicas, especímenes patológicos, anónimos.	<u>X</u>
	Estudios con datos de vigilancia epidemiológica	
	Estudios con datos de evaluación de programas, salvo aquellos que sean con poblaciones vulnerables.	
	Estudios de ciencias básicas que no involucran a seres humanos.	
	Estudios en animales	
REVISION EXPEDITA	Estudios que colecten información en adultos por métodos no invasivos (peso, talla, electrocardiografía, ecografía, etc).	
	Estudios con colección de muestras de sangre por venopunción, exudados faríngeos.	
	Estudios con historias clínicas, documentos, especímenes patológicos o diagnósticos.	
	Estudios de bancos biológicos, cuyas muestras no sean anónimas.	
REVISION COMPLETA	Trabajos de investigación en población vulnerable (niños, embarazadas, pacientes psiquiátricos,	

Fecha: 25 de noviembre de 2019


Dr. Menandro Ortiz Pretel
Presidente



ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina 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 ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MI PERÚ – CALLAO, PERIODO 2015-2019”, que presenta la Señorita **ELYANA DEL PILAR HUAMÁN RAMOS** 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.

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

Dr. Félix K. Llanos Tejada, MD
PRESIDENTE

Dr. Jhony A. de la Cruz Vargas PhD. MSC, MD
MIEMBRO

Dr. Prof. Lucy corre López. MBA
MIEMBRO

Dr. Jhony A. de la Cruz Vargas PhD. MSC, MD

Director de TESIS

Dr. Edwin R. Castillo Velarde, PhD. MS, MD

Asesor de Tesis

Lima, 24 de noviembre de 2020

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MI PERU – CALLAO, PERIODO 2015-2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	6%
2	www.msal.gov.ar Fuente de Internet	4%
3	idoc.pub Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%

repositorio.urp.edu.pe

8

Fuente de Internet

1 %

9

revistabiomedica.org
Fuente de Internet

1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VI CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS
CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

ELYANA DEL PILAR HUAMÁN RAMOS

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

“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”

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

Lima, 05 de diciembre del 2019



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller

Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana

ANEXO 08. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	Indicadores	METODOLOGIA
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO. 2015-2019	General: Determinar los factores de riesgo asociados a los servicios de salud en el abandono del tratamiento antituberculoso	Ho: No existe factores de riesgo para el abandono del tratamiento	Abandono del tratamiento antituberculoso	Caso: Paciente que abandona el tratamiento antituberculoso	Estudio retrospectivo, observacional caso control Se realizará una ficha para la recolección de datos, los datos serán procesados en el programa SPSS 18.0, a través de medidas de tendencia central. El análisis univariado y multivariado, se realizará a través del programa de regresión logística múltiple.
	Específicos: Determinar las características demográficas de los pacientes que abandonan el tratamiento. Determinar los factores para abandono, relacionados al paciente Determinar los factores para abandono relacionado al tratamiento	H1: Existe factores de riesgo para el abandono del tratamiento	Factores de riesgo dependiente del paciente, del sistema de salud, del tratamiento antituberculoso	Control: Paciente continuador del tratamiento antituberculoso	

ANEXO 09: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DIMENSIÓN	NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR	MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	EDAD	Edad del paciente en años	Edad del paciente en años	Cuantitativo	Cuantitativa	intervalo	Años	Encuesta
	SEXO	Género, masculino o femenino	Género, masculino o femenino	Cualitativo	Ordinal	Nominal	Masculino Femenino	Encuesta
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel de instrucción del paciente	Nivel de instrucción del paciente	Cualitativo	Ordinal	Ordinal	Primaria Secundaria Técnico Superior	Encuesta
	TIPO DE TUBERCULOSIS	Enfermedad causada por Bacilo de Tuberculosis. Respiratoria, Miliar, Extra pulmonar	Enfermedad causada por Bacilo de Tuberculosis. Respiratoria, Miliar, Extra pulmonar	Cualitativo	Nominal	Nominal	Respiratoria Miliar Extra pulmonar	Encuesta
ABANDONO RELACIONADO AL PACIENTE	Criterios de la estrategia sanitaria nacional (Norma técnica 2018)	Paciente que inicia tratamientos antituberculosos y lo descontinúa por 30 días, Durante el periodo de evaluación.	Paciente que inicia tratamientos antituberculosos y lo descontinúa por 30 días	Cualitativo	Nominal	Nominal		
	ALCOHOLISMO	Diagnóstico de alcoholismo luego del seguimiento por personal de salud	Dependencia de alcohol, valorado durante la encuesta del paciente	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Encuesta
	DROGADICCIÓN	Diagnóstico de drogadicción luego del seguimiento por personal de salud	Dependencia de drogas, valorado durante la encuesta del paciente	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Encuesta
	DIABETES	Enfermedad causada por hiperglicemia constante, diagnosticado en el centro de salud	Enfermedad causada por hiperglicemia constante, diagnosticado en el centro de salud	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Tarjeta de control de tratamiento con medicamentos de primera línea

	VIH/SIDA	Infección por el Virus de inmunodeficiencia adquirida	Infección por el Virus de inmunodeficiencia adquirida	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Tarjeta de control de tratamiento con medicamentos de primera línea
	INGRESO FAMILIAR PROMEDIO	Ingreso familiar promedio para la manutención de la familia	Ingreso familiar promedio para la manutención de la familia	Cuantitativo	Cuantitativo	Razón	soles	Encuesta
	NO TENER APOYO SOCIAL	Manifestar tener apoyo de personas para continuar en tratamiento	Manifestar tener apoyo de personas para continuar en tratamiento	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Encuesta
	NO ACUDIR AL CENTRO DESPUES DE LA PRIMERA VISITA	No acudir a su control luego de haber sido visitado por primera vez por el personal de salud	No acudir a su control luego de haber sido visitado por primera vez por el personal de salud	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Tarjeta de control de tratamiento con medicamentos de primera línea
ABANDONO RELACIONADO AL TRATAMIENTO	Eventos adversos declarados por el personal de salud y registrados							
	EVENTOS ADVERSOS	Eventos adversos relacionados al tratamiento antituberculoso	Eventos adversos relacionados al tratamiento antituberculoso	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Tarjeta de control de tratamiento con medicamentos de primera línea
ABANDONO RELACIONADO A LOS SERVICIOS DE SALUD	ABANDONO RELACIONADO A LOS SERVICIOS DE SALUD							
	EVALUACIÓN POR MÉDICO	Evaluación médica del paciente con tuberculosis	Atención médica en el centro de salud	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Encuesta
	EVALUACIÓN POR ENFERMERA	Evaluación por enfermería del paciente con tuberculosis	Atención por enfermería en el centro de salud	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Encuesta

	EVALUACIÓN POR PSICOLOGIA Y NUTRICION	Evaluación por psicología y nutrición del paciente con tuberculosis	Atención por psicología y nutrición en el centro de salud	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Encuesta
	EVALUACIÓN POR SERVICIO SOCIAL	Evaluación por psicología y nutrición del paciente con tuberculosis	Atención por asistencia social y nutrición en el centro de salud	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Encuesta
	ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD	Distancia aproximada al centro de salud	Medio de transporte para acceder al centro de salud	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	A pie Moto taxi Microbús Taxi	Encuesta
	VISITA DOMICILIARIA EN CASO DE ABANDONO	Visita luego del abandono de tratamiento	Visita luego del abandono de tratamiento	Cualitativo	Cualitativo	Nominal	Si No	Encuesta

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores asociados a los servicios de salud en el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del Centro de Salud Mi Perú del Callao, periodo 2015 - 2019

Iniciales _____ Edad _____ Sexo _____ Caso _____ Control _____

Lugar de procedencia _____ Grado de instrucción _____

Nivel de ingreso familiar mensual _____

Ocupación _____

Tipo de Tuberculosis diagnosticada _____

Antecedentes: (Historia clínica)

Alcoholismo _____ Tabaco _____ Drogadicción _____

Diabetes _____ VIH/SIDA _____

Apoyo familiar y/o social _____

Visitas realizadas al domicilio: _____

Acudió a su primera visita programada al centro de salud _____

Se sintió mejor luego del tratamiento (30 días) _____

Actitud del paciente frente a la enfermedad _____ -

Actitud del paciente frente al tratamiento _____

¿Ha presentado eventos adversos? _____, cuáles (historia clínica) _____

Como llega al centro de salud: A pie ___ moto taxi ___ microbús ___ taxi _____

Realizo las visitas al Médico ___ Enfermera ___ Psicología ___ Nutricionista _____

Asistencia social _____ Psicoterapia individual _____

¿El personal de salud lo trató adecuadamente?, _____ fue un motivo para no continuar el tratamiento? _____ Que grupo profesional _____

Fecha de inicio de tratamiento _____

Control de contactos en menores de 15 años de pacientes con TBP-FP reciben quimioprofilaxis _____

Ultimo control _____