



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL
ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE
SALUD DELICIAS DE VILLA- CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO ENERO
2017- JUNIO 2020**

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Vargas Gutiérrez, Jorge Diego Jonel
(ORCID: 0000-0001-7313-8543)

ASESOR

MC. Llanos Tejada, Félix Konrad
(ORCID: 0000-0003-1834-1287)

Lima, 2022

METADATOS COMPLEMENTARIOS

Datos de autor

AUTOR: Bach. Vargas Gutiérrez, Jorge Diego Jonel.

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Documento Nacional de Identidad: N° 45793292

Datos de asesor

ASESOR: MC. Llanos Tejada, Félix Konrad

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Documento Nacional de Identidad: N° 10303788

Datos del jurado

PRESIDENTE: Dra. Segura Núñez Patricia Rosalía

Documento Nacional de Identidad: N° 25836725

Orcid ID: 0000-0003-2873-3065

MIEMBRO: MC. Villanueva Villegas Renzo Jhesus

Documento Nacional de Identidad: N° 70436990

Orcid ID: 0000-0002-7820-0016

MIEMBRO: MC. Vera Ponce Víctor Juan

Documento Nacional de Identidad: N° 46070007

Orcid ID: 0000-0003-4075-9049

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A mis abuelitos a quienes tanto extraño y que a pesar de no estar conmigo, siento su apoyo y sus mejores deseos que hicieron de mí, una persona constante y valiente.

A mi madre por ser ese apoyo incondicional, además de la confianza que siempre sostuvo en los peores momentos, el amor de mi madre; que me hace ser quien soy.

A mi familia en general por siempre confiar en mí y brindarme su apoyo en todo momento.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios por ser mi guía, fortaleza y el camino a seguir para cumplir mi objetivo y mis metas. “Señor mío, ilumina mi mente, cristaliza mis ideas, dame fuerza, voluntad y dominio propio” son palabras que repito como enseñanza de vida, que me servirán de ahora en adelante en mi vida profesional.

A mi familia por luchar a mi lado, demostrarme esa confianza y apoyo en todos los momentos que más los necesité, ha pasado tiempo desde la decisión de estudiar esta hermosa carrera y siempre me dieron una mano; como mi primo Michael quien siempre me alentó a cumplir esta meta, espero ser un ejemplo para ti querido primo.

A mis amigos de la Universidad Ricardo Palma por todo su apoyo, compañerismo y tantos buenos momentos, en especial a mi amiga Marcela por todo su apoyo incondicional; a los doctores docentes por todos los consejos y enseñanzas que servirán para mi vida profesional.

Un agradecimiento especial al Dr. Roger Burga Gutiérrez medico jefe del Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos por su apoyo.

Finalmente, al Dr. Félix Llanos Tejada por su compromiso para ser asesor de esta investigación, así como al Dr. Jhonny De La Cruz Vargas director de esta tesis, por su comprensión y apoyo brindado.

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad transmisible que constituye una importante causa de morbilidad, la aparición de cepas bacterianas resistentes ha complicado el manejo aumentando la tasa de mortalidad y haciendo más difíciles las actividades de salud de prevención, control y tratamiento. Un grave problema a priorizar dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis es el abandono del tratamiento antituberculoso, es de conocimiento que el no cumplir eficazmente el tratamiento puede traer como consecuencia complicaciones en la salud del paciente y predisponer a nuevas cepas resistentes.

Objetivos: Identificar cuáles son los factores sociodemográficos relacionados al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa–Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020

Materiales y métodos: El estudio es de tipo observacional analítico, casos y controles y retrospectivo. La población considerada para el presente estudio son los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis, que recibieron tratamiento antituberculoso entre el periodo enero 2017- junio 2020 en el establecimiento de Salud Delicias de Villa – Chorrillos. El instrumento utilizado fue la Ficha de recolección de datos a partir de las historias clínicas proporcionadas.

Resultados: El grado de instrucción, secundaria [ORa: 9.646 IC 95% (1.048-88.75), $p=0.045$], estado laboral, independiente-informal [ORa: 8.247 IC 95% (1.496-45.460), $p=0.015$], el consumo de alcohol crónico [ORa: 4.134 IC 95% (1.354-12.621), $p=0.013$] y la evaluación profesional incompleta o no integral [ORa: 4.016 IC 95% (1.033-15.610), $p=0.045$], fueron los factores de riesgo asociados al abandono de tratamiento contra la tuberculosis, según el análisis de regresión logística multivariado; mientras que la edad, género, estado nutricional, antecedente de TBC, situación familiar, estado civil, consumo de tabaco y/o drogas y sintomatología clínica presente durante el tratamiento no demostraron ser factores de riesgo asociados al abandono de tratamiento antituberculoso. **Conclusión:** El abandono de tratamiento antituberculoso según los factores de riesgo de los pacientes estuvo

relacionados al nivel de instrucción, estado laboral, consumo de alcohol y a la evaluación profesional incompleta.

Palabras clave: (DeCS): tuberculosis, abandono de tratamiento

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is a communicable disease that constitutes an important cause of morbidity. The appearance of resistant bacterial strains has complicated management, increasing the mortality rate and making prevention, control and treatment health activities more difficult. The abandonment of antituberculous treatment is a serious problem that the National Health Strategy for the Prevention and Control of Tuberculosis has to prioritize, it is known that failure to comply with the treatment adequately can lead to complications in the patient's health and predispose to new resistant strains. **Objectives:** To identify which are the sociodemographic factors related to the abandonment of treatment in patients with tuberculosis at the Delicias de Villa-Chorrillos Health Center during the period January 2017- June 2020 **Materials and methods:** The study will be of an analytical, observational type, control and case, retrospective. The population considered for the present study will be patients with a diagnosis of Tuberculosis, who received antituberculous treatment between the years 2017-2020 at the Delicias de Villa - Chorrillos Health establishment. The instrument to be used was the Data Collection Form from the provided medical records. **Results:** Educational level, high school [ORa: 9.646 CI 95% (1.048-88.75), p=0.045], employment status, self-employed-informal [ORa: 8.247 CI 95% (1.496-45.460), p=0.015], chronic alcohol consumption [ORa: 4.134 CI 95% (1.354-12.621), p=0.013] and incomplete or not comprehensive professional evaluation [ORa: 4.016 CI 95% (1.033-15.610), p=0.045], were the risk factors associated with abandonment of tuberculosis treatment, according to multivariate logistic regression analysis; while age, gender, nutritional status, history of TB, family situation, marital status, tobacco and/or drug use and clinical symptoms present during treatment did not prove to be risk factors associated with abandonment of anti-tuberculosis treatment. **Conclusion:** The abandonment of tuberculosis treatment according to the patients' risk factors was related to educational level, employment status, alcohol consumption and incomplete professional

evaluation.

Keywords: (MeSH): tuberculosis, treatment abandonmen

INDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN DEL PROYECTO.....	5
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	11
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2 Planteamiento del problema.....	13
1.3 Formulación del problema.....	14
1.4 Delimitación del problema: línea de investigación.....	14
1.5 Objetivos.....	15
1.5.1 Objetivo general.....	15
1.5.2 Objetivos específicos.....	15
1.6 Justificación del estudio.....	15
CAPÍTULO II MARCO TEORICO:.....	18
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	18
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	18
2.1.2 Antecedentes Nacionales:.....	26
2.2 Bases teóricas.....	30
2.2.1 Historia de la tuberculosis.....	30
2.2.2 Epidemiología.....	31
2.2.3 Fisiopatología.....	34
2.2.4 Clínica.....	35
2.2.5 Diagnóstico.....	36
2.2.6 Esquemas de tratamiento.....	39
2.2.7 Abandono del tratamiento antituberculoso.....	40
2.2.8 Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento.....	42
2.2.9 Adherencia al Tratamiento.....	43
CAPITULO III HIPOTESIS Y VARIABLES	
3.1 Hipótesis general, específicas.....	44

CAPÍTULO IV METODOLOGIA:.....	46
4.1 Diseño de estudio:	46
4.2 Población	46
4.3 Muestra	47
4.3.1 Criterios de selección de la muestra	48
4.4 Variables del estudio.....	46
4.4.1 Definiciones Conceptuales	46
4.4.2 Operacionalización de variables.....	48
4.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos	51
4.6 Recolección de datos.....	51
4.7 Técnica de Procesamiento y Análisis de datos.....	51
4.8 Aspectos Éticos.....	52
CAPÍTULO V RESULTADOS Y DISCUSION.....	53
5.1 Resultados.....	53
5.2 Discusión de resultados.....	63
CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
6.1 Conclusiones.....	69
6.2 Recomendaciones.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS	77
1. Acta de aprobación de proyecto de tesis.....	78
2. Carta de compromiso de asesor de tesis.....	79
3. Carta de aprobación de proyecto de tesis firmado por secretaria académica	
4. Constancia de aceptación de ejecución de la tesis por la facultad de medicina de la universidad Ricardo palma con aprobación por el comité de ética en investigación.	
5. Carta de aceptación de ejecución de la tesis por el centro de salud delicias de villa-chorrillos.....	82
6. Acta de aprobación de borrador de tesis.....	83
7. Reporte de originalidad Turnitin.....	84
8. Certificado de asistencia al curso taller.....	85
9. Matriz de consistencia.....	86
10. Ficha de recolección de datos.....	88

LISTA DE TABLAS

Tabla N°1. Frecuencia y porcentaje de los factores sociodemográficos de los pacientes afectados con tuberculosis en el centro de salud delicias de villa-chorrillos durante el periodo enero 2017-junio

2020.....68

Tabla N° 2. Análisis bivariado de los factores sociodemográficos asociados al abandono de tratamiento contra la tuberculosis en el centro de salud Delicias de Villa-Chorrillos enero 2017 – junio 2020

..... 68

Tabla N°3. Análisis multivariado de los factores de riesgo sociodemográficos asociados al abandono de tratamiento de la tuberculosis 68

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico N°1. Rango de edades de los pacientes en tratamiento contra la tuberculosis en el centro de salud Delicias de Villa-Chorrillos enero 2017-junio2020

.....55

Gráfico N°2. Distribución de frecuencias de la condición clínica de los pacientes en tratamiento contra tuberculosis en el centro de salud Delicias de Villa-Chorrillos enero 2017- junio 2020

.....59

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 REALIDAD MUNDIAL Y NACIONAL

Una de las más importantes enfermedades transmisibles es la tuberculosis y constituye una relevante causa de morbilidad, de hecho, ocupa en el ranking mundial una de las 10 principales y en particular debida a un solo agente infeccioso (por encima del VIH/sida). El bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, es el agente causal, el cual se propaga por micro gotas suspendidas en el aire cuando personas infectadas tosen expulsando el agente.

Generalmente es pulmonar, sin embargo, también puede afectar otros órganos (tuberculosis extra pulmonar). La principal meta de controlar la enfermedad recae en frenar la transmisión y de ser oportuno terminar con la infección en el paciente, para dicho fin se deben tomar acciones importantes, tales como el diagnóstico temprano u oportuno, para establecer la terapéutica de acuerdo a la presentación de la patología, que generalmente se establece con fármacos de primera línea por seis meses. En ese sentido tanto el número de casos anuales y en algunas presentaciones, de muertes, pudiera mitigarse y reducirse tomando en cuenta los factores de riesgo que pudieran influir en la historia clínica de la enfermedad, por ejemplo, la diabetes, tabaquismo, inmunodeficiencia por patología o por infección VIH; Entonces la estrategia terapéutica en etapa temprana de la enfermedad por tuberculosis y la adopción de medidas multisectoriales sobre los determinantes y factores generales de la infección, como, la pobreza, calidad de vida y vivienda, nutrición y estilo de vida, entre otros, resulta ser una prioridad relevante.¹

A nivel mundial se estimó que 10 millones de personas enfermaron con el *Mycobacterium tuberculosis* durante el año 2018, un número relativamente estable en los últimos años. También se determinó que en ese mismo año se registraron 1,2 millones de muertes por esta

patología entre personas VIH-negativas (un 27% menos que el año 2000), y otras 251 000 muertes entre personas VIH-positivas (un 60% menos que el año 2000).¹

El *Mycobacterium* no distingue grupos de edad, sexo; sin embargo, se ha evidenciado una carga más elevada en hombres (edad ≥ 15 años), la cual se determinó en 2018 que represento el 57% de todos los casos, el grupo opuesto, mujeres, el 32% según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹

Actualmente, la mayoría de las regiones de la OMS y muchos países con alta carga de tuberculosis no están en vías de alcanzar las metas interpuestas para la Estrategia Fin a la Tuberculosis. La tasa media de descenso fue 1,6% y 2% en los últimos 3 años. La reducción en el número total de muertes 11% (2015-2018), menos de un tercio de la prevista: una reducción del 35% para 2020. La buena noticia es que Europa está en vías de lograr las metas intermedias para 2020 en la reducción en el número de casos y de muertes tasa de 15% y 24% respectivamente. Similar situación en la región africana reducciones acumuladas del 12% y 16%.^{1,2}

El objetivo debería ser incrementar el porcentaje de casos confirmados mediante el uso de las pruebas diagnósticas moleculares rápidas, que son más sensibles que la baciloscopia. En 2018, el 55% de los casos pulmonares se confirmaron bacteriológicamente. En los países de ingresos altos, con acceso a estas pruebas se confirman 80% de los casos de tuberculosis pulmonar aproximadamente, además se determinó que más de 54 millones de vidas se salvaron en el periodo 2000-2017, como consecuencia al apego del régimen terapéutico propuesto, es un hecho entonces la total relevancia y/o importancia de tener un buen diagnóstico oportuno y preciso para recibir un tratamiento eficaz y adecuado.²

En Sudamérica, uno de los países con la más alta prevalencia de

tuberculosis recae en el Perú, con un 13% de los casos estimados de TBC, lo cual lo posiciona en segundo lugar luego de Brasil; adicionalmente Perú estima un 31% de TBC multidrogoresistente (TBC-MDR) y extremadamente resistente (TBC-XDR), siendo así con estos valores el primer país de la región en presentar dichos casos. Por su parte la ciudad de Lima cuenta con sus propios valores ya determinados para el conocimiento científico los cuales representan el 60% de los casos de TBC del país y el 70% de TBC-MDR y TBC-XDR a nivel nacional.²

El manejo de esta enfermedad se ha visto complicado y difícil debido a la presencia y nuevos brotes de cepas resistentes, aumentando las tasas de mortalidad y morbilidad, además haciendo difícil la labor en salud preventiva, control y tratamiento, es la razón por la que desde el año 2017 hasta la actualidad, nuestro país ya ha reportado más de 1500 casos de TBC-MDR por año y algo más de 100 casos de TBC-XDR por año, gracias a vigilancia epidemiológica. Dicho esto, es ratificado el problema de salud pública en el que esta inmiscuida esta patología, que afecta tanto al sistema económico y social del país, lo cual lo hace indispensable su abordaje, en todos sus ámbitos.^{3,4}

El abandonar el tratamiento antituberculoso puede llevar al paciente a múltiples complicaciones en su salud y recuperación, además que es de conocimiento que este abandono predispone a nuevas cepas resistentes; es entonces que abandonar este régimen terapéutico es un grave problema que los entes de control Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis tiene que priorizar. Por mencionar un factor asociado al abandono de dicho tratamiento, es el nivel de educación uno de los a tomar en cuenta, ya que toma un lugar relevante en el transcurso de la enfermedad, conllevando y/o promoviendo el abandono del tratamiento antituberculoso y así haciendo poco favorable el pronóstico para el paciente.⁴

Por lo ya expuesto, es que mediante esta investigación se buscara determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes sometidos al régimen terapéutico para tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Delicias de Villa - Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020, los resultados de esta investigación buscará promover y brindar mejores herramientas para el cumplimiento adecuado del tratamiento de la TBC, con un fin de mejora e implementar adecuadas estrategias para el control de esta silenciosa enfermedad.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es indudable que el tratamiento antituberculoso, al ser conocido por los pacientes, haya una tendencia al rechazo y/o poca adherencia; es así, que dentro de los determinantes de abandono del esquema antituberculoso se pueden enumerar los siguientes: duración del tratamiento, reacciones adversas de los fármacos, condición inadecuada de vida, pobreza, desempleo y estar dentro de un grupo etario extremo, es decir muy joven o muy mayor.³

Otras causas que promueven el abandono del régimen terapéutico antituberculoso son la falta o muy poca información al paciente, por el sistema de salud en cuanto a su abordaje del tratamiento respecto de las dosis, es decir, numero de pastillas, duración y continuidad del esquema de los fármacos; otro factor importante es evidenciar si el paciente es consumidor de drogas, conocer la ausencia o bajo nivel educativo, incluso el género del paciente tiene relevancia, y finalmente tener un antecedente previo de abandono o poca adherencia al tratamiento farmacológico.^{2,3}

Los factores mencionados, han conllevado consecuentemente al uso irregular o rechazo de los fármacos, lo cual determina en el deterioro tanto clínico del paciente, como su adherencia social, por la

enfermedad, provoca la generación de nuevas cepas resistentes a fármacos de primera línea y con ello, no solo el avance sino la propagación de la infección.³

Uno de los factores preocupantes en nuestra sociedad es el bajo nivel de educación a nivel nacional, que de hecho es el que genera mayor tasa de abandono en nuestro país, donde es evidente que hay mayor abandono del esquema terapéutico en personas que tienen menor nivel educativo según estudios realizados en nuestro país.⁵

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos relacionados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en el Centro de Salud Delicias de Villa– Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020?

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LINEA DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación está ubicada en la especialidad de neumología, enfocada principalmente en lo que delimita el abandono de la terapéutica en pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar sensible; más aún, éste tema se encuentra ubicada en la cuarta y onceava prioridad nacional de investigación 2019- 2023 y tomará desarrollo en el Centro de Salud Delicias de Villa - Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020, de donde se recolectó la información concerniente a los pacientes que fueron atendidos diagnosticados con tuberculosis pulmonar sensible.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Identificar cuáles son los factores sociodemográficos relacionados al

abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa– Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020

1.5.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar cuáles son los factores de riesgo en torno a las características humanas del paciente asociadas al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa–Chorrillos.
- ✓ Averiguar cuáles son los factores de riesgo en torno al ambiente social del paciente asociadas al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa– Chorrillos.
- ✓ Determinar cuáles son los factores de riesgo en torno a la enfermedad y/o servicio de salud que recibe asociadas al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa–.

1.6 Justificación del problema

De las enfermedades más antiguas la tuberculosis es una que aun sigue siendo un serio problema de salud pública a nivel mundial. En el Perú, la incidencia de casos que abandonan el tratamiento antituberculosos ya sea el esquema sensible y/o multidrogoresistente, agrava la situación en cuanto a la lucha contra la enfermedad, por esta razón, abordar e identificar los distintos factores que involucran el problema del abandono al tratamiento, permitirá planificar sus posibles soluciones, obtener beneficios en cuanto a la prevención y el control de la patología, ya sea en ámbitos como su a accesibilidad, equidad y calidad de la atención.^{5,6,7}

La tuberculosis es considerada una enfermedad social, determinada bajo consecuencia y/o efectos del hacinamiento de las personas, siendo estas incluidas dentro de la baja sociedad o en situación de pobreza, la presente investigación permitirá con los resultados obtener información más cercana respecto del abandono del esquema antituberculoso dentro del ámbito de una sociedad relativamente y socialmente baja, esto permitirá mejorar la comprensión del problema, promoviendo y/o brindando mejorías, acciones o medidas preventivas y promocionales, y además posibles soluciones; el beneficio de esta información recaerá en la población afectada por esta enfermedad, que, de hecho ocupa en gran porcentaje la población económicamente productiva.^{5,6}

El poder de transmisión del *Mycobacterium* en un paciente que abandona su esquema terapéutico es de 10 a 15 personas por año, esta capacidad se multiplica si el paciente está ubicado en zonas rurales donde haya mayor hacinamiento; tal es así como el distrito de Chorrillos en las zonas urbano-marginales.⁵

Entonces si tomamos en cuenta los factores determinantes como abandono de tratamiento antituberculoso, ya sea dentro de un contexto de hacinamiento poblacional, bajo nivel educativo, hábitos nocivos, bajo nivel socio económico, entre otros, la enfermedad tomara lugar en cuanto a su propagación y diseminación, trayendo consigo mayor mortalidad y pérdida de años de vida saludable, así como incremento de los costos directos e indirectos por la enfermedad, desde el individuo pasando por la familia, sociedad y nivel sanitario en general.

La OMS considera como parámetro máximo de abandono de tratamiento un 5%, es el caso de nuestro país un número mayor de lo estipulado por el ente rector mundial en salud, quienes consideran que

el sobrepasar este parámetro se atribuye a deficiencias del sistema de salud, ya sea calidad de atención del servicio y problemáticas sociales que deberían estar dentro del marco de intervención directa, para su pronta solución.^{5,6}

La Tuberculosis es una enfermedad que compete a diferentes ámbitos rectores, los cuales en son de lucha deberían asumir un reconocimiento de sus deberes y derechos, tanto como sus responsabilidades, lo cual contribuye a la realización plena de las capacidades de las personas, en un contexto de ciudadanía en salud. De esta manera el abandono de tratamiento complica el control de la enfermedad y es que al no haber curación y/o solución, ésta se propaga y disemina, perpetuándose en la población, haciendo de esta fuentes de infección para las más cercanas y así sucedáneamente en una cadena latente de infección, sumándole a esto la posibilidad de la generación de cepas resistentes que es el riesgo al que se exponen las personas que son irregulares o abandonan el tratamiento, dibuja entonces un escenario social y epidemiológico grave. En ese sentido los factores de riesgo enfocados en el paciente, la unidad básica social, comunidad y servicio de salud, permitirá proteger la salud población en riesgo como un bien público.⁶

Entonces las necesidades de identificar medidas de intervención contra el abandono del esquema de tratamiento contra la tuberculosis son imperiosas para contribuir con el control, disminuir las tasas de morbi-mortalidad y principalmente disminuir el abandono de tratamiento. Por lo tanto, es importante contribuir con conocimiento para permitir dar respuestas a problemas y/o interrogantes respecto de la enfermedad y su comportamiento considerando la habilidad del *Mycobacterium tuberculosis* para transmitirse, así también reconocer las fuentes de contagio no identificadas en la población y/o las personas que abandonan el tratamiento, las cuales son puntos fuertes que facilitan la diseminación de la resistencia en la población.⁶

Por ello todo esfuerzo para fortalecer la lucha y prevenir el riesgo de abandono, se sienta bajo los cimientos de nuevos modelos culturales y educativos, así como legales para el control del daño, fortaleciendo las capacidades en el abordaje de esta enfermedad en poblaciones de alta vulnerabilidad y elevado riesgo de transmisión.⁶

Finalmente, en el Perú la tuberculosis sigue siendo una causa importante de enfermar y morir, así como de dejar secuelas graves, incluso habiendo completado los esquemas de tratamiento, es por ello la importancia de ahondar en este problema de salud pública nacional.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Torres G. Zulema, Herrera M. Tania. “Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile”. (2015)⁸

Este estudio tuvo como objetivo analizar las historias clínicas auditadas realizadas respecto a los casos de abandono terapéutico y conceptualizar el perfil del paciente “abandonador” además de determinar las causas que tienen influencia en este resultado. Esta investigación describe la información contenida en las auditorías entre los años 2009 y 2013. La muestra fue de 134 auditorías de abandono la mayoría de los pacientes son de sexo masculino, entre 15 y 45 años de edad y en el 91% es su primer episodio de tuberculosis. El 62,7% presenta algún factor de riesgo asociado al abandono, especialmente alcoholismo y drogadicción y el 16,5% corresponde a personas en situación de calle.

Dueños Magally, Cardona Dora. “Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013”. (2016)⁹

El estudio buscó principalmente esclarecer la relación entre el cumplimiento de la terapéutica antituberculosa y los factores sociodemográficos, económicos y clínicos, así como también los relacionados con los medicamentos, dentro de un marco objetivo y subjetivo, en pacientes mayores de 18 años. La descripción de esta investigación tuvo lugar dentro de 174 registros de pacientes del programa de control de la tuberculosis y 15 entrevistas semiestructuradas hechas a quienes no cumplían con el régimen terapéutico. El resultado arrojó que el cumplimiento del régimen antituberculoso fue de 94,8 % ($p=0,035$). Mientras que por el

contrario 5,2 % representó al incumplimiento. Un dato importante fue que la intolerancia a los medicamentos estuvo mayormente representada en el grupo de quienes abandonaron el tratamiento.

Otras variables encontradas dentro de la población que incumplió con el régimen terapéutico fueron: falta de apoyo familiar, desempleo o abandono de trabajo, impacto salarial y/o económico y la insatisfacción con la oportunidad de la atención en la institución de salud.

Stephanie Lin, G.J. Melendez-Torres. Systematic review of risk factors for nonadherence to TB treatment in immigrant populations. 2016¹⁰

Este estudio revisó sistemáticamente la evidencia de los factores de riesgo de incumplimiento del tratamiento farmacológico para la tuberculosis en este grupo. El 28 de octubre de 2013, se realizaron búsquedas sistemáticas en MEDLINE, CINAHL, Embase, PsychINFO y ProQuest para examinar estudios sobre la adherencia en poblaciones nacidas en el extranjero con tuberculosis. Los estudios de factores de riesgo se seleccionaron para su inclusión si consistían en al menos 95% poblaciones nacidas en el extranjero. Se incluyeron 20 estudios en la revisión. El estado migratorio indocumentado, la edad avanzada y los factores de riesgo social se correlacionaron consistentemente con la falta de adherencia; género, el origen étnico, el tiempo de inmigración, el nivel educativo, los efectos secundarios adversos y el estado del VIH se correlacionaron de manera inconsistente; y los factores de riesgo conductual y el estado civil no se correlacionaron consistentemente.

Medeiros Soares, Marcelo, Alves Castro do Amaral, Nathália, Correia Paes Zacarias, Amanda, de Novaes Pires Ribeiro, Leila, Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco,

Brasil, 2001-2014. 2017 ¹¹

Este estudio tiene como objetivo describir las proporciones de abandono de acuerdo con las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas de los nuevos casos de tuberculosis tratados en el estado de Pernambuco, Brasil. Es un estudio descriptivo que utiliza datos del Sistema de Información para Enfermedades Notificables desde 2001 a 2014; la tasa de abandono fue calculada por la Administración Regional de Salud (GERES). Se obtuvo que, de los 57,015 casos nuevos, 6,474 (11.3%) abandonaron el tratamiento; la tasa fue mayor en hombres (11.9%), personas de 20 a 39 años (12.7%), personas con escuela primaria incompleta (12.1%), personas de piel negra (13.7%), personas institucionalizadas (12.5%) y personas con enfermedad pulmonar + tuberculosis extra pulmonar (14.1%).

Yisi Liu, Stephen Birch, K. Bruce Newbold, Beverley M. Essue. Barriers to treatment adherence for individuals with latent tuberculosis infection: A systematic search and narrative synthesis of the literature. 2018¹³

El objetivo fue investigar las tasas de iniciación y finalización del tratamiento para la infección latente de TB (LTBI), factores que explican incumplimiento e intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento en países con baja incidencia de TB. Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed y Embase. Fueron 54 los estudios incluidos en esta revisión. La proporción de personas que iniciaron el tratamiento varió del 24% al 98% y la proporción de personas que completaron el tratamiento varió de 19% a 90%. Las principales barreras para la adhesión incluían el miedo o experiencia de efectos adversos, larga duración del tratamiento, barreras económicas, falta de transporte a clínicas (para pacientes) e insuficientes recursos para el control de la infección latente de TBC. Mientras que las intervenciones como el asesoramiento de

pares, incentivos y el manejo de casos culturalmente específicos se han utilizado para mejorar la adherencia, la proporción de personas que inician y completan el tratamiento para LTBI sigue siendo bajo.

Habtamu Sewunet Mekonnen, Abere Woretaw Azagew. “Non-adherence to anti-tuberculosis treatment, reasons and associated factors among TB patients attending at Gondar town health centers, Northwest Ethiopia”. (2018)¹⁴

En el presente estudio se tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de la no adherencia al tratamiento antituberculoso, las razones y los factores asociados a esta entre los pacientes con tuberculosis que acuden a los centros de salud de la ciudad de Gondar. Es un estudio de tipo transversal. Se incluyeron un total de 314 participantes. La tasa general de incumplimiento del régimen antituberculoso fue del 21,2%. Fase de continuación del tratamiento (aOR = 2.27) presencia de más de una comorbilidad (aOR = 6.22), poco conocimiento sobre TB y terapia antituberculosa (aOR = 4.11), mala relación proveedor-paciente (AOR = 4.60) y consumo de alcohol (aOR = 5.03) se asoció significativamente con la no adherencia. Olvidar tomar su medicamento (23.1%), Estar ocupado con otro trabajo 35 (20.2%) y estar fuera de casa/ciudad (13.9%) fueron las principales razones para que los participantes interrumpieran la toma de medicamentos antituberculosos.

Xue-Hui Fang, Hui-Hui Shen, Wan-Qian Hu et.al. Prevalence of and Factors Influencing antituberculosis Treatment Non-Adherence Among Patients with Pulmonary Tuberculosis: A crossectional Study in Anhui Province, Eastern China. 2019 ¹⁵

El objetivo del estudio fue evaluar la tasa de incumplimiento entre los pacientes con tuberculosis pulmonar (TB) en la provincia de Anhui, este de China y para explorar los factores influyentes, a fin de identificar objetivos para la intervención. La muestra fue de 339

pacientes con tuberculosis que fueron encuestados utilizando un cuestionario estructurado. Los pacientes divorciados y viudos tenían más probabilidades de omitir la medicación en comparación con aquellos que estaban casados o solteros ($P < 0.01$). Con respecto al conocimiento relacionado con temas como la ruta de transmisión, las medidas preventivas y los síntomas sospechosos, la tasa de concienciación en el grupo con buen cumplimiento de la medicación fue mayor que en el grupo con mal cumplimiento ($P < 0.05$). Encontramos que el cumplimiento no se asoció significativamente con la búsqueda de tratamiento médico en instituciones profesionales, la política nacional de tratamiento gratuito de TB o la discriminación ($P > 0.05$). La tasa de incumplimiento bajo la supervisión (26.10%) fue menor que sin supervisión (64.18%) ($P < 0.001$).

Herrero María, Arrosi Silvina, Ramos Silvina, Ueleres José, ‘Determinantes sociales de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en Buenos Aires, Argentina’, 2015.¹⁶

El estudio de Herrero. et al. Se basó metodológicamente en ser transversal con un modelo jerarquizado, su análisis se hizo mediante regresión múltiple en dos niveles en base a datos primarios y secundarios. En sus resultados muestran que ser varón tiene mayor riesgo de no adherirse al tratamiento, por su parte, la falta de agua en el hogar aumento el riesgo de no adherencia y en hogares cuyo jefe de familia no tenía cobertura de salud el riesgo era mucho mayor, también los pacientes que utilizaban más de un medio de transporte para llegar al centro de salud. Finalmente se concluye que los factores sociales y económicos influyen en la adherencia al tratamiento del paciente

Plata-Casas Laura Inés, “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis”. (2015)¹⁷

El estudio de Plata- Casas fue un estudio descriptivo de corte transversal de carácter cuantitativo. Dentro de los resultados, los pacientes varones representaron un 75%; el promedio de edad estuvo entre los 30 años, mientras los que tenían un régimen subsidiado de salud representaban un 63%. El abandono al tratamiento estuvo influenciado por: reacciones adversas a los fármacos (58%), no adecuada atención del personal asistencial (43%), dificultad de acceso al servicio (32%). El hacinamiento y desempleo se vieron representados en 67% y 62% respectivamente. Finalmente se concluyó que tanto los factores modificables como no modificables influyen al abandono del régimen terapéutico, las variables psicológicas y sociales muestran resultados predictores de abandono o irregularidad terapéutica por lo que sugieren ser evaluadas.

Llamuca N., Blanca A.V.M., Carlos A. “Factores Relacionados Al Abandono Del Tratamiento De Antifímicos En Adultos Atendidos En Un Centro De Salud De Guayaquil”.(2019)¹⁸

Un tercio de la población mundial está infectada con el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, el estudio de Llamuca et al. se basa en el aumento de la tasa de fracasos en el tratamiento debido al abandono del tratamiento antituberculoso obteniéndose que el 71% fueron hombres, 76% no recibe apoyo de sus familias; en el estilo de vida, consumen tabaco diariamente un 39% , consumo de alcohol varias veces por semana 43% y drogas 48%; sobre la atención recibida, un 53% esperaron mucho tiempo de atención, el 59% no entendió las indicaciones médicas y el 30% presenta reacción cutánea y depresión.

Okethwangu D, Birungi D, Biribawa C, Kwesiga B, Turyahabwe S, Ario A, Zhu B, ‘Multidrug-resistant tuberculosis outbreak associated with poor treatment adherence and delayed

treatment: Arua District, Uganda, 2013-2017' 2019 ¹⁹

Dentro del presente estudio se determinó que la mala adherencia a los medicamentos contra la tuberculosis y el inicio tardío del tratamiento se asociaron con la infección por TB-MDR, por lo que se obtuvieron los siguientes resultados: Los hombres fueron más afectados que las mujeres, al igual que los casos ≥ 18 años en comparación con aquellos < 18 años. En el estudio de casos y controles, la mala adherencia al tratamiento antituberculoso de primera línea e inicio del tratamiento > 15 meses desde el inicio de los síntomas se asociaron con MDR-TB. Los pacientes ambulatorios de TB- MDR refirieron que no llevan máscaras para minimizar la infección comunitaria.

Liu Y, Birch S, Newbold KB, Essue BM, 'Barriers to treatment adherence for individuals with latent tuberculosis infection: A systematic search and narrative synthesis of the literature' 2018 ²⁰

En una revisión de 54 estudios, obtuvieron como resultados que la proporción de personas que iniciaron el tratamiento varió del 24% al 98% y la proporción de personas que completaron el tratamiento varió del 19% al 90%. Dentro de las principales barreras para el cumplimiento incluyeron el miedo o la experiencia de los efectos adversos, la larga duración del tratamiento, las barreras financieras, la falta de transporte a las clínicas (para pacientes) y los recursos insuficientes para el control de infección de tuberculosis latente.

Madeira de Oliveira S, Altmayer S, Zanon M, Alves Sidney-Filho L, Schneider Moreira AL, de Tarso Dalcin P, Garcez A, Hochhegger B, da Silva Moreira J, Watte G, 'Predictors of noncompliance to pulmonary tuberculosis treatment: An insight from South America' 2018 ²¹

En el estudio de Madeira de Oliveira et al. los predictores de cumplimiento deficiente con el tratamiento de la tuberculosis fueron los siguientes: La tasa de incumplimiento fue del 25%, vivir en un área de bajos ingresos (OR = 4.35, IC 95%: 2.50-7.58), abuso de drogas (OR = 2.73, IC 95%: 1.47-5.09), incumplimiento de un régimen de tratamiento previo (OR = 2.1, IC 95%: 1.28-3.45) e historial de tabaquismo (OR = 1.72, IC 95%: 1.00-3.00), género masculino (OR = 3.25; IC 95% = 1.32-8.0), y la edad más joven (OR = 4.3; IC 95% = 1.15-16.07) también se asociaron con un mayor riesgo de abandono.

De Faria Gomes N.M., Da Mota Bastos M.C., Marins R.M., Barbosa A.A., Soares L.C., De Oliveira Wilken de Abreu A.M., Souto Filho J.T., “Differences between Risk Factors Associated with Tuberculosis Treatment Abandonment and Mortality”. (2015).²²

En un estudio de Rio de Janeiro, Brasil. Se evaluaron un total de 1.257 pacientes, y dentro de los resultados se obtuvo que un 69.1% eran hombres, un 54.4% eran menores de 40 años, un 18.9% cursaban con una enfermedad extrapulmonar y un 9.3% estaban coinfectados con VIH. Los factores de riesgo asociados con el abandono del tratamiento incluyeron el sexo masculino (OR = 2.05) y la no adherencia al tratamiento previo (OR = 3.14). Además, la aparición de tuberculosis extra pulmonar fue un factor protector (OR = 0.33, IC 95% = 0.14-0.76).

Aylana De S. Belchior, Evelyne Marie T. Mainbourg, Maria J. Ferreira- Gonçalves ‘Loss to follow-up in tuberculosis treatment and its relationship with patients' knowledge of the disease and other associated factors’ 2016. ²³

En este estudio se seleccionaron 42 casos de pérdida de seguimiento y 84 casos de control que estaban terminando el sexto mes de su primer tratamiento para la tuberculosis, en el que no se

observaron diferencias significativas entre la pérdida de casos de seguimiento y los controles con respecto a factores socioeconómicos, estilo de vida, estado clínico, comportamientos relacionados con el tratamiento y el acceso de los pacientes a fuentes de información sobre la tuberculosis y las asociaciones con el retratamiento después de la pérdida del seguimiento que se detectaron incluyen: escaso conocimiento sobre la tuberculosis, falta de adherencia a la consulta durante el tratamiento actual, incumplimiento del plazo de consulta de seguimiento, tabaquismo y VIH negativo.

Fernandes V, Santos E, Erdmann A, Pires D, Zampieri M, Gregório V. Establishment of lactaton rooms in public and private companies: potentialities and difficulties. Rev Gaúcha Enferm.2016. ²⁴

El presente estudio concluye que se necesitan estrategias educativas en un enfoque psicosocial, considerando la multidimensionalidad de la adherencia al tratamiento, ya que se obtuvo que la parte social influía en los resultados como: el tratamiento de la tuberculosis genera sufrimiento, la tuberculosis es contagiosa y provoca distanciamiento y aislamiento, y la falta de conocimiento genera abandono del tratamiento. Estas representaciones interfieren con la conducta de la atención y el cumplimiento del tratamiento de la tuberculosis.

Narda Estela Calsin Chirinos, Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Andréa Barbará Silva Bousfieldc, 'Social representations of TB patients on treatment discontinuation', 2015 ²⁵

En el presente estudio se determine que en los datos sociodemográficos y clínicos, la mayoría eran hombres, el nivel educativo varió desde educación primaria incompleta hasta

secundaria completa, 6 participantes tenían empleo informal y dos estaban desempleados. Algunos refirieron que vivían con otros miembros de su familia porque la mayoría se aisló de sus esposas e hijos y pocos tenían apoyo financiero de la familia, igualmente, se obtuvo que la mayoría de los pacientes que tenían TB-MDR la administración de medicamentos no se controlaba de cerca, algunos pacientes no se les daba las dosis requeridas. Estos hallazgos pueden indicar que los tratamientos son deficientes especialmente en aquellos que involucran fallas de monitoreo.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Calderón Silva, Cecilia. Frecuencia de abandono del tratamiento antituberculoso y factores de riesgo en un Centro Nacional de Excelencia en tuberculosis. Lima, Perú 2010-2015. 2018 ¹²

En esta investigación se buscó determinar la frecuencia de abandono de tratamiento de TBC y sus factores de riesgo en un centro de atención primaria especializado en TBC, Trébol Azul. Plantearon una metodología analítica observacional y de cohorte en pacientes que llevaron tratamiento antituberculoso en el centro especializado Trébol Azul, en San Juan de Miraflores, Lima, 2010-2015. La población total incluida fue de 245 pacientes, todos ellos con TBC, en total 18% abandonaron el tratamiento, de ellos el 15.2% fue esquema sensible y 29.8% esquema TBC-MDR. Asimismo, la frecuencia hallada como tratamiento irregular representó el 54.7%, mientras que dentro de los determinantes sociales se evidenció que consumir drogas ilícitas aumenta el riesgo 3.66 veces. (IC95%:1,38-9,69).

Lackey, Brian, Seas, Carlos, Van der Stuyf, t Patrick, Otero, Larissa, Patient Characteristics Associated with Tuberculosis

Treatment Default: A Cohort Study in a High-Incidence Area of Lima, Peru. 2015 ²⁶

El objetivo de este estudio fue identificar los factores asociados con la finalización prematura del tratamiento (falla en el tratamiento). Se realizó un estudio de cohorte prospectivo de pacientes adultos con TB con baciloscopia positiva inscritos entre enero de 2010 y diciembre de 2011 sin antecedentes de enfermedad de TB. De los 1233 pacientes estudiados,

127 (10%) incumplieron el tratamiento. Los factores asociados al incumplimiento del tratamiento fueron: uso de drogas ilegales (OR = 4.78, IC 95%: 3.05-7.49), TB multirresistente (OR = 3.04, IC 95%: 1.58-5.85), no se han realizado pruebas de VIH (OR = 2.30, 95% IC: 1.50-3.54), beba alcohol al menos semanalmente (OR = 2.22, IC 95%: 1.40-3.52), tenga bajo peso (OR = 2.08, IC 95%: 1.21-3.56), o no haber completado la educación secundaria (OR = 1.55, IC 95%: 1.03-2.33).

Alexander Anduaga-Beramendi, Jesus Maticorena-Quevedo, Renato Beas, Diego M. Chanamé-Baca, Mary Veramendi, Andrés WiegeringRospigliosi, Erika Zevallos, Rufino Cabrera, Luis Suárez- Ognio. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. 2016 ⁷

Identificar los factores asociados al abandono de tratamiento en un centro de atención primaria del distrito de Chorrillos, Lima, Perú, fue el objetivo de esta investigación, para lo cual se planteó una metodología de casos y controles en tiempo retrospectivo no pareado. Tuvo la peculiaridad de evaluar el puntaje de riesgo de abandono en el centro de salud (≥ 22), así como variables demográficas. La muestra incluyó 34 controles y 102 casos. En el análisis estadístico se mostró que quienes tuvieron menos de seis

años de estudios (OR: 22,2; IC95%: 1,9-256,1) así como quienes tenían un puntaje \geq a 22 puntos en la prueba de riesgo de abandono (OR= 21,4; IC95%: 6,3-72,4) tenían mayor probabilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso.

Bonilla Asalde C., “Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en la Región Callao Perú Años 2010-2012”. (2016)⁶

Esta investigación se enfocó en el abandono de tratamiento TBC multidrogoresistente buscando identificar los factores asociados a ello, es así que tuvo lugar un estudio observacional, retrospectivo de tipo casos y controles, en la Región Callao, Perú. Los resultados evidenciaron como factores de riesgo: desconocimiento de la enfermedad [ORa= 23.1 p = 0.002]; no creer en la curación [ORa = 117.3 (p 0.000)]; carecer de apoyo social [ORa = 19.16 (p 0.030)]; horario del establecimiento para administrar el tratamiento considerado inadecuado [ORa = 78.1 (p 0.002)]; no tener información de sus resultados laboratoriales [OR= 46.13 (p 0.007)].

Zevallos Romero M., “Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la red de salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú”. (2017)²⁷

En la Red de Salud de San Juan de Lurigancho se buscó determinar factores asociados a abandono de tratamiento esquema sensible para BK+ durante el periodo 2009-2012, mediante esta investigación de carácter retrospectivo de tipo casos y controles, apareado. La población que se tuvo fue de 855 pacientes BK+ entre ellos: 285 casos y 570 controles. Los resultados evidenciaron que ser mujer es un perfil del paciente que abandona el tratamiento antituberculoso en este distrito que además refieren vivir menos de 5 años en él; tener máximo secundaria incompleta, ingreso inestable,

presentar hábitos nocivos como consumo de alcohol, tabaco; mientras tanto, tener una condición clínica como disnea y no haber sido evaluado por el médico, y/u otro personal de salud, tener entre 3 o más irregularidades en la primera fase del régimen terapéutico y no acudir a la primera visita luego de iniciar el esquema; resultaron ser el perfil del paciente en este distrito, para esta investigación.

Rivera O., Benites S., Mendigure J., Bonilla C.A., “Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú”.(2019)²⁸

En este estudio realizado en la región Callao, Perú, se buscó determinar factores de riesgo que se asocian al abandono de tratamiento de TBC multiresistente, planteando una metodología analítica de tipo casos y controles, específicamente con una muestra de 80 casos y 180 controles, todos los pacientes en tratamiento entre el 1° enero del 2010 y el 31 diciembre del 2012. El análisis arrojó que: desconocimiento de la enfermedad (OR=23,10; p=0,002); no creer en la curación (OR=117,34; p=0,000); no tener apoyo social (OR=19,16; p=0,030); no considerar adecuado el horario de atención (OR=78,13; p=0,002), y no recibir resultados de exámenes realizados (OR=46,13; p=0,007). Fueron los factores de riesgo más relevantes y prevalentes.

Chavez-Salazar J., Pantoja B., Loza A., Valladares-Zevallos G., “Factores socioeconómicos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en la micro- red de salud Ollantay en San Juan de Miraflores 2012-2015”. (2017)²⁹

De 64 pacientes estudiados, Chávez- Salazar et al. concluyó en su estudio que el género masculino y presentar habito nocivo como

alcoholismo, tienen un riesgo de 7 y 3.33 veces más, respectivamente de abandonar el tratamiento antituberculoso. En cambio, no hubo representatividad estadística para las variables: edad, estado civil, nivel de educación, ocupación, antecedente de TBC, antecedente familiar de TBC, consumo de drogas y tabaco.

Aguilar Urcia L., Aquino Aguirre M.; "Conocimiento sobre tuberculosis y riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar". (2019)³⁰

Este estudio tuvo como finalidad esclarecer la relación existente respecto del nivel de conocimiento sobre tuberculosis y el riesgo de abandono terapéutico. Los resultados obtenidos indican que 63% de los pacientes presento un nivel de conocimiento medio, 29.6% y 7.4% para alto y bajo respectivamente. En otras variables el 66.7% mostró bajo riesgo de abandono terapéutico, y el 33.3% alto. Al hacer el análisis cruzado entre ambas el 55.6% tienen un nivel de conocimiento medio y bajo riesgo de abandono, asimismo el 25.9% su nivel de conocimientos y su riesgo de abandono es alto, y del 7.4% su nivel de conocimientos como riesgo de abandono es bajo.

Reyes Zarazú K. S., "Factores de riesgo socioeconómicos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un centro de salud de los olivos durante el periodo 2016- 2018". (2019)³¹

Este estudio realizado en el Centro de Salud Juan Pablo II- Los Olivos, planteo un cohorte para estimar el riesgo de los factores socioeconómicos para el abandono de tratamiento antituberculoso, para ello utilizo historias clínicas, que llevadas a la ficha de datos obtuvo en el análisis los siguientes resultados: Una muestra total de 408 pacientes, dentro de los cuales el riesgo relativo para el abandono de tratamiento se mostró de la siguiente manera:

pacientes mayores de 50 años [RR 7,55], solteros(a) [RR 4,75], nivel de estudios incompletos [RR 11,46], abandono previo del tratamiento [RR 2,52]. Además, observó que, del total, 38,2% abandonaron el régimen terapéutico antituberculoso para TBC pulmonar sensible. Las variables que no tuvieron significancia en este estudio fueron: sexo masculino, desempleo y hábitos nocivos.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Historia de la tuberculosis

La tuberculosis es una de las enfermedades infecto-contagiosas más letales y antiguas que afecta al ser humano, y prueba de ellos es que ha sido posible documentar su estrecha relación con la historia de la propia humanidad: existen evidencias paleológicas de tuberculosis vertebral en restos neolíticos precolombinos, así como en momias egipcias, que datan aproximadamente del año 2400 a.C. Fue descubierta en momias pertenecientes a la pre dinastía egipcia (3500- 2650 a.C.) y en restos humanos ubicados en Suecia e Italia que datan del período Neolítico.³²

Hipócrates, padre de la Medicina, en el siglo V a.C. designa la palabra “tisis” que quiere decir consunción, y describe “la fascie hipocrática”, “el temperamento héctico” y la fiebre vespertina o “fiebre héctica”. La define como una enfermedad crónica con tos persistente productiva por varios días, fiebre constante, sudoración y como la enfermedad “más grave de todas, la de curación más difícil y la más fatal”.^{32,33}

Los primeros avances científicos y el verdadero inicio del camino en la conquista de la tuberculosis comienzan a fines del siglo XVIII gracias al estudio más sistematizado de los enfermos, al florecimiento de la observación clínica y al desarrollo de la semiología pulmonar. Auenbrugger con su

aporte sobre el descubrimiento de la percusión pulmonar, y Laennec inventor de la auscultación mediata y del estetoscopio, de esta forma pudo detallar las formas pulmonares de tuberculosis publicadas en su “Tratado de la auscultación mediata”.³⁶

En el siglo XIX se produce la gran revolución del conocimiento médico. Recién el 24 de marzo de 1882, el Dr. Robert Koch anunció el descubrimiento de *Mycobacterium tuberculosis*, y lo relaciona directamente con esta enfermedad, de esta forma sentando las bases científicas de la bacteriología moderna. Además, sentando las bases para la prueba de la tuberculina, describiendo el llamado fenómeno de “Koch” a la reacción de tipo retardado que determina la inyección en la piel de productos del bacilo en un animal previamente sensibilizado. En esa época, la tuberculosis causaba la muerte a una de cada siete personas que vivían en los Estados Unidos y Europa. A medida que los enfoques diagnósticos y preventivos fueron descubriéndose, el enfoque de la enfermedad fue evolucionando.³³

Finalmente, el trabajo ejemplar de Calmette y Guerin en 1908 aportó un arma preventiva que ha salvado de la muerte a millones de niños en todo el mundo protegiéndolos contra las tuberculosis más destructivas que son las extrapulmonares.³⁴

2.2.2 Epidemiología

Epidemiología mundial

Para el año 2018 un aproximado estimado de muertes por TBC entre personas VIH negativas fue de 1,2 millones, lo cual

significó una reducción del 27% respecto a los 1,7 millones del año 2000, y otras 251 000 muertes entre personas VIH positivas con una reducción del 60% a partir de 620 000 de ese año.³⁰

La tuberculosis siendo una enfermedad indistinta del sexo al cual afecta, se ha visto una predilección por el grupo masculino la cual se registra a una edad ≥ 15 años, representando más de la mitad (57%) de todos los casos de TBC, para el año 2018.³⁵ En analogía, las mujeres se registraban en el 32% y los niños (edad < 15 años) el 11%; asimismo las personas VIH positivas representaban el 8,6% de todos los casos de tuberculosis.³⁵ Desde el punto de vista geográfico, la mayoría de los casos de TBC en 2018 se registraron en las Regiones de la OMS de Asia Sudoriental (44%), África (24%) y el Pacífico Occidental (18%), con porcentajes menores en el Mediterráneo Oriental (8%), las Américas (3%) y Europa (3%). Ocho países representaban dos tercios del total mundial: India (27%), China (9%), Indonesia (8%), Filipinas (6%), Pakistán (6%), Nigeria (4%), Bangladesh (4%) y Sudáfrica (3%). Estos países más los otros 22 de la lista OMS de los 30 países con alta carga de tuberculosis acaparraron el 87% de los casos mundiales.³⁵

La resistencia a los fármacos antituberculosos sigue siendo una amenaza para la salud pública mundial. En 2018, se registraron un aproximado de medio millón de nuevos casos de TBC resistente a la rifampicina (78% tenían TBC drogorresistente). La India, China y Rusia son los países con mayor proporción de carga mundial con 27%, 14%, 9% respectivamente. Por otra parte 3,4% de los nuevos casos a nivel global de tuberculosis y el 18% de casos previamente tratados tenían TBC multirresistente o resistente a la rifampicina (TB-MR/TB-RR). Los registros que se tienen más altos ($> 50\%$ casos tratados previamente) son de países ex Unión Soviética.³⁵

Los datos más recientes sobre los resultados del tratamiento de nuevos casos de tuberculosis muestran una tasa mundial de éxito del 85% en 2017, un aumento con respecto al 81% de 2016³⁷

Epidemiología de las Américas

La OMS alcanzó un aproximado de casos nuevos y recaídas de TBC en 282 000 para las Américas en el 2017, además de un 3% del total global (10 millones de casos) y una tasa de incidencia de 28 por 100 000 habitantes. En cuanto al continente, la incidencia más alta se observó en el Caribe (61,2 por 100.000 habitantes), seguido de América del Sur (46,2 por 100.000 habitantes), América Central y México (25,9 por 100.000 habitantes) y Norte América (3,3 por 100.000 habitantes).³⁸ Para el 2017 se estimó que el 87% de los casos de TB se encontraban en diez países. Un poco más de la mitad se concentran en Brasil (91.000), Perú (37.000) y México (28.000). Los casos de TBC para el continente, tanto nuevos como de recaídas, para el año 2017 fueron notificados en 228.943, un 82% del total de casos estimados. A pesar de las medidas y disposiciones la brecha diagnóstica aún no ha disminuido en los últimos años, siendo aproximadamente de 50.000 casos, con un leve aumento de 3000 casos entre 2016 y 2017.³⁷

Para llegar a la meta de éxito en el régimen antituberculoso ($\geq 90\%$), se debe establecer un mejor y eficaz seguimiento, así como más cercano hacia los pacientes, trabajar con las comunidades involucradas y sus determinantes sociales. En la Figura 1. Se resumen los resultados del tratamiento de tuberculosis por subregiones.³⁸



Figura 1. Resultado del tratamiento de TB por subregiones. Las Américas, 2016

En 2017 se estimó que 11.000 casos de TB tendrían resistencia a la rifampicina (TB-RR) o a rifampicina e isoniacida (TB-MDR), de los cuales solo el 37% fue notificado, dejando 6.900 casos con TB-RR/MDR no diagnosticados ni tratados. Cinco países de las Américas concentran el 70% de los casos estimados de TB RR/MDR: Perú (3.500), Brasil (2.400), México (970), Ecuador (650) y Haití (600). El acceso universal a las pruebas de sensibilidad a las drogas (PSD) es clave para mejorar la detección de casos TB-RR/MDR. En 2017 tan solo el 33% de los pacientes de TB recibieron una PSD, tres mil pacientes menos que en el año anterior. En los pacientes antes tratados el 45,8% accedieron a esta prueba (una mejoría del 18% respecto al 2016); sin embargo, en los casos nuevos disminuyó el acceso en un 11%.³⁸

Epidemiología en el Perú

En el Perú anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, somos uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas. Además, ocupa un puesto quince dentro de las causas de muerte y el puesto veintisiete de carga de enfermedad medida por años de vida saludable perdidos (AVISA).³⁹

En el año 2015 de los casos notificados el 61,1% fueron varones, el grupo de edad entre 15 y 24 años contribuye con la mayor proporción de casos 29% y la población económicamente activa, entre 15 y 64 años, constituye el 84%.³⁹

Es importante aclarar que la detección de pacientes con síntomas respiratorios, en números absolutos, se ha incrementado firmemente en los últimos 5 años, alcanzando valores de 1 774 000 identificados. Sin embargo, la OMS aproxima que en el Perú se establece un mayor número de los que son notificados. Para el año 2015, la OMS evidenció 37 mil casos de TBC, con una tasa de incidencia de 119 casos por 100 mil habitantes y 2500 defunciones. La diferencia entre las estimaciones y lo notificado es constante y frecuente para los países en desarrollo³⁹

El Centro de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades, en la última publicación de Sala situacional de tuberculosis en el Perú, señaló que para el año 2018 se notificó 31,668 casos. Encabezando la lista se encuentra Lima (17250), Callao (1992) La libertad (1662) y Loreto (1415). La notificación de casos para el año 2018 en Lima como departamento: Lima Centro (3751), Lima este (2420), Lima Sur (2796), Lima Norte (3712), Callao (1992) y Lima Provincias (1004).⁴⁰

2.2.3 Fisiopatología

Infeción primaria

La primera vez que *M tuberculosis* llega al pulmón libre de infección tuberculosa, es arrastrado por la corriente aérea hasta las zonas periféricas del parénquima, alcanzando generalmente las regiones subpleurales. La llegada del bacilo de Koch a los alveolos produce una inflamación inespecífica caracterizada por

hiperemia, edema, infiltración por neutrófilos. A las 48 horas aparece una respuesta monocitaria, los macrófagos alveolares fagocitan al bacilo, se diseminan a ganglios linfáticos regionales en las primeras semanas de infección. Actualmente se acepta que durante la primera infección se produce siempre una bacteriemia silenciosa se diseminan por vía hematogena a diferentes partes del cuerpo³⁵

Una vez producida la primo infección, en la gran mayoría de casos el bacilo queda encapsulado en pequeños focos quiescentes se convierten en granulomas de células epitelioides, las cuales pueden tener centros caseosos y necróticos, donde pueden dejar cicatrices fibronodulares o pequeñas zonas de consolidación llamados focos de Ghon y un foco de Ghon con afectación ganglionar es un complejo de Ghon que si se llega a calcificar se conoce como complejo de Ranke. Se sabe que el sujeto ha sido infectado porque reacciona positivamente a la prueba de tuberculina³⁵

2.2.3.1 Enfermedad activa

Se sabe que solo una minoría de las personas que son infectadas con el bacilo de Koch progresan a enfermedad, en los meses o años siguientes a la primera infección en las llamadas tuberculosis pos primarias y en la otra mitad de casos lo hacen más tardíamente muchos años después de haber sido infectados por primera vez. Las personas que están infectadas por tuberculosis y no presentan síntomas, tienen un riesgo de 5 a 10% de desarrollar la enfermedad activa durante su vida, éste porcentaje varía según factores de riesgo y edad de la persona.²⁸

El riesgo de pasar de infección a enfermedad depende de una serie de factores, como la inmunidad de la persona por ejemplo

en una persona inmunodeprimida por alguna enfermedad como VIH o tratamiento quimioterápico la respuesta inmune no será efectiva²⁸

2.2.4 Clínica

La clínica de la tuberculosis puede variar de intensidad desde cuadros donde es muy llamativa hasta otros en los que apenas es evidente, pudiendo pasar en muchas ocasiones incluso inadvertida. La tos, los sudores nocturnos y la fiebre con escalofríos son los síntomas más frecuentes en los pacientes; sin embargo, no constituyen los síntomas principales de la enfermedad, ya que cada individuo se manifiesta de forma diferente ante la infección y existen casos en los que la hemoptisis y la pérdida de peso pueden aparecer en una mayor cantidad de pacientes³⁴

En el adulto los síntomas con más frecuencia son la tos y la fiebre y en un 30% de casos la sintomatología respiratoria puede estar ausente, siendo la tos el síntoma más común además se puede asociar a hemoptisis de escasa cuantía como síntoma inicial; la expectoración hemoptoica franca es más frecuente como resultado de complicaciones de una tuberculosis previa por ende la presencia de hemoptisis no siempre es sinónimo de enfermedad activa. ⁴²

Entre los efectos sistémicos de la enfermedad destaca la fiebre, en ocasiones la fiebre de origen desconocido tiene de diagnóstico final tuberculosis hasta un 17% de los casos; con respecto al examen físico se debe explorar adenopatías y lesiones cutáneas sugestivas de tuberculosis como aparición de eritema nodoso que se asocia a tuberculosis pulmonar en un 1,5% y 20⁴²

En pacientes mayores de 65 años los síntomas inespecíficos son

los más frecuentes como por ejemplo la fiebre de origen desconocido. Este tipo de presentación debe ser tomada en cuenta en el momento de la evaluación, dado que el diagnóstico tardío conduce a un aumento de la morbimortalidad.⁴¹

2.2.5 Diagnóstico

- **Baciloscopía:** La baciloscopía directa de la muestra de esputo y de otras muestras extra pulmonares debe ser procesada por el método de Ziehl - Neelsen, siguiendo el protocolo del INS.

La baciloscopía se representa en cruces luego de la cuantificación de bacilos por medio de una lectura en 100 campos microscópicos:

- (-): no se encuentran bacilos en 100 campos observados
(+++): superior a 10 BAAR/campo.
(++): 1-10 BAAR/campo.
(+): 1-10 BAAR/10campos

Toda muestra de esputo con baciloscopía positiva debe ser conservada refrigerada en el laboratorio para ser remitida al Laboratorio Regional para realizar pruebas de sensibilidad rápidas⁴³

- **Cultivo de muestra biológica:** Los medios o base de cultivo para el aislamiento o crecimiento aislado de micobacterias mayormente practicados y realizados en el país son: Medios sólidos como “Löwenstein – Jensen”, “Ogawa” y “agar 7H10”; también sistemas automatizados en medio líquido MGIT (Mycobacteria Growth Indicator Tube) y la prueba MODS (Microscopic Observation Drug Susceptibility), disponibles en la red de salud pública según nivel de capacidad resolutive. ^{41,42}

Las indicaciones para el cultivo son las siguientes:

a. Diagnóstico:

Lectura baciloscópica negativa y radiografía de tórax anormal.

Lectura Baciloscópica clasificada como paucibacilar

Muestras valiosas: biopsias, líquido cefalorraquídeo, orina, entre otros dependiendo de la sospecha de tuberculosis extra-pulmonar.

b. Control de tratamiento:

Muestras de pacientes con baciloscopia positiva a pesar de dos meses de tratamiento con medicamentos de primera línea.

Muestras de pacientes con TBC MDR, TBC XDR y otras resistencias, las cuales son tomadas mensualmente.⁴¹

- c. Prueba de sensibilidad indirecta:** a partir de muestras pulmonares o extra-pulmonares
- **Test de tuberculina (PPD):** Test diagnóstico de TBC latente y/o exposición previa al bacilo en personas sin enfermedad activa. Se toma la positividad del test si la induración alcanza una extensión en la piel de 10 mm más para la población en general; mientras que para personas expuestas o contacto directo con pacientes enfermos, medicado con corticoterapia prolongada, tratamiento antineoplásico, entre otros, este valor es de 5 mm o más.⁴³
 - **Radiografía de tórax:** Solicitar una radiografía de tórax en todo caso probable de tuberculosis pulmonar y en aquellas personas que están en seguimiento diagnóstico⁴²

La radiografía anteroposterior toma ventaja en la discriminación de la enfermedad en pacientes con PPD o test de Tuberculina positiva; es así que las lesiones sugerentes de enfermedad típica se ubican en el ápice del hemitórax comprometido generando cavidades de tamaño variable, sin embargo, estos hallazgos deben ser complementados con una baciloscopia en muestra de esputo, así como el cultivo de la misma para poder llegar al diagnóstico adecuado.⁴²

- **Nuevos métodos:** La OMS dio a conocer nuevos métodos diagnósticos basados en la rapidez de la detección de la micobacteria bajo medios de cultivo líquido los cuales se empezaron a describir desde el 2007. Los dos más importantes corresponden al Gen-Xpert MTB/Rif y a los ensayos con sondas en línea (LPA), las cuales se describen:⁴²

Gen-Xpert MTB/Rif: Prueba molecular de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR-RT), utilizada desde el 2010, capaz de detectar simultáneamente la presencia del bacilo *M. tuberculosis* y la resistencia a la rifampicina (TB- RR) en un plazo de 2 h.

Esta técnica supera en cuanto a la sensibilidad en detectar al bacilo en muestra (baciloscopia) para el diagnóstico de TB, sin embargo, su sensibilidad es menor que el cultivo, tanto en medio sólido como líquido.⁴⁵

Ensayo sondas en línea o LPA (Line Probe Assays) Prueba molecular que utilizan tiras reactivas o bandas de marcaje de nitrocelulosa (tecnología DNA Strip). Detecta resistencia a fármacos de primera línea como rifampicina e isoniacida identificando no solo al bacilo *M. tuberculosis* sino también a otras micobacterias como *M. avium*, *M. Intracellulare*, *M. Kansasii*. Esta técnica es utilizable en muestras directas como esputo o provenientes de cultivos positivos. 98,9% sensible y 97.3% específico a rifampicina, 61,6% sensible y 100% específico a isoniacida.⁴⁵

2.2.6 Esquemas de tratamiento

La administración de los esquemas antituberculoso es responsabilidad del personal de salud, siendo el esquema de tratamiento inicial ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las PS rápidas a isoniacida y rifampicina.⁴¹

- **Esquema sensible:** Los fármacos utilizados en este esquema son isoniacida (H), rifampicina (R) y pirazinamida (Z), etambutol (E). El esquema terapéutico consta de dos fases, en la primera fase se debe administrar 50 dosis diarias (de lunes a sábado) por 2 meses. En la segunda fase se debe administrar 54 dosis tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses.

Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)

Segunda Fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis)⁴¹

- **Esquema Multidrogo resistente:** La duración del tratamiento para la TB MDR no debe ser menor a 18 meses.⁴¹

Los fármacos utilizados en este esquema son Etambutol (E), Pirazinamida (Z), Levofloxacina (Lfx), Kanamicina (Km), Etionamida (Eto) y Cicloserina (Cs).

Primera Fase: 6-8 meses (E Z Lfx Km Eto Cs) diario.

Segunda Fase: 12-16 meses (E Z Lfx Eto Cs) diario.

- **Esquema Extremadamente resistente:** En los casos de TB XDR la duración del tratamiento será individualizada, debiendo recibir por lo menos 24 meses.

- Iniciar su tratamiento internados en la unidad especializada de tuberculosis, por lo menos 2 meses, en ambientes con adecuado

control de infecciones.

- Recibir los medicamentos parenterales por catéteres subcutáneos de larga duración.
- Utilizar medicamentos del quinto grupo solamente en los casos que no se puede elaborar un régimen efectivo con medicamentos de los grupos 1 al 4.
- Incluir por lo menos cuatro medicamentos antituberculosos de segunda línea a los que son sensibles o nunca fueron administrados en el paciente.
- Dentro de ellos debe indicarse una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea.
- Usar etambutol cuando se demuestre que la cepa es sensible.
- Al alta hospitalaria, el tratamiento será continuado en instituciones prestadoras de salud o en domicilios acondicionados con medidas de control.⁴⁴

2.2.7 Abandono del tratamiento anti-TBC

El ministerio de Salud define como Abandono del tratamiento al proceso durante el cual todo paciente que ha iniciado tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.⁴⁴

2.2.7.1 Consecuencias del abandono

La situación el rechazo del tratamiento antituberculoso trae consigo, descompensación física de la salud de las personas por la enfermedad, la propagación de la infección y el arraigo de la endemia en los territorios donde esta es prevalente ⁴⁵

Al estimularse los mecanismos de resistencia bacteriana, el manejo del tratamiento se complica por incremento de la toxicidad de los

fármacos, el tiempo de exposición prolongado a los mismos, el costo de la terapia y el riesgo de no lograr la cura con la consecuente mortalidad precoz.²⁹

2.2.8 Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento

Durante el proceso de tratamiento existen diversos factores pueden influir en el paciente en la decisión de continuarlo o abandonarlo; estos factores pueden estar relacionados directamente con el paciente en el ámbito familiar o social, con los servicios de salud, la duración y reacciones adversas al tratamiento propiamente dicho, etc.^{43,44}

▪ **Factores de riesgo relacionados al paciente**

Para Zevallos²⁷ existen 5 principales componentes relacionados al abandono del tratamiento, los cuales incluyen:

Edad: si bien no se llega a encontrar una unificación respecto a la edad de mayor riesgo para abandono, distintos estudios evidencian la importancia de este factor en cuanto al abandono del tratamiento, así los valores que se pueden encontrar en la bibliografía oscilan entre 15 a 45 años, mientras que otros postulan que la edad promedio de abandono es 30 años, y que el riesgo es mayor a partir de los 25 años.²⁷

Género. En concordancia con la literatura y los hallazgos en diversos estudios tanto nacionales como internacionales, el género masculino es el que presenta mayor predisposición a abandonar el tratamiento.²⁴

Nivel educativo. Se ha evidenciado con estudios científicos que el nivel educativo tiene una relación inversa con las metas objetivo para la erradicación de la tuberculosis, es decir, un menor nivel de estudios mayor tasa de abandono de tratamiento, con un riesgo de

5,94 veces más en comparación frente a los que tienen estudios completos.⁴⁶ Este factor es importante para establecer una adecuada comunicación entre los agentes involucrados, centro de salud – paciente – familia, así como para influir en el nivel de conocimiento sobre su enfermedad.⁴⁶

Hábitos Nocivos: Estudios evidencian que el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, han evidenciado un mayor riesgo asociado al abandono del tratamiento antituberculoso.^{21,45,46}

- **Factores de riesgo socio-ambientales**

Ambiente familiar: Importante apoyo influyente en la adherencia al tratamiento. Estudios realizados esclarecieron que sin apoyo familiar hay un riesgo de abandono de 2.8 veces más que quienes si la tuvieron, además que la falta de apoyo familiar fue factor predictivo positivo para la no adherencia y termino de tratamiento antituberculoso. ^{27,30,46}

Ambiente laboral: La responsabilidad económica con la familia y la incongruencia de horarios de trabajo con el del servicio de salud, pone al paciente en una elección entre estas dos prioridades, incrementando el riesgo de abandonar o no adherirse al tratamiento.^{27,46}

- **Factores de riesgo relacionados con la enfermedad**

Gravedad de los síntomas: Se asocia el riesgo de abandono del tratamiento en relación al grado de discapacidad, al impacto fisiológico y psicológico de la enfermedad. Se hizo evidente también la asociación de riesgo con el tiempo de enfermedad mayor de 2 meses antes del tratamiento ^{27,46}

- **Factores de riesgo relacionados al tratamiento**

Tiempo prolongado: Estudios internacionales evidencian que larga duración del tratamiento es considerada como una barrera para la adhesión al mismo.¹³ Esto sumado a la no flexibilidad del patrón de asistencia sanitaria y al tener que desplazarse al establecimiento de salud durante todo ese periodo.²⁷

Organización de los servicios de salud En relación con los servicios de salud, se encontró que la mala relación con el personal de salud, no recibir explicación sobre la enfermedad, no estar de acuerdo con los horarios de atención ni los tiempos de espera para la atención y un ambiente poco cómodo, fueron los factores de riesgo para abandonar el tratamiento.^{29.30}

Número de fármacos. Existe riesgo de abandono al tratamiento antituberculoso a pesar de que solo se toma una vez al día.²⁹

Efectos adversos de los fármacos: Muchos estudios de investigación evidencian que una de las principales barreras para la adhesión al tratamiento que incluyen el miedo o experiencia de efectos adversos por parte de los pacientes.⁶

2.2.9 Adherencia al Tratamiento.

Hace referencia a que tiene la internalización por parte del paciente para cumplir con su plan de tratamiento sin interrupciones y cumpliendo las indicaciones del profesional de la salud a su cargo, para lograr el resultado deseado.⁴⁶

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

General:

- ✓ Los factores de riesgo sociodemográficos se relacionan al abandono del tratamiento de tuberculosis en pacientes del Centro de Salud Delicias de Villa–Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020.

Específicas:

- ✓ Los factores de riesgo en torno a las características humanas del paciente se asocian al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa–Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020.
- ✓ Los factores de riesgo en torno al ambiente social del paciente se asocian al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa– Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020.
- ✓ Los factores de riesgo en torno a la enfermedad y/o servicio de salud que recibe se asocian con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa–Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020.

3.2 VARIABLES DEL ESTUDIO

3.2.1 Definiciones Conceptuales

Variable dependiente:

Abandono al tratamiento antituberculoso, definida como inasistencia por un lapso de tiempo de 30 días consecutivos a más o tratamiento irregular menor a 30 días y luego en forma discontinua.

Variable independiente:

Factor sociodemográfico asociado al abandono del tratamiento antituberculoso, definida bajo la circunstancia o situación individual, familiar y/o socio-ambiental, que incrementa el riesgo o la probabilidad de retirarse o abandonar el esquema de tratamiento antituberculoso.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**4.1 Diseño de estudio:**

El tipo de estudio fue observacional, analítico de tipo casos y controles, retrospectivo.

Observacional: Debido a que solo se observó los datos en las historias clínicas y analizo las variables escogidas sin intervención del paciente, ni manipulación alguna de las variables.

Analítico: Debido a su finalidad de buscar la asociación entre las variables de estudio, comparándose con los pacientes con diagnóstico de tuberculosis quienes abandonaron el tratamiento y los que no abandonaron el tratamiento.

Cronología: De acuerdo al tiempo es un estudio retrospectivo ya que se recopiló información de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis de años anteriores analizadas en un solo periodo de tiempo.

Todo lo mencionado en el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020.

Casos y Controles: Tipo de estudio diseñado en torno a la unidad de análisis en el que se comparó un grupo de pacientes que no desarrollaron el evento (controles) con un grupo de pacientes que sí

desarrollaron el evento (casos), siendo los factores de exposición las características sociodemográficas del paciente.

4.2 Población

La población considerada fueron los pacientes con diagnóstico de TBC, que recibieron tratamiento antituberculoso en el establecimiento de Salud Delicias de Villa – Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020.

Unidad de Análisis: Se vio comprendida por la historia clínica del paciente con diagnóstico de tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos Enero del 2017 y junio 2020.

Casos: Pacientes con diagnóstico de TBC quienes abandonaron el tratamiento antituberculoso y que cumplieron los criterios de inclusión.

Controles: Pacientes con diagnóstico de tuberculosis quienes no abandonaron el tratamiento antituberculoso y que cumplieron los criterios de inclusión

4.3 Muestra

4.3.1 Tamaño Muestral:

Para el cálculo de tamaño muestral se utilizó el Programa para Análisis Epidemiológico de datos: EPIDAT para un estudio de casos y controles.

Para ello se tomaron las proporciones de porcentajes hipotético para casos expuestos de 32.3% para quienes con el diagnóstico de tuberculosis abandonaron el tratamiento de acuerdo a las variables sociodemográficas, con una asociación ODSS RATIO (OR) previsto 8.0 para grado de Instrucción o escolaridad, no conocer la enfermedad 23.1, no tener apoyo familiar ni social 8.5 y 8.0 respectivamente, entre las características sociodemográficas del estudio de Bonilla Asalde Cesar⁶. Mientras que en el estudio de Antezana Roca I.E.⁴⁶ determinó un riesgo de 3.8 para la variable consumo de alcohol como factor de abandono de tratamiento. Se estableció entonces un OR a detectar de

3.8 como valor para los factores sociodemográficos de riesgo, con un intervalo de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%, a una razón de controles por caso de 3:1, donde se obtuvo un tamaño muestral de 144 pacientes, con 36 casos y 108 controles.

CALCULO PARA TAMAÑO MUESTRAL CASOS Y CONTROLES SEGÚN PROGRAMA EPIDAT.

Datos:

Proporción de casos expuestos:	32,300%
Proporción de controles expuestos:	11,155%
Odds ratio a detectar:	3,800
Número de controles por caso:	3
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	36	108	144

4.3.2 Criterios de selección de la muestra

4.3.2.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis.
- Pacientes con Tuberculosis sometidos a baciloscopia
- Pacientes tratados anteriormente con el tratamiento antituberculoso
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes de todas las edades

4.3.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que fallecen durante el tratamiento antituberculoso
- Pacientes referidos o contrarreferidos de otros centros de salud
- Pacientes con historias clínicas incompletas.

4.4.2 Operacionalización de variables

VARIABLE / TIPO		ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL	FORMA DE REGISTRO	
DEPENDIENTE	Abandono	Cualitativa dicotómica	Inasistencia de tratamiento por un periodo de 30 días consecutivos a más o tomo tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.	Caso (abandono)	
	Edad	Cuantitativa discreta, razón/intervalo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos	
	Género	Cualitativa, nominal dicotómica	Sexo femenino y Masculino	Femenino Masculino	
	Estado Civil	Cualitativa nominal	Calidad de un individuo, en cuanto lo habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles	Soltero Casado Conviviente Viudo Separado	
	Factores de riesgo relacionados al paciente	Nivel de instrucción	Cualitativa, ordinal	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin considerar si han terminado o está provisional o definitivamente incompleto.	Analfabeto Primaria Secundaria Técnico / Superior
		Estado Laboral	Cualitativa nominal	Condición en relación a ingreso de dinero	Estudiante Dependiente Independiente/ informal/ formal Desempleado
		Familia	Cuantitativa, discreta	Número de hijos	Sin hijos 1 hijo 2 a más hijos

Estado Nutricional	Cualitativa, ordinal	Indicador de estado nutricional IMC: basado en género y edad (IMC = Peso/Talla al cuadrado)	Bajo peso: <18.5 Normal: 18.5-24.9 Sobrepeso: 25-29.9 Obesidad: ≥ 30
Consumo de tabaco	Cualitativo dicotómica	Consumo de tabaco (cigarrillos) en el último mes, independiente de cantidad o haber consumido más de 100 cigarrillos en su vida, como conducta de riesgo.	Actual Pasad o Nunca
Consumo de drogas	Cualitativo dicotómica	Uso de sustancias alucinógenas o toxicológicas, como conducta de riesgo.	Actual Pasad o Nunca
Consumo de alcohol	Cualitativo dicotómica	Ingesta de bebida alcohólica en un rango que lo catalogue como posible bebedor problema	Actual Pasad o Nunca

Factores de riesgo relacionados con la enfermedad	Sintomatología	Cualitativo dicotómica	Síntoma: La manifestación de una alteración orgánica o funcional, apreciable bien por el enfermo o bien por el médico	SI/ NO Tos productiva Pérdida de peso Anorexia Diaforesis Sensación alza térmica Hemoptisis Dolor de tórax Disnea Debilidad
Factores de riesgo relacionados con el tratamiento	Evaluación profesional	Cualitativa, nominal dicotómica	Evaluación por médico, enfermera, nutricionista	Si / No
			Evaluación por médico, enfermera, nutricionista, psicólogo y asistente social	Si/ No

4.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

El instrumento destinado para la presente investigación fue la Ficha de recolección de datos, dentro de ella las variables en relación a los objetivos del estudio (ver Anexo: Ficha de recolección de datos), se recogió la información necesaria procedente de cada historia clínica proporcionada por el Servicio correspondiente de la Institución concordantes con los criterios de inclusión y exclusión.

4.6. Recolección de datos

Los datos que se obtuvieron pertenecen en cuanto al tiempo al periodo de enero del 2017 hasta junio del 2020, una vez recopilada la información en las fichas se procedió a la organización y ordenamiento en la hoja de cálculo del programa Microsoft Office Microsoft Excel 2016 y se llevó a cabo la confrontación posterior de los datos.

Cabe señalar que se tuvo la aprobación del proyecto de investigación, así como el permiso del Médico Jefe del Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos, Dr. Roger Burga Gutiérrez, para que se brinden las facilidades correspondientes.

4.7 Validez y confiabilidad del instrumento de recolección

Para esta investigación, con respecto a la validación y confiabilidad del instrumento no fue necesario realizarla, en primer lugar, por ser un almacén temporal de información que será analizada y en segundo lugar que se solicitó la autorización de la institución donde se llevó a cabo la recolección de datos, comprobando las condiciones de la investigación en cuanto a la viabilidad, los recursos humanos, aspectos éticos y económicos de ésta.

4.8. Técnica de procesamiento y Análisis de datos

Las variables recogidas y organizadas en la hoja de cálculo se procesaron previamente decodificación en el programa estadístico SPSS versión 25.0.

El análisis descriptivo (univariado) se calculó para las variables sociodemográficas en estudio, tanto en su conteo total como en su medida de frecuencias de aparición respecto del total de pacientes.

En el análisis bivariado se evaluó la relación entre las variables mediante la prueba de chi cuadrado, utilizando modelo de regresión lineal, mientras que la estimación del riesgo se obtuvo mediante el Odds Ratio (OR), con un nivel de confianza de 95% y el valor p considerándose estadísticamente significativo si es $<0,05$.

El análisis multivariado fue realizado para aquellas variables significativas que demostraron diferencias entre sí analizadas mediante el uso de modelos lineales generalizados (GML) utilizando como medida de asociación al ODSS RATIO (OR). El análisis de datos fue realizado utilizando el programa estadístico SPSS v25.

4.7. Aspectos éticos

Las historias clínicas revisadas para esta investigación tienen como único fin, ser académico e investigativo, ya que de esta manera la información obtenida de las mismas es totalmente confidencial, respetando los principios éticos de autonomía y resguardo de información personal. No revelaron nombres o datos personales de los pacientes que fueron estudiados.

Esta investigación cuenta con la autorización y permiso del Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos, además de su aprobación; al mismo tiempo, también cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

5.1. RESULTADOS

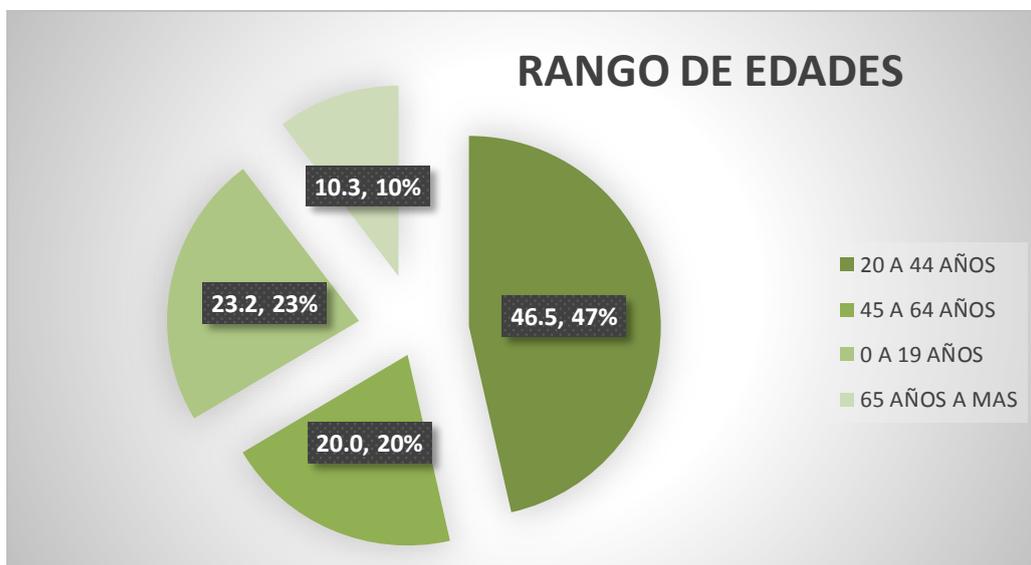
Los resultados obtenidos en la presente investigación fueron recopilados del análisis de la información comprendida en las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis sometidos a tratamiento en el centro de salud Delicias de Villa-Chorrillos durante el periodo enero 2017 – junio 2020, a través de una ficha de recolección de datos (ver Anexo N°10).

Se Hallaron 155 historias clínicas, dentro de las cuales 39 representaron los casos (25.2%) y 116 los controles (74.8%), en concordancia con el tamaño muestral esperado calculado previamente para fines de este estudio, y en aplicación con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

La tabla N°1 representa la distribución de casos (pacientes con tuberculosis que abandonaron el tratamiento) y controles (pacientes con tuberculosis quienes no abandonaron el tratamiento) respecto a las variables sociodemográficas.

Se agruparon las variables de acuerdo a la dimensión en estudio, siendo estas, las características personales de los pacientes, el entrono socio-ambiental, hábitos nocivos y el servicio de salud que recibieron. Se puede observar que en cuanto a las características personales la edad más representativa estuvo dentro del rango de 20 a 44 años, con un 46.5% (n=72), los demás rangos de edad se muestran en el grafico N°1.

Grafico N°1. Rango de edades de los pacientes en tratamiento contra la tuberculosis en el centro de salud Delicias de Villa-Chorrillos enero 2017-junio2020.



Asimismo, el género más representativo fue el masculino con 60% (n=93), el índice de masa corporal (IMC) predominante fue el normal, lo cual represento un 71% (n=110). Al mismo tiempo, dentro de la población un 39.4% (n=61) representaba el grupo que tenía antecedente de TBC de alguna clase previamente, tanto familiar como personal.

En lo respectivo al entorno Socio-Ambiental, la mayoría de la población represento estar soltera respecto a su estado civil con un 51% (n=71), mientras que ser casado o separado con frecuencias similares, en cuanto al grado de instrucción un 50.3% (n=78) tuvo secundaria completa, 27.7% (n=43) solo primaria o ningún grado y un 21.9% (n=34) con estudios superiores.

Se observó que un gran grupo se encuentra desempleado o son independientes informales, 29% (n=45) y 35.5% (n=55) respectivamente, adicionalmente el grupo familiar con el que habita un 60% (n=93) no tenía hijos.

En cuanto a los hábitos nocivos la mayoría se encontró haber estado

consumiendo alcohol durante el tratamiento 21.3% (n=33), mientras que el consumo de tabaco y drogas se distribuyó en 10.3% (n=16) y 9.7% (n=15) respectivamente; sin embargo, el mayor número refirió nunca haber tenido dichos hábitos, tanto para tabaco, alcohol y drogas, 76.8% (n=119), 58.7% (n=91) y 83.9% (n=130) respectivamente.

La condición clínica o sintomatología durante el tratamiento antituberculoso más predominante fue la tos productiva con un 71.6% (n=111), las demás se vieron representadas como minoría respecto a su positividad (grafico N°1).

En cuanto al servicio de salud, se observó que los pacientes que tuvieron evaluación integral y completa (medicina general, enfermería, nutrición, psicología y apoyo social) fueron en su gran mayoría 89% (n=138) mientras que los pacientes con evaluación incompleta (medicina general, enfermería y nutrición) represento un 11% (n=17).

La tabla N°2 muestra el análisis bivariado de las variables sociodemográficas respecto al abandono de tratamiento antituberculoso, realizado mediante regresión logística utilizando como medida de asociación el ODSS RATIO (OR), esta tabla evidencia que, entre los factores, dentro de las características personales de los pacientes, respecto a la edad de los pacientes, ninguno de ellos muestra una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

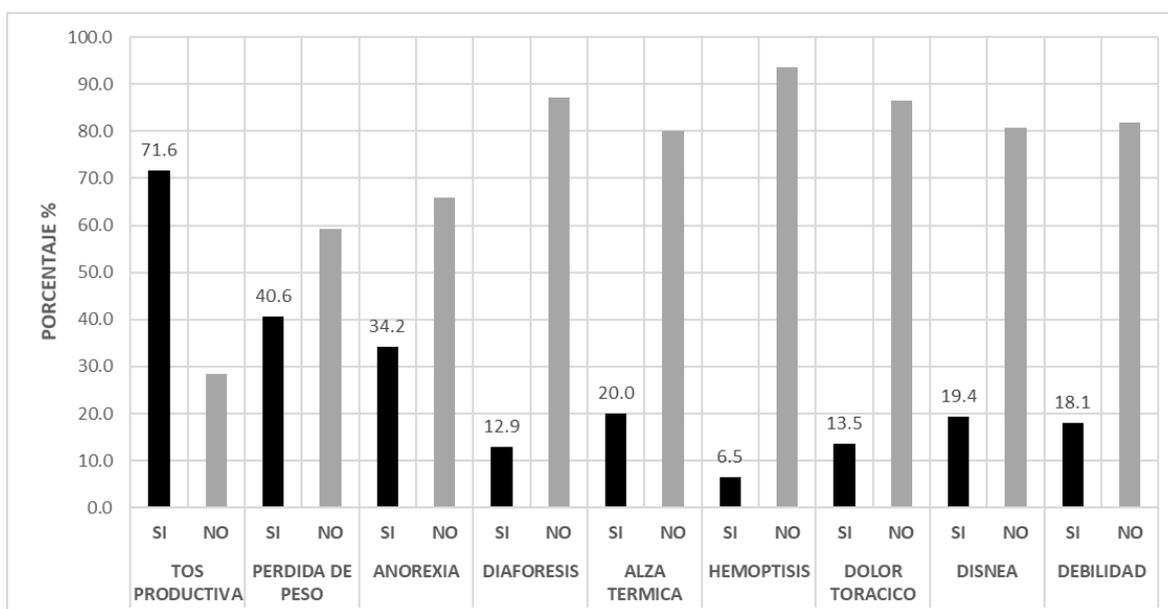
Adicionalmente, respecto a la variable sexo, el género masculino muestra un riesgo de 2.35 veces mayor de abandonar el tratamiento antituberculoso, respecto del género femenino [OR: 2.356; IC 95% (1.052-5.278)], siendo estadísticamente significativo con un valor $p=0.037$.

Tabla N°1. Frecuencia y porcentaje de los factores sociodemográficos de los pacientes afectados con tuberculosis en el centro de salud delicias de villa-chorrillos durante el periodo enero 2017-junio 2020.

			n	Porcentaje %
CARACTERISITICAS PERSONALES	ABANDONO DE TRATAMIENTO	Total	155	100.0
		Si	39	25.2
		No	116	74.8
	EDAD	20 a 44 años	72	46.5
		45 a 64 años	31	20.0
		0 a 19 años	36	23.2
		65 años a mas	16	10.3
	SEXO	Masculino	93	60.0
		Femenino	62	40.0
	IMC	Peso normal	110	71.0
		Bajo peso	29	18.7
		Sobrepeso-obesidad	16	10.3
	ANTECEDENTE TBC	No	94	60.6
Si		61	39.4	
ENTORNO SOCIO AMBIENTAL	ESTADO CIVIL	Soltero	79	51.0
		Conviviente	30	19.4
		Casado	28	18.1
		Divorciado/separado	12	7.7
		Viudo	6	3.9
	GRADO DE INSTRUCCION	Secundaria	78	50.3
		Analfabeto/primaria	43	27.7
		Superior/técnico	34	21.9
	ESTADO LABORAL	Desempleado	45	29.0
		Independiente-informal	55	35.5
		Independiente-formal	11	7.1
		Dependiente/estudiante	44	28.4
	GRUPO FAMILIAR	Sin hijos	93	60.0

		1 hijo	22	14.2
		2 o más hijos	40	25.8
HABITOS NOCIVOS	CONSUMO DE TABACO	Actual	16	10.3
		Pasado	20	12.9
		Nunca	119	76.8
	CONSUMO DE ALCOHOL	Actual	33	21.3
		Pasado	31	20.0
		Nunca	91	58.7
	CONSUMO DE DROGAS	Actual	15	9.7
		Pasado	10	6.5
		Nunca	130	83.9
CONDICION CLINICA	TOS PRODUCTIVA	Si	111	71.6
		No	44	28.4
	PERDIDA DE PESO	Si	63	40.6
		No	92	59.4
	ANOREXIA	Si	53	34.2
		No	102	65.8
	DIAFORESIS	Si	20	12.9
		No	135	87.1
	ALZA TERMICA	Si	31	20.0
		No	124	80.0
	HEMOPTISIS	Si	10	6.5
		No	145	93.5
	DOLOR TORACICO	Si	21	13.5
		No	134	86.5
	DISNEA	Si	30	19.4
		No	125	80.6
	DEBILIDAD	Si	28	18.1
		No	127	81.9
ENTORNO SERVICIO DE SALUD	EVALUACION PORFESIONAL DE SALUD	Medicina, enfermería, nutrición	17	11.0
		Medicina, enfermería, Nutrición, psicología, apoyo social	138	89.0

Grafico N°2. Distribución de frecuencias de la condición clínica de los pacientes en tratamiento contra tuberculosis en el centro de salud Delicias de Villa-Chorrillos enero 2017- junio 2020.



En cuanto a las variables, índice de masa corporal (IMC) y antecedente de TBC, no muestras asociación estadística significativa ($p < 0.05$), para afirmar que tenga asociación al abandono de tratamiento contra la tuberculosis.

En cuanto al entorno Socio-Ambiental, el estado civil de los pacientes y el grupo familiar, no muestran asociación estadística significativa para afirmar que tenga relación con el abandono de tratamiento contra la tuberculosis ($p < 0.05$). En otro entorno, tener un grado de instrucción inferior al superior y/o técnico muestra valores estadísticos significativos, con un riesgo de 16.5 veces de abandonar el tratamiento antituberculoso el tener nivel de educación secundaria [OR: 16.5; IC95% (2.136-127.452), $p = 0.007$], el tener nivel de educación primaria o no tener educación un riesgo de 12.77 veces de abandonar el tratamiento antituberculoso [OR: 12.774; IC95% (1.567-104.115), $p = 0.017$].

Por su parte el estado laboral de los pacientes influye en el abandono de tratamiento contra la tuberculosis; se evidencia que el estar desempleado tiene asociación estadística significativa con un riesgo de

7.87 veces de abandonar el tratamiento antituberculoso [OR:7.875; IC95% (1.129-54.931), $p=0.037$]; asimismo ser independiente-informal 8.53 veces de abandonar el tratamiento [OR: 8.531; IC95% (1.796-40.522), $p=0.007$], y ser independiente-formal un riesgo de 12.97 veces de abandonar el tratamiento [OR:12.971; IC95% (2.839-59.260) $p=0.001$].

En concordancia con los hábitos nocivos de los pacientes sometidos a tratamiento antituberculoso, se observa que el consumo de tabaco no muestra asociación estadística significativa para afirmar su relación con el abandono del tratamiento; sin embargo el haber consumido alcohol muestra un riesgo de 3.8 veces más de abandonar el tratamiento respecto a los pacientes que nunca consumieron [OR:3.802; IC95% (1.588-9.103), $p=0.003$]; asimismo el consumir drogas durante el tratamiento contra la tuberculosis muestra un riesgo de 2.9 veces de abandonarla respecto de quienes no consumen dichas sustancias [OR:2.917; IC95% (0.977-8.704) $p=0.055$]; sin embargo este último muestra un valor $p > 0.05$ por lo que no se considera significativo.

En cuanto a la condición clínica y/o sintomatología de los pacientes sometidos a tratamiento contra la tuberculosis, la única que muestra asociación significativa de abandonar el tratamiento es el presentar tos productiva con un riesgo de 2.6 veces respecto a quien no la presenta [OR:2.679; IC95% (1.034-6.945), $p=0.043$].

Finalmente respecto al servicio de salud que se le brinda a los pacientes durante el tratamiento contra la tuberculosis, éste resulta ser tanto completo o incompleto de acuerdo a las áreas por donde son evaluados los pacientes, es así que el no completar una evaluación integral; es decir, solamente ser evaluado por el médico, enfermera y nutricionista, muestra un riesgo de 4 veces más de abandonar el tratamiento respecto a quienes si tienen una evaluación multidisciplinaria, con intervención de psicología y asistencia social [OR:4.050; IC95% (1.439-11.398) $p=0.008$].

La tabla N°3 muestra el análisis multivariado de las variables que mostraron asociación significativa en el análisis bivariado, éstas fueron analizadas mediante la prueba de modelos lineales generalizados (GLM).

Se puede denotar que el género masculino tuvo un cambio en cuanto a su significancia mostrando no tener asociación al abandono de tratamiento contra la tuberculosis.

Respecto al entorno socio-ambiental de los pacientes, el tener nivel de educación secundaria solamente, muestra una probabilidad de abandonar el tratamiento en 9.6 veces respecto a nivel de educación superior [OR ajustado:9.646; IC95% (1.048-88.757), p=0.045]. Asimismo, dentro de la población en estudio se evidencia con significancia estadística que el ser independiente-informal como estado laboral dentro de la sociedad muestra un riesgo de abandonar el tratamiento contra la tuberculosis en 8.2 veces [OR ajustado:8.247; IC95% (1.496-45.460), p=0.015].

Tabla N°2 Análisis bivariado de los factores sociodemográficos asociados al abandono de tratamiento contra la tuberculosis en el centro de salud Delicias de Villa-Chorrillos enero 2017 – junio 2020.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS			ABANDONO DE TRATAMIENTO				
			SI (N=39)	NO (N=116)	p-VALOR OR CRUDO	IC 95%	
			n %	n %			
CARACTERISTICAS PERSONALES	EDAD	20 a 44 años	24 61.5	48 41.4	0.519 1.500	0.437-5.148	
		45 a 64 años	8 20.5	23 19.8	0.120 0.273	0.053-1.401	
		0 a 19 años	3 7.7	33 28.4	0.952 1.043	0.260-4.183	
		65 años a mas	4 10.3	12 10.3	ref.		
	SEXO	Masculino	29 74.4	64 55.2	0.037 2.356	1.052-5.278	
		Femenino	10 25.6	52 44.8	ref.		
	IMC	Peso normal	24 61.5	86 74.1	0.064 0.359	0.121-1.063	
		Bajo peso	8 20.5	21 18.1	0.274 0.490	0.136-1.762	
		Sobrepeso- obesidad	7 17.9	9 7.8	ref.		
	ANTECEDENTE TBC	No	23 59.0	71 61.2	0.805 0.911	0.435-1.908	
		Si	16 41.0	45 38.8	ref.		
	ENTORNO SOCIO AMBIENTAL	ESTADO CIVIL	Soltero	15 38.5	64 55.2	0.406 0.469	0.078-2.802
Conviviente			9 23.1	21 18.1	0.676 0.667	0.100-4.461	
Casado			7 17.9	21 18.1	0.872 0.857	0.132-5.552	
Divorciado/separado			6 15.4	6 5.2	0.505 2.000	0.260-15.381	
Viudo			2 5.1	4 3.4	ref.		
GRADO DE INSTRUCCION		Secundaria	26 66.7	52 44.8	0.007 16.500	2.136-127.452	
		Analfabeto/primaria	12 30.8	31 26.7	0.017 12.774	1.567-104.115	
		Superior/técnico	1 2.6	33 28.4	ref.		
ESTADO LABORAL		Desempleado	13 33.3	32 27.6	0.037 7.875	1.129-54.931	
		Independiente-informal	21 53.8	34 29.3	0.007 8.531	1.796-40.522	
		Independiente-formal	3 7.7	8 6.9	0.001 12.971	2.839-59.260	
		Dependiente/estudiante	2 5.1	42 36.2	ref.		
GRUPO FAMILIAR		Sin hijos	19 48.7	74 63.8	0.078 0.477	0.210-1.085	
		1 hijo	6 15.4	16 13.8	0.534 0.696	0.222-2.180	
		2 o más hijos	14 35.9	26 22.4	ref.		
HABITOS NOCIVOS		CONSUMO DE	Actual	4	12	0.897	0.324-3.627

	TABACO		10.3	10.3	1.083		
		Pasado	7 17.9	13 11.2	0.278 1.750	0.636-4.813	
		Nunca	28 71.8	91 78.4	ref.		
	CONSUMO DE ALCOHOL	Actual	6 15.4	27 23.3	0.842 0.901	0.324-2.509	
		Pasado	15 38.5	16 13.8	0.003 3.802	1.588-9.103	
		Nunca	18 46.2	73 62.9	ref.		
	CONSUMO DE DROGAS	Actual	7 17.9	8 6.9	0.055 2.917	0.977-8.704	
		Pasado	2 5.1	8 6.9	0.824 0.833	0.168-4.137	
		Nunca	30 76.9	100 86.2	ref.		
CONDICION CLINICA	TOS PRODUCTIVA	Si	33 84.6	78 67.2	0.043 2.679	1.034-6.945	
		No	6 15.4	38 32.8	ref.		
	PERDIDA DE PESO	Si	14 35.9	49 42.2	0.486 0.766	0.361-1.622	
		No	25 64.1	67 57.8	ref.		
	ANOREXIA	Si	10 25.6	43 37.1	0.196 0.585	0.260-1.318	
		No	29 74.4	73 62.9	ref.		
	DIAFORESIS	Si	1 2.6	19 16.4	0.054 0.134	0.017-1.039	
		No	38 97.4	97 83.6	ref.		
	ALZA TERMICA	Si	5 12.8	26 22.4	0.201 0.509	0.181-1.433	
		No	34 87.2	90 77.6	ref.		
	HEMOPTISIS	Si	3 7.7	7 6.0	0.716 1.298	0.319-5.283	
		No	36 92.3	109 94.0	ref.		
	DOLOR TORACICO	Si	4 10.3	17 14.7	0.490 0.666	0.210-2.113	
		No	35 89.7	99 85.3	ref.		
	DISNEA	Si	6 15.4	24 20.7	0.470 0.697	0.262-1.855	
		No	33 84.6	92 79.3	ref.		
	DEBILIDAD	Si	5 12.8	23 19.8	0.329 0.595	0.209-1.689	
		No	34 87.2	93 80.2	ref.		
	ENTORNO SERVICIO DE SALUD	EVALUACION PORFESIONAL DE SALUD	Medicina, enfermería, nutrición	9 23.1	8 6.9	0.008 4.050	1.439-11.398
			Medicina, enfermería, nutrición, psicología, apoyo social	30 76.9	108 93.1	ref.	

En cuanto a los malos hábitos de los pacientes sometidos al tratamiento contra la tuberculosis resulta significativo el hecho de haber consumido alcohol, representando una probabilidad de abandonar el tratamiento en 4.1 veces más respecto de quienes no consumieron nunca dicha sustancia [OR ajustado:4.134; IC95% (1.354-12.621), p=0.013].

En lo que respecta la condición clínica o sintomatología presente durante el tratamiento antituberculoso en los pacientes, se mostró en el análisis bivariado tener significancia y una probabilidad de abandono, sin embargo, en el análisis multivariado demuestra no tener asociación significativa para afirmar que pueda influir en el abandono del tratamiento contra la tuberculosis.

Finalmente, respecto al servicio de salud recibido por los pacientes, se demuestra que el no recibir una evaluación integral o completa para el paciente en tratamiento antituberculoso tiene una probabilidad de abandonar el tratamiento respecto a quienes, si completan las evaluaciones, en 4 veces más [OR ajustado:4.016; IC95% (1.033-15.610), p=0.045].

Tabla N°3 Análisis multivariado de los factores de riesgo sociodemográficos asociados al abandono de tratamiento de la tuberculosis.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS			ABANDONO DE TRATAMIENTO			
			SI (N=39)	NO (N=116)	p-VALOR OR AJUSTADO	IC 95%
			n %	n %		
CARACTERISTICAS PERSONALES	SEXO	Masculino	29 74.4	64 55.2	0.758 1.195	0.385-3.710
		Femenino	10 25.6	52 44.8	Ref.	
ENTORNO SOCIO AMBIENTAL	GRADO DE INSTRUCCION	Secundaria	26 66.7	52 44.8	0.045 9.646	1.048- 88.757
		Analfabeto/primaria	12 30.8	31 26.7	0.064 8.549	0.886- 82.505
		Superior/técnico	1 2.6	33 28.4	Ref.	
	ESTADO LABORAL	Desempleado	13 33.3	32 27.6	0.069 4.983	0.882- 28.163
		Independiente-informal	21 53.8	34 29.3	0.015 8.247	1.496- 45.460
		Independiente-formal	3 7.7	8 6.9	0.141 4.757	0.596- 37.960
		Dependiente/estudiante	2 5.1	42 36.2	Ref.	
HABITOS NOCIVOS	CONSUMO DE ALCOHOL	Actual	6 15.4	27 23.3	0.569 0.693	0.197-2.444
		Pasado	15 38.5	16 13.8	0.013 4.134	1.354- 12.621
		Nunca	18 46.2	73 62.9	Ref.	
	CONSUMO DE DROGAS	Actual	7 17.9	8 6.9	0.306 2.173	0.491-9.614
		Pasado	2 5.1	8 6.9	0.173 0.210	0.022-1.978
		Nunca	30 76.9	100 86.2	Ref.	
CONDICION CLINICA	TOS PRODUCTIVA	Si	33 84.6	78 67.2	0.174 2.276	0.695-7.450
		No	6 15.4	38 32.8	Ref.	
ENTORNO SERVICIO DE SALUD	EVALUACION PORFESIONAL DE SALUD	Medicina, enfermería, nutrición	9 23.1	8 6.9	0.045 4.016	1.033- 15.610
		Medicina, enfermería, nutrición, psicología, apoyo social	30 76.9	108 93.1	Ref.	

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los factores de riesgo asociados al abandono de tratamiento antituberculoso, en el presente estudio fueron: nivel de instrucción, estado laboral, consumo de alcohol y evaluación profesional incompleta.

Respecto a la variable género, no fue un factor relacionado, a pesar que hubo un cambio en el resultado de asociación respecto al análisis bivariado con el multivariado, éste último no mostro significancia estadística, resultado que difiere con distintas investigaciones donde sí se ha mostrado como factor de riesgo para abandono de tratamiento.^{22,31}

Un estudio realizado en el año 2017 en la micro red de salud Ollantay en San Juan de Miraflores, Lima-Perú determinó que el sexo masculino aporta una probabilidad 7 veces mayor de abandonar el tratamiento frente al sexo femenino (OR=7.0, IC 95%: 1.433-34.188).²⁹ Asimismo, coincide con un estudio previo de casos y controles realizado en cuatro departamentos del Perú, incluido Lima; donde el sexo masculino se identificó como factor de riesgo para el abandono (OR=1.64, IC 95%: 1.2-2.22) y explicó condiciones laborales asociadas como informalidad, mayor actividad y carga laboral, falta de subsidios debido a enfermedad, contratos sin vacaciones, que dificultan la adherencia al tratamiento en Perú.⁴⁴

Si bien no hay un rango uniforme respecto a la edad de mayor riesgo para abandono de tratamiento antituberculoso, el perfil del paciente que abandona el tratamiento según Zulema Torres y col.⁸ entre los años 2009-2013 en Chile se concentró en 81.3% de varones y 58.2% en el grupo de 15 a 45 años; según Anduaga-Beramendi et al.⁷ en un centro de salud de atención primaria del distrito de Chorrillos, Lima-Perú, donde se tomaron 102 casos de abandono al tratamiento contra la tuberculosis, la media de la edad en años para estos fue 30 años. En todos ellos se evidencia que el grupo etario más afectado es la población económicamente activa.

No obstante, la edad no fue un factor de riesgo estadísticamente significativo, rol que otros estudios sí identificaron como Suárez-García y col.⁴⁵ en España indicaron que uno de sus factores asociados mediante análisis multivariante fue el grupo de edad de 45-64 años (OR= 3.24, IC 95%: 1.34 – 7.81, p= 0,009). En otros estudios se menciona que el grupo de pacientes >50 años tienen 2,38 veces más riesgo de abandonar el tratamiento antituberculoso que el grupo de pacientes con edades comprendidas entre 15-50 años.³¹

Se pudo constatar que pacientes que no tienen algún antecedente de TBC no se relaciona con una mayor tasa de abandono a tratamiento teniendo un OR=0.911, si bien se puede inferir que podría ser un factor protector, este resultado no es estadísticamente significativo pues cuenta con un valor de p=0.805 que al comparar el resultado evidenciado por Chávez-Salazar J. et al.²⁷ san Juan de Miraflores, lima, donde se encontró un OR = 0.92, con un IC 95% (0.297; 2.853) para esta variable; resultó ser factor protector y estadísticamente significativo para el abandono al tratamiento de TBC, donde explicaron que debido a un mayor grado de conciencia probablemente por un mayor conocimiento de la enfermedad y de las implicancias que ésta conlleva, favorecen la adherencia al tratamiento.

Si bien en la variable Estado Civil, los resultados hallados en este estudio de investigación mostraron que aquellos pacientes que pertenecían tanto a los grupos de solteros y como los de convivientes tenían un mayor porcentaje de terminar el tratamiento antituberculoso, lo cual mostraría una relación en cuanto al hecho de que contar con un grupo de apoyo fortalecería la tendencia a disminuir la no adherencia y abandono del tratamiento antituberculoso, no podemos establecer estadísticamente que esta asociación sea valedera (p=0.406). Resultado similar al encontrado por Lin, S., y Meléndez, G. J¹⁰ quien en su estudio encontraron que el estado civil no se correlaciono consistentemente con el abandono del tratamiento. En éste estudio se evidenció que los grupos pertenecientes tanto a pacientes viudos como a los divorciados o separados, existía una disminución del porcentaje de quienes terminan

el tratamiento ($p=0.505$), resultados similares a los encontrados por Xue-Hui Fang, y colaboradores¹⁵ quienes evidenciaron que los pacientes divorciados y viudos tenían más probabilidades de omitir la medicación en comparación con aquellos que estaban casados o solteros ($P < 0.01$).

En cuanto a la variable nivel de instrucción; los hallazgos de este estudio de investigación evidencian una asociación estadísticamente significativa ($p=0.045$) entre el nivel de instrucción del paciente y el porcentaje de los mismos con abandono del tratamiento, es decir aquellos pacientes con mayor nivel de instrucción terminaron el tratamiento antituberculoso en mayor porcentaje que aquellos con menor nivel de instrucción, hallazgos similares a los encontrados en el estudio realizado por Medeiros Soares, y colaboradores¹¹ quienes hallaron que la tasa de abandono fue mayor en, personas con escuela primaria incompleta (12.1%). Del mismo modo para Lackey, Brian y colaboradores²⁶ quienes manifiestan que entre los factores asociados al incumplimiento del tratamiento se encuentran el no haber completado la educación secundaria (OR = 1.55, IC 95%: 1.03-2.33). Para Reyes Zarazú y colaboradores.³¹ los pacientes con nivel de estudios incompletos [OR 11,46 IC95% (5,55-23,66)] presentaron mayor porcentaje de abandono del tratamiento.

El estado laboral del paciente forma parte de las variables que hacen referencia a su entorno ambiental y social, dicha variable en su análisis con respecto a su posible riesgo de abandono de tratamiento antituberculoso, muestra para el presente estudio lo siguiente: que los pacientes con estado laboral independiente informal y los desempleados fueron quienes presentaron porcentajes más altos para abandono del tratamiento en cada uno de sus grupos, esto podría estar relacionado directamente a las características propias del grupo de trabajadores informales, que al no contar con un salario constante se ven obligados a manejar horarios laborales fluctuantes, lo que podría dificultar el cumplimiento con el tratamiento antituberculoso, caso similar con el grupo de personas desempleadas que en búsqueda de conseguir un nuevo trabajo podrían verse obligados a descuidar el tratamiento y

posterior abandono del mismo, esta relación de asociación entre estos factores resultó ser estadísticamente significativa con una probabilidad de 8.2 veces respecto a las personas dependientes. ($p=0.015$). Al respecto Dueñes, y colaboradores⁹ encontraron en su estudio que el abandono del trabajo y el impacto económico, fueron factores importantes a la hora de incumplir el tratamiento antituberculoso ($p=0,035$). Mientras que Plata- Casas y colaboradores¹⁷ muestran al desempleo (62%) como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento. Así mismo Zevallos, M.²⁷ observó que tener trabajo o ingreso inestable condiciona un factor de riesgo para el abandono del tratamiento.

El estado familiar del paciente en tratamiento contra la tuberculosis, no es considerado como un factor de riesgo para el abandono del mismo, debido a que ésta asociación no es estadísticamente significativa (valor $p=0.696$). coincidiendo con el estudio de Zevallos, M.²⁷ que demuestra que el estado familiar de los pacientes en tratamiento antituberculoso no demuestra asociación significativa con respecto al abandono del tratamiento ($p = 0.969$). Por lo expuesto no es considerada un factor que predispone al riesgo de abandono, y es indiferente a la cantidad de hijos que puedan tener estos pacientes en tratamiento.

Con respecto al estado nutricional del paciente en tratamiento antituberculoso resulta ser importante en el pronóstico y la curación de la enfermedad mas no en el riesgo de abandonar la terapéutica. En el presente estudio se puede observar que la gran mayoría tuvieron un estado nutricional normal, debido a ello la asociación establecida entre el estado nutricional del paciente y su condición de egreso resulta ser estadísticamente no significativa con un valor ($p = 0.064$) descartándose que el tener un índice de masa corporal por debajo de lo normal resulta ser un factor de riesgo de abandono de tratamiento. Al respecto, en el estudio de Zevallos, M.²⁷ se obtienen similares resultados, mostrando una asociación no significativa entre el IMC bajo y riesgo de abandono de tratamiento ($p= 0.061$).

El consumo de tabaco, alcohol y drogas constituyen variables que se encuentran incluidas dentro de factores relacionados al paciente, respecto de sus hábitos nocivos. En el presente estudio, el consumo de tabaco específicamente, se obtuvo que los pacientes que presentaban antecedente de consumo de tabaco abandonaban el tratamiento con más frecuencia, sin embargo, en el análisis bivariado dicha relación no fue estadísticamente significativa ($p=0.278$), coincidiendo con Chávez-Salazar y colaboradores²⁹ quienes no hallaron significancia estadística con el consumo de tabaco en su estudio, no obstante Zevallos, M.²⁷ concluyeron en su estudio realizado en la ciudad de Lima, que el consumo de tabaco si constituía un factor asociado abandono de tratamiento antituberculoso (OR:2.64/1.74-4.01) con un riesgo de deserción elevado. De igual manera, el estudio de De Oliveira y colaboradores²¹ determino que el antecedente de haber consumido tabaco en el pasado constituye un riesgo para el abandono del tratamiento, debido a las conductas de riesgo.

El consumo de alcohol en el análisis bivariado mostró ser estadísticamente significativo ($p=0.003$), al igual que en el análisis multivariado ($p=0.013$), con un riesgo mayor a 4 veces; éste último, como factor relacionado al abandono del tratamiento antituberculoso, coincidiendo con el estudio realizado por Mekonnen H.S. y col. (OR = 5.03; 95% CI 1.54)¹⁴, de igual manera, el estudio realizado por Torres, G. y Herrera, M.⁸ en Chile, quien obtuvo que el 62.7% de los pacientes que abandonaron e tratamiento manifestó el consumo actual de alcohol como conducta de riesgo. Así mismo, Antezana I.⁴⁶ al analizar el consumo de alcohol, hallaron significancia estadística en su estudio realizado en la ciudad de Ica, y concluyeron que si constituía un factor asociado abandono de tratamiento antituberculoso (OR:3.8 /2.8-5.2). Contrariamente, el estudio realizado por Anduaga-Beramendi y col.⁷ en la ciudad de Lima, quienes concluyeron que el consumo actual de alcohol no se mostró como un factor asociado a un mayor riesgo de abandono.

El consumo de alcohol refleja clara conducta de riesgo en el paciente, lo que puede llevar al incumplimiento y desinterés conllevando a la falla en

la terapéutica y por consiguiente peor pronóstico. De igual manera, los pacientes que manifiestan consumo actual de dicha sustancia, así como antecedentes suelen tener grupos sociales de riesgo, carecen de apoyo familiar por lo que ponen en peligro la continuidad y por consiguiente el éxito del tratamiento.

En cuanto al consumo de drogas como factor relacionado al abandono, obtuvimos que no se trata de una variable estadísticamente significativa ($p=0.306$), coincide con la investigación realizada por De Faria y col.²² quienes no hallaron asociación significativa de consumo de drogas ilícitas con el abandono de tratamiento, al igual que Zevallos, M.²⁷ que una vez ajustado el análisis dicha variable no mostro asociación de riesgo. Chávez-Salazar y col.²⁹ no hallaron asociación estadísticamente significativa con el consumo de drogas y el abandono en la ciudad de Lima. Además, el estudio realizado por Mekonnen, H.S. y col.¹⁴ no halló asociación significativa una vez ajustados los datos. Sin embargo, Calderón Silva, C.¹² en su estudio realizado en Lima encontraron que consumir drogas ilícitas aumenta el riesgo de abandono 3,66 veces, así como Lackey y col.²⁶ hallaron que el 48% ($n=27$) de los pacientes que abandonaron el tratamiento consumían drogas ilícitas y concluyeron en su análisis estadístico ($OR = 4.78$, 95% CI: 3.05-7.49) que constituía el principal factor asociado al abandono. El consumo de sustancias lleva a los pacientes a perpetuar conductas de riesgo, añadir el consumo de otras sustancias, así como un estado de euforia alejada de la realidad que los lleva a ignorar su salud y por consiguiente el cumplimiento del régimen terapéutico antituberculoso.

La relación entre los factores sintomatológicos relacionados al abandono de tratamiento no muestra entre sus variables medidas ninguna significancia estadística, salvo una, que dentro del análisis bivariado mostró significancia para alcanzar un riesgo hacia el abandono de tratamiento de 2.6 veces ($p=0.043$), pero que en el análisis multivariado dejó de tener dicha significancia ($p=0.174$), ésta fue la variable, tos productiva. En la estimación de riesgo si bien es cierto la condición clínica presenta una limitante para terminar el tratamiento según la distribución

de frecuencias, esta no alcanza tanto estadísticamente como frecuencia observable, ser una limitante para no terminar el tratamiento, ya se ha mencionado sin embargo observaciones en las que se indica que dentro de estas condiciones clínicas la disnea, y otros síntomas puramente pulmonares estuvieron asociadas al abandono de tratamiento ^{11,30,46}, a su vez también se evidencia un miedo a la curación, por posibles efectos adversos del tratamiento y que estos no muestran una remisión de síntomas ^{17,28,28}, cabe resaltar que dentro de estas personas mucha influencia existe respecto a otra variable, que es los hábitos nocivos, que indirectamente podrían estar asociados a la persistencia de la sintomatología.

En el análisis de factores relacionados al establecimiento de salud y su prestación de servicio, se encontró que los pacientes que tuvieron una evaluación completa (médico, enfermera, nutricionista, psicólogo y asistencia social) tuvieron un mayor porcentaje de término de tratamiento (93.1%) en contraste con los pacientes que solo tuvieron evaluación por médico, enfermera y nutricionista, quienes terminaron abandonando el tratamiento (23.1%) pudiéndose concluir que una evaluación completa se relaciona con una menor probabilidad de abandono. En el estudio de casos y controles realizado por Zevallos, M.²⁷ se encontró que el no haber sido evaluado por un equipo multidisciplinario representa un riesgo de 8 veces mayor para abandonar el tratamiento que aquellos pacientes que si fueron evaluados por este. Asimismo, Antezana, I.⁴⁶ evidencia que la falta de evaluación integral de los pacientes tiene un alto riesgo de abandono del tratamiento. Los resultados encontrados se podrían deber a que la tuberculosis como en otras enfermedades crónicas conlleva consigo distintos trastornos emocionales y de conducta que de una u otra forma podría influir en el aumento de la posibilidad de abandono del tratamiento, tal es su importancia que dentro de la norma vigente se incluye la intervención del profesional de salud mental para la detección temprana de posibles factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Además, rescatar la importancia del trabajador social ya que ayuda evaluar al paciente de manera integral en su contexto socioeconómico.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

El abandono de tratamiento antituberculoso según los factores de riesgo respecto a los pacientes estuvo relacionados al nivel de instrucción, estado laboral, consumo de alcohol y a la evaluación profesional incompleta.

Las variables pertenecientes a los factores de riesgo asociados a las características personales de los pacientes, como lo son género, edad, estado nutricional y antecedente de TBC no mostraron relación de riesgo al abandono de tratamiento antituberculoso.

Las variables pertenecientes a los factores de riesgo asociados al entorno ambiente y sociedad de los pacientes, como lo son estado civil, situación familiar; asimismo los hábitos nocivos relacionados a los mismos como son el consumo de tabaco y drogas no mostraron relación de riesgo al abandono de tratamiento antituberculoso.

No existe evidencia estadística significativa que permita decir que existe una asociación entre la condición sintomatológica del paciente para el abandono de tratamiento; mientras que, una de las variables perteneciente al servicio de salud y evaluación profesional, como factor de riesgo para el abandono de tratamiento contra tuberculosis, se comprobó que la falta de evaluación completa y multidisciplinaria, tiene relación con el abandono del tratamiento, sobre los cuales se podría realizar intervenciones importantes, pudiendo mostrar un efecto beneficioso en la mejora de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

6.2 Recomendaciones

Los resultados de este estudio deben ser comunicados al personal de salud del Centro de Salud Delicias de Villa, a fin de que dichos factores de riesgo sean identificados oportunamente y sean de utilidad para evitar el abandono del tratamiento por parte de los pacientes.

De realizarse futuros estudios, se recomienda tener en consideración las limitaciones del presente estudio: debido a la situación coyuntural actual, la recolección de datos a partir de historias clínicas que podrían haber sido llenadas inadecuadamente; asimismo, el tamaño muestral, el diseño metodológico y la circunscripción a un determinado distrito de Lima podría limitar la extrapolación de resultados.

Los resultados obtenidos en el estudio, sugieren que la atención tenga un enfoque integral e individualizado del paciente, así como los recordatorios y visitas domiciliarias oportunas, para la recuperación del paciente ante la primera irregularidad al tratamiento, esto ayudaría a aumentar la adherencia y cumplimiento del tratamiento antituberculoso en el centro de salud Delicias de Villa, al intervenir en forma oportuna ante los riesgos de abandono detectados durante la atención

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). Informe Mundial Sobre Tuberculosis 2019. Global Report 2019. OMS https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_es.pdf.
2. Alarcón, V., Alarcón, E., Figueroa, C., & Mendoza-Ticona, A. Tuberculosis in Peru: epidemiological situation, progress and challenges for its control. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2017; 34(2): 299-310. Available from: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2384>
3. Ministerio de Salud. [Internet] Vigilancia de Tuberculosis-MINSA 2019 [citado el 06 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.actbistas.org/vigilancia-de-tuberculosis/>.
4. Ministerio de Salud. [Internet] Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. 2013 [citado el 06 de junio de 2020].
5. Romero Mez. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la red de salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú [Tesis de Posgrado]. Univ Peru Cayetano Hered. 2017;72.
6. Bonilla CA. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en la región Callao, Perú, años 2010-2012 Tesis. Repos la Univ Peru Union [Internet]. 2016 [citado el 8 de junio de 2020];120–9. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/656>
7. Anduaga-Beramendi Alexander, Maticorena-Quevedo Jesus, Beas Renato, Chanamé-Baca Diego M, Veramendi Mary, Wiegering-Rospigliosi Andrés 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* [Internet]. 2016 Ene [citado 2020 junio 07]; 33(1): 21-28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-

59172016000100005&lng=es.

8. Torres G. Z., Herrera M. T. Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile: profile of patients in Chile. *Rev. chil. enferm. respir.* [Internet]. 2015 Mar [citado 2020 jun 07]; 31(1): 52-57. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482015000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482015000100008>.
9. Dueñas M, Cardona D. Factors related to treatment adherence in patients with tuberculosis in Pereira, Colombia, 2012-2013. *Biomédica* [Internet]. 2016 [citado el 6 de junio de 2020];36(3):423–31. doi:10.7705/biomédica.v36i3.2904.
10. Lin S, Melendez-Torres GJ. Systematic review of risk factors for nonadherence to TB treatment in immigrant populations. *Trans R Soc Trop Med Hyg* [Internet]. 2016 [citado el 7 de junio de 2020];110(5):268–80. doi:10.1093/trstmh/trw025.
11. Soares MLM, Amaral NAC do, Zacarias ACP, Ribeiro LK de NP. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras* [Internet]. 2017 [citado el 6 de junio de 2020];26(2):369–78. doi:10.5123/S1679-49742017000200014.
12. Calderón Silva C del P. Frecuencia de abandono del tratamiento antituberculoso y factores de riesgo en un Centro Nacional de Excelencia en tuberculosis. Lima, Perú 2010-2015 [Internet]. 2018 [citado el 7 de junio de 2020]. 1–31 p. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/624999>.
13. Liu Y, Birch S, Newbold KB, Essue BM. Barriers to treatment adherence for individuals with latent tuberculosis infection: A systematic search and narrative synthesis of the literature [Internet]. Vol. 33, *International Journal of Health Planning and Management*. *Int J Health Plann Manage*; 2018 [citado el 7 de junio de 2022]. p. e416–33. doi:10.1002/hpm.2495.
14. Mekonnen HS, Azagew AW. Non-adherence to anti-tuberculosis treatment, reasons and associated factors among TB patients attending

- at Gondar town health centers, Northwest Ethiopia 11 Medical and Health Sciences 1103 Clinical Sciences 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Hea. BMC Res Notes [Internet]. 2018 [citado el 7 de junio de 2020];11(1). doi:10.1186/s13104-018-3789-4.
15. Fang XH, Shen HH, Hu WQ, Xu QQ, Jun L, Zhang ZP, et al. Prevalence of and factors influencing anti-tuberculosis treatment non-adherence among patients with pulmonary tuberculosis: A cross-sectional study in Anhui Province, Eastern China. Med Sci Monit [Internet]. 2019 [citado el 7 de junio de 2022]; 25:1928–35. doi:10.12659/MSM.913510.
 16. Herrero MB, Arrossi S, Ramos S, Braga JU. Determinantes sociais da não-adesão ao tratamento de tuberculose em Buenos Aires, Argentina. Cad Saude Publica [Internet]. 2015 [citado el 7 de junio de 2020];31(9):1983–94. doi:10.1590/0102-311X00024314.
 17. Plata-Casas LI. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. Rev. cienc. ciudad. [Internet]. 30 de diciembre de 2015 [citado 6 de junio de 2020];12(2):26-38. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/507>.
 18. Relacionados Al Abandono Del Tratamiento De Antifímicos En Adultos Atendidos En Un Centro De Salud De Guayaquil F, Medina V, Andrés C. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA PORTADA TEMA.
 19. Okethwangu D, Birungi D, Biribawa C, Kwesiga B, Turyahabwe S, Ario AR, et al. Multidrug-resistant tuberculosis outbreak associated with poor treatment adherence and delayed treatment: Arua District, Uganda, 2013-2017. BMC Infect Dis [Internet]. 2019 [citado el 7 de junio de 2020];19(1). doi:10.1186/s12879-019-4014-3.
 20. Liu Y, Birch S, Newbold KB, Essue BM. Barriers to treatment adherence for individuals with latent tuberculosis infection: A systematic search and narrative synthesis of the literature. Int J Health Plann Manage [Internet]. 2018 Apr 12 [cited 2020 Jun 5];33(2): e416–33. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hpm.2495>
 21. De Oliveira SM, Altmayer S, Zanon M, Sidney-Filho LA, Moreira ALS, de Tarso Dalcin P, et al. Predictors of noncompliance to pulmonary

- tuberculosis treatment: An insight from South America. PLoS One [Internet]. 2018 [citado el 7 de junio de 2020];13(9). doi: 10.1371/journal.pone.0202593.
22. De Faria Gomes NM, da Mota Bastos MC, Marins RM, Barbosa AA, Soares LCP, de Oliveira Wilken de Abreu AM, et al. Differences between Risk Factors Associated with Tuberculosis Treatment Abandonment and Mortality. *Pulm Med*. 2015; 2015:546106. doi:10.1155/2015/546106.
 23. Belchior ADS, Mainbourg EMT, Ferreira-Gonçalves MJ. Pérdida de seguimiento del tratamiento de la tuberculosis y relación con el conocimiento del paciente y otros factores asociados. *Rev Salud Publica* [Internet]. 2016 [citado el 7 de junio de 2020];18(5):714–26. doi:10.15446/rsap.v18n5.54842.
 24. Fernandes V, Santos E, Erdmann A, Pires D, Zampieri M, Gregório V. Establishment of lactaton rooms in public and private companies: potentialities and difficulties. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [citado el 6 de junio de 2020]; 37:2016–00446. doi:10.1590/1983.
 25. Chirinos NEC, Meirelles BHS, Bousfield ABS. A relação das representações sociais dos profissionais da saúde e das pessoas com tuberculose com o abandono do tratamento. *Texto e Context Enferm* [Internet]. 2017 [citado el 7 de junio de 2020];26(1). doi:10.1590/0104-07072017005650015.
 26. Lackey B, Seas C, Van Der Stuyft P, Otero L. Patient characteristics associated with tuberculosis treatment default: A cohort study in a high-incidence area of Lima, Peru. *PLoS One* [Internet]. 2015 [citado el 7 de junio de 2020];10(6): e0128541. doi: 10.1371/journal.pone.0128541.
 27. Zevallos M. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la Red de Salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2017 [citado el 8 de junio de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1030>.
 28. Rivera O, Benites S, Mendigure J, Bonilla CA. Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. *Biomédica* [Internet]. 2019 [citado el 8 de junio de 2020];39(2):44–57. doi:10.7705/biomédica.v39i3.4564.

29. Chavez-Salazar J, Fabian-Pantoja B, Loza-Delgadillo AJ, Valladares-Zevallos G. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE EN LA MICRO-RED DE SALUD OLLANTAY EN SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA-PERÚ, 2012-2015. *Rev la Fac Med Humana*. 2017;17(4). doi:10.25176/rfmh. v17.n4.1204.
30. Aguilar Urcia LM, Aquino Aguirre MA. Conocimiento sobre tuberculosis y riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar Red Pacasmayo. 2019 [citado el 7 de junio de 2020];1–75. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11624>.
31. Reyes Zarazú, k. Factores de riesgo socioeconómicos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un centro de salud de Los Olivos durante el periodo 2016-2018 [Internet]. [cited 2020 Jun 5]. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2279>
32. Paneque Ramos Ena, Rojas Rodríguez Liana Yanet, Pérez Loyola Maritza. La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2018 Jun [citado 2020 Jun 07]; 17(3): 353-363. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300353&lng=es.
33. Caminero JA. F V. *La Tuberculosis para Médicos Especialistas*. 2011.
34. Carlos J, Parra C. Breve Historia De La Tuberculosis. *Rev. medica Costa Rica y Centroam*. 2013; LXX (605):145–50.
35. OPS. *Tuberculosis en las Américas 2018*. Washington, D.C.: OPS, 2018. Número de documento: OPS/CDE/18-036. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49510/OPSCDE18036_spa?sequence=2&isAllowed=y.
36. 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* [Internet]. 2017 [citado el 7 de junio de 2020];34(2):299–310. doi:10.17843/rpmesp.2017.342.2384.
37. Centro de Epidemiología Prevención y Control de enfermedades. Sala

- situacional de Tuberculosis en el Perú. 2018.
38. Antonio Bioco N. Caracterización clínica, radiológica y microbiológica de la tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en el Hospital Provincial de Cabinda, Angola. *Dominio las Ciencias* [Internet]. 2016 [citado el 8 de junio de 2020];2(1):3–17. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761672>.
 39. Reynoso Guerrero P. CORRELACIÓN ENTRE EL TEST DE SAINT GEORGE Y LESIONES PULMONARES POR RADIOGRAFÍA DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN LIMA NORTE DURANTE EL PERIODO 2018. 2019 [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://1library.co/document/y4wo9x0q-correlacion-george-lesiones-pulmonares-radiografia-pacientes-tuberculosis-periodo.html>.
 40. Castagnino J, Musella RM, Aidar O, Ambroggi M, Jave A, Brian MC, et al. Guías de diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis Autores: Pablo González Montaner-Médico de Planta Tisioneumonología (HIFJM);(4):1–43.
 41. Ministerio de Salud. Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Las Personas Afectadas Por Tuberculosis. 2013; 1:172.
 42. Arias M. F, Herrera M. T. Nuevos métodos para el diagnóstico de la tuberculosis. *Rev. Chil Enfermedades Respir* [Internet]. 2016 [citado el 8 de junio de 2020];32(4):254–9. doi:10.4067/S0717-73482016000400007.
 43. Medina Santiago GM. Factores condicionantes para el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis Pulmonar multidrogoresistente, Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales 2016. 2019 [citado el 7 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.lareferencia.info/vufind/Record/PE_42196183cbe6d61d7e446cb262bc9cba.
 44. Culqui DR, Munayco E. C V., Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos O, Alva Ch. K, et al. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2012 [citado el 8 de junio de 2020];48(5):150–5. doi:10.1016/j.arbres.2011.12.008.
 45. Suárez-García I, Rodríguez-Blanco A, Vidal-Pérez JL, García-Viejo MA,

Jaras-Hernández MJ, López O, et al. Risk factors for multidrug-resistant tuberculosis in a tuberculosis unit in Madrid, Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 2009 [citado el 10 de junio de 2020];28(4):325–30. doi:10.1007/s10096-008-0627-y.

46. Antezana Roca I. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema TBC sensible de los pacientes nuevos BK (+) en la ciudad de Ica 2018-2019. Univ. San Luis Gonzaga [Internet]. 2021 [citado el 11 de julio 2021]. Disponible en: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:P0zv4ioLu3UJ:scholar.google.com/+factores+de+riesgo+sociodemograficos+asociados+al+abandono+de+tratamiento+de+la+tuberculosis&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2018.

ANEXOS

1. ACTA DE APROBACION DE PROYECTO DE TESIS



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

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA-CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO ENERO 2017- JUNIO 2020", que presenta el Bachiller Jorge Diego Jonel VARGAS GUTIERREZ, 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:

M. C. Félix K. Llanos Tejada
ASESOR DE LA TESIS



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

Lima, 25 de Julio de 2022

2. CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

• Unidad de Grados y Títulos

Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr. Jorge Diego Jonel VARGAS GUTIERREZ, de acuerdo a los siguientes principios:

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

Atentamente,

M. C. Felix K. Llanos Tejada

Lima, 25 de Julio de 2022

3. CARTA DE APROBACION DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARIA ACADEMICA.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

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



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

Oficio Electrónico N°093-2022-INICIB-D

Lima, 25 de julio de 2022

Señor
JORGE DIEGO JONEL VARGAS GUTIERREZ
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis **“FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA- CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO ENERO 2017- JUNIO 2020”**, presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

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

Sin otro particular,

Atentamente.

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

“Formamos seres humanos para una cultura de paz”

Av. Benavides 3440 – Urb. Las Gardenias – Surco
Apartado postal 1901, Lima 33 – Perú
www.urp.edu.pe/medicina

Central 708-0000
Anexo 6016

4. **CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN.**

**COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: ***"FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA- CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO ENERO 2017- JUNIO 2020"***.

Investigador:

JORGE DIEGO JONEL VARGAS GUTIERREZ

Código del Comité: **PG 203 - 2021**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISIÓN EXPEDITA por un período de 1 año.

Exhortamos al investigador (a) la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 23 de Diciembre del 2021

Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

5. CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCION DE LA TESIS POR EL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA-CHORRILLOS.



PERU

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR

CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA

"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

Delicias de Villa, 18 de julio del 2021.

CARTA N° 020 - 2022 - MINSA-DIRIS LS-RIS BCO CHO SCO-CSDV/J

Señor:
JORGE DIEGO JONEL VARGAS GUTIERREZ
Presente.-

ASUNTO : SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTO DE TESIS.
REF. : SOLICITUD S/N. RECIBIDA EL 12-07-2022

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez en atención al documento de la referencia mencionarle que la jefatura a mi cargo tiene a bien dar la aceptación para realizar su proyecto de tesis "FACTORES DE RIESGO SOCIO DEMOGRAFICOS ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA – CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2017 - JUNIO 2020.

Sin otro en particular, es propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
DIRIS LIMA SUR
C.S. DELICIAS DE VILLA

ROGER BURCA GUTIERREZ
MEDICO JEFE
CMP 34447

RBG/hurs.
c.c. Archivo.

secretaria.csdv@gmail.com

Jr. Carhuarazo S/N
Delicias de Villa - Chorrillos
Teléfono N°: 258-5457

6. ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias
Biomédicas Unidad de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA- CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO ENERO 2017- JUNIO 2020", que presenta el Bachiller JORGE DIEGO JONEL VARGAS GUTIERREZ 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:

Dra. Patricia R. Segura Nuñez
PRESIDENTE

Dr. Renzo J. Villanueva Villegas
MIEMBRO

Dr. Victor J. Vera Ponce
MIEMBRO

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DE TESIS

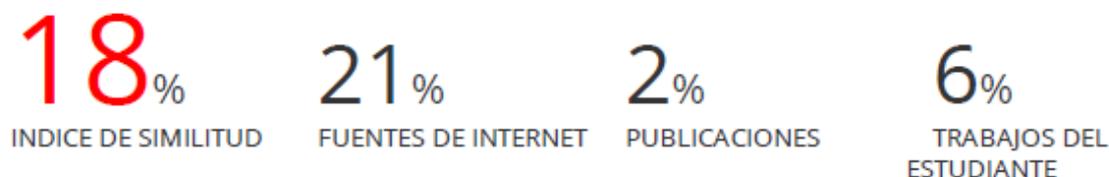
Dr. Félix K. Llanos Tejada
ASESOR DE TESIS

LIMA 23 SETIEMBRE 2022

7. REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL PROGRAMA TURNITIN.

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA- CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO ENERO 2017- JUNIO 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unphu.edu.do Fuente de Internet	1%
5	www.anlis.gov.ar Fuente de Internet	1%
6	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
7	repebis.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%

8. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

JORGE DIEGO JONEL VARGAS GUTIERREZ

Ha cumplido con los requisitos del curso-taller para la Titulación por Tesis durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022 con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis: “FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA-CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO ENERO 2017- JUNIO 2020”. Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 25 de julio de 2022.

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



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)

9. MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	TÍTULO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GENERAL	DISEÑO PRELIMINAR
¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos relacionados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos durante enero 2017-junio 2020??	Factores de riesgo sociodemográficos relacionados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos durante el enero 2017-junio 2020	Identificar cuáles son los factores sociodemográficos relacionados al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa– Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020	<p>Identificar cuáles son los factores de riesgo en torno a las características humanas del paciente asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa– Chorrillos.</p> <p>Averiguar cuáles son los factores de riesgo en torno al ambiente de los pacientes, asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa– Chorrillos.</p> <p>Determinar cuáles son los factores de riesgo en torno a la enfermedad y/o servicios de salud que recibe, asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa– Chorrillos.</p>	<p>Hi: Los factores de riesgo sociodemográficos se relacionan al abandono del tratamiento de tuberculosis en pacientes del Centro de Salud Delicias de Villa– Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020.</p> <p>Los factores de riesgo en torno a las características humanas de los pacientes se relacionan con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa– Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020.</p> <p>Los factores de riesgo en torno al ambiente de los pacientes se relacionan al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa– Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020.</p> <p>Los factores de riesgo en torno a la enfermedad y/o servicio de salud que reciben los pacientes se relacionan al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa–Chorrillos durante el periodo enero 2017- junio 2020.</p>	El estudio observacional analítico de tipo casos y controles, retrospectivo.

Lima, 11 de Julio del 2022

Estimado:

Dr. Roger Burga Gutiérrez

Medico jefe del Centro de Salud Delicias de Villa –Chorrillos

Es grato dirigirme a usted a fin de saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitar su permiso para la revisión de historias clínicas del Centro de Salud que usted dirige con fines de investigación para la realización de mi tesis para optar el título de Médico Cirujano. Los detalles del trabajo, así como el encargado del mismo se detallan a continuación:

Título: FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA– CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO ENERO 2017- JUNIO 2020

Nombre del responsable de la recolección y utilización de los datos:

JORGE DIEGO JONEL VARGAS GUTIÉRREZ

Universidad y Facultad al que pertenece: Universidad Ricardo Palma – Facultad de Medicina Humana – Bachiller en Medicina Humana.

1. Propósito/objetivo: los datos obtenidos se utilizarán en un estudio de tipo observacional analítico, diseño caso control cuyo objetivo es identificar cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos durante el periodo enero 2017 –junio 2020.
2. Datos que se recolectarán. Datos consignados en la Historia Clínica de pacientes con diagnóstico de tuberculosis
3. Descripción de cómo se mantendrá la confidencialidad de los datos. Durante la recolección de datos solo se consignará las iniciales de los nombres de los pacientes cuyas Historias Clínicas revisaremos.
4. Detalle de quiénes tendrán acceso a los datos. El acceso a los datos será limitado al investigador cuyos nombres están consignados en el apartado de la recolección y utilización de los datos.

Sin otro particular, quedo de usted en espera de su respuesta.

Atentamente

JORGE DIEGO JONEL VARGAS GUTIERREZ

DNI:45793292

BACHILLER EN MEDICINA HUMANA

10. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

CODIGO N°

NOMBRES Y APELLIDOS

DNI..... N° HISTORIA CLINICA.....

ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....

FECHA INGRESO.....FECHA EGRESO.....

EDAD (Años cumplidos)	
SEXO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino
ESTADO CIVIL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casado 2. Conviviente 3. Soltero 4. Viudo 5. Divorciado/separado
GRADO DE INSTRUCCIÓN (año terminado)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior/Técnico
ESTADO LABORAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudiante 2. Dependiente 3. Independiente-formal 4. Independiente-informal 5. Desempleado
FAMILIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin hijos 2. 1 hijo 3. 2 a más hijos
IMC (peso/talla²)	<ol style="list-style-type: none"> 1. IMC <18.5 2. IMC 18.5 – 24.9 3. IMC 25 – 29.9 4. IMC ≥ 30
CONSUMO DE TABACO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actual 2. Pasado 3. Nunca
CONSUMO DE ALCOHOL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actual 2. Pasado 3. Nunca
CONSUMO DE DROGAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actual 2. Pasado 3. Nunca

ANTECEDENTE DE TB EN LA FAMILIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
SINTOMATOLOGIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tos productiva si 2. Tos productiva no 1. Pérdida de peso si 2. Pérdida de peso no 1. Anorexia si 2. Anorexia no 1. Diaforesis si 2. Diaforesis no 1. Sensación alza térmica si 2. Sensación alza térmica no 1. Hemoptisis si 2. Hemoptisis no 1. Dolor de tórax si 2. Dolor de tórax no 1. Disnea si 2. Disnea no 1. Debilidad si 2. Debilidad no
EVALUACIÓN PROFESIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico-Enfermera 2. Médico-Enfermera-Nutricionista 3. Médico-Enfermera-Nutricionista-Psicólogo social.
CONDICION DE EGRESO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terminó tratamiento 2. Abandono

11. BASE DE DATOS (EXCEL O SPSS)

Base de datos entregado al INICIB en formato digital CD.