



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DEL ABANDONO DE
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA
MICRORED RICARDO PALMA, PERIODO 2020-2022

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Medina Santiago, Blanca Elena

Asesor:

González Toribio, Jesús Ángel
(ORCID: 0000-0001-6597-5114)

Jurado:

Méndez Campos, María Adelaida
La Rosa Botonero, José Luis
Orrego Velásquez, Manuel Aníbal

Lima – Perú

2023

DEDICATORIA

A mi familia por su cariño y ser partícipes de este logro, principalmente a mi madre, Elena Santiago, por su sacrificio constante en hacer de mí una gran profesional.

A mi hermana, Milagros, por ser la fuente de motivación para continuar y no rendirme, a mi hermano Jaime, por su cariño y confianza depositada.

Y una mención especial a mi padre German por ser mi guía e iluminar mi camino desde el cielo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser guía y fortaleza en los momentos de dificultad y flaqueza; a mi padre que siempre estuvo presente en mis pensamientos guiándome e iluminando mi sendero desde el cielo.

A mi madre, pilar de mi vida, por brindarme su confianza y apoyo durante todos estos años de preparación, y a mis hermanos por sus palabras de motivación que me permitieron lograrlo.

A mi alma Mater, a la Universidad Nacional Federico Villarreal, y respetados docentes agradecerles por todas sus enseñanzas que servirán para forjar mi vida profesional.

Y no puedo dejar de lado a mis queridos amigos, hoy colegas, gracias por los buenos momentos que hemos pasado, decirles que nos merecemos este logro por nuestro esfuerzo y dedicación diaria para culminar esta bella carrera. ¡Lo logramos y este solo es el inicio!

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	8
1.1.	Descripción y formulación del problema.....	9
1.1.1.	<i>Descripción del problema</i>	9
1.1.2.	<i>Formulación del problema</i>	10
1.2.	Antecedentes.....	10
1.2.1.	<i>Antecedentes Internacionales</i>	10
1.2.2.	<i>Antecedentes Nacionales</i>	12
1.3.	Objetivos.....	14
1.3.1.	<i>Objetivo General</i>	14
1.3.2.	<i>Objetivos Específicos</i>	14
1.4.	Justificación.....	15
1.4.1.	<i>Importancia de la investigación</i>	15
II.	MARCO TEORICO.....	16
2.1.	Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	16
2.1.1.	<i>Definición</i>	16
2.1.2.	<i>Epidemiología</i>	16
2.1.3.	<i>Cuadro clínico y sintomatología</i>	17
2.1.4.	<i>Diagnostico</i>	18
2.1.5.	<i>Tratamiento</i>	19
2.1.6.	<i>Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento</i>	21
2.1.7.	<i>Adherencia al tratamiento</i>	21
2.1.8.	<i>Abandono del tratamiento antituberculoso</i>	22
III.	MÉTODO.....	23
3.1.	Tipo de Investigación.....	23
3.2.	Ámbito Temporal y Espacial.....	23
3.3.	Variables.....	24
3.4.	Población y Muestra.....	25
3.4.1.	<i>Universo</i>	25
3.4.2.	<i>Población</i>	25
3.4.3.	<i>Muestra</i>	25
3.5.	Instrumentos de recolección de datos.....	26
3.6.	Procedimientos.....	26
3.7.	Análisis de datos.....	26
3.8.	Consideraciones éticas.....	27

IV.	RESULTADOS	28
II.	REFERENCIAS.....	41
III.	ANEXOS	46
3.1.	Anexo A: Operacionalización de Variables.....	46
3.2.	Anexo B: Matriz de consistencia	48
3.3.	Anexo C: Plantilla de Formato.....	50
3.4.	Anexo D: Solicitud a la Microred Ricardo Palma- Huarochirí.....	52

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas y clínicas del abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Ricardo Palma, durante el periodo 2020-2022. **Método:** Es un estudio retrospectivo, transversal, cuantitativo, sin manipulación, observacional, descriptivo; se utilizó el registro de historias clínicas del servicio de Programa de Control de Tuberculosis de la base de datos del servicio de estadística perteneciente a la Microred. La población estuvo conformada por 44 historias clínicas registradas que cumplieron con los criterios de inclusión, las cuales fueron filtradas por Microsoft Excel y decodificadas en el programa de software STATA versión 15, para su análisis. **Resultado:** Se determinó que el grupo etario jóvenes 63.64% (n=28), el sexo masculino 75.00% (n=33), nivel de instrucción secundaria 63.64% (n=28), el alcoholismo 63.64% (n=28) y la drogadicción 65.91% (n=29) fueron las características sociodemográficas asociados al abandono de tratamiento, mientras que el estado civil, el estado laboral, antecedente de contacto, antecedente de abandono y el tabaquismo no demostraron ser características significativas asociadas al abandono de tratamiento. En cuanto a características clínicas, el antecedente de VIH, antecedente de Diabetes Mellitus II y RAM, no manifestaron ser características significativas asociadas al abandono de tratamiento. **Conclusiones:** Las características sociodemográficas de las personas que abandonaron su tratamiento antituberculoso fueron los jóvenes (18 a 29 años), el sexo masculino, nivel de instrucción secundaria, el alcoholismo y la drogadicción.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, abandono de tratamiento.

ABSTRACT

Objective: To identify the sociodemographic and clinical characteristics of treatment abandonment in patients with pulmonary tuberculosis from the Ricardo Palma Microred, during the period 2020-2022. **Method:** It is a retrospective, cross-sectional, quantitative study, without manipulation, observational, descriptive; the record of clinical histories of the Tuberculosis Control Program service of the database of the statistics service belonging to the Microred was used. The population consisted of 44 registered medical records that met the inclusion criteria, which were filtered by Microsoft Excel and decoded in the STATA version 15 software program for analysis. **Result:** It was determined that the young age group 63.64% (n=28), the male sex 75.00% (n=33), secondary education level 63.64% (n=28), alcoholism 63.64% (n=28) and drug addiction 65.91% (n=29) were the sociodemographic characteristics associated with abandonment of treatment, while marital status, employment status, contact history, history of abandonment and smoking did not prove to be significant characteristics associated with treatment abandonment. Regarding clinical characteristics, the history of HIV, history of Diabetes Mellitus II and ADR, did not appear to be significant characteristics associated with abandoning treatment. **Conclusions:** The sociodemographic characteristics of the people who abandoned their tuberculosis treatment were young people (18 to 29 years), male sex, secondary education level, alcoholism, and drug addiction.

Key words: pulmonary tuberculosis, abandonment of treatment.

I. INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2021 perecieron 1,6 millones de habitantes. La tuberculosis es la 13^o causa de fallecimientos y la enfermedad infecciosa más letal a nivel mundial, solo superada por el COVID-19. Se estima que 10,6 millones de habitantes del mundo enfermaron de tuberculosis en 2021. (OMS, 2023).

En 2021, se reconocieron 24.581 casos documentados de tuberculosis en Perú, donde el 60% (14.620) de casos de tuberculosis (TB), el 75% (904) de casos de tuberculosis multirresistente (TB-MDR) y el 86,3% (44) de casos de tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR) notificados en Lima y Callao. Considerando que la región metropolitana de Lima es un área con un alto riesgo de contraer tuberculosis y donde se registra un alto número de casos, dando a evidenciar que hay un alto porcentaje de personas que no se someten al tratamiento. En estudios a nivel nacional, se considera de importancia el abandono del tratamiento en pacientes, en el año 2020, el porcentaje de pacientes sensibles que abandonaron el tratamiento durante la pandemia de COVID-19 fue del 2,5 % (543/21605) y el 5,7 % (151/2630) en pacientes con tuberculosis resistente. (Ríos, 2021)

La tuberculosis, es una enfermedad social relacionada con la pobreza, la inequidad y la injusticia social, y su etiología es multifactorial, aunque puede afectar a todos los que reúnen la mayor parte de los factores de riesgo son las más vulnerables a padecer esta enfermedad. Esto se suma a las dificultades sociales y económicas que impiden que se comuniquen con el sistema de salud, lo que conlleva malas predicciones, abandono de tratamientos complicados e incluso la muerte. (Ambrosio y col. 2018).

El propósito del estudio actual es determinar las características sociodemográficas y clínicas del abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Programa de Control de Tuberculosis (PCT) de la Microred Ricardo Palma- Huarochirí, que abarca 22

Centros de Salud. Este estudio ayudará a tomar decisiones sobre políticas de salud pública y estrategias para prevenir y controlar la tuberculosis para reducir la morbimortalidad y evitar la resistencia al tratamiento antituberculoso.

1.1.Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

El bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, una especie de la familia *Mycobacteriaceae*, es causante de la tuberculosis (TB), la cual es una enfermedad infectocontagiosa crónica. Es importante tener en cuenta que es una enfermedad prevenible y curable, sin embargo, se ha propagado durante años y ahora se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes del mundo. (OMS, 2023). La persistencia, morbilidad y mortalidad de esta enfermedad están influenciadas por un conjunto de factores de riesgo, incluyendo las condiciones ambientales particulares de cada zona geográfica, que dependen de los niveles de desarrollo y los recursos disponibles por los países del mundo. Esto se confirma por los datos estadísticos a nivel mundial, que muestran que los países primermundistas tienen los valores de incidencia más bajos, mientras que las situaciones de anormalidad son más altas en los países.

Alrededor de 74 millones de personas fueron salvadas gracias a un diagnóstico precoz, un tratamiento oportuno e información necesaria, para evitar fallas terapéuticas y las consecuencias de suspender o abandonar el tratamiento. entre 2000 y 2021, lo que demuestra su importancia. (OMS, 2023).

La tuberculosis tiene un impacto clave en múltiples áreas, por lo que la falta terapéutica dificulta el manejo de la enfermedad. Al no presentar una cura o una solución a esta enfermedad, se propaga y se disemina por toda la población, apareciendo una cadena latente

de infección que afecta a las personas cercanas y aumenta el riesgo de desarrollar droga resistencia.

Por lo tanto, para contribuir al control, reducir las tasas de morbimortalidad y, en última instancia, reducir el abandono del tratamiento, es crucial identificar estrategias para prevenir la interrupción del tratamiento antituberculoso.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas del abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Ricardo Palma, en el periodo 2020-2022?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Merino (2021) en el trabajo denominado “Factores que inciden en el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes que acuden a los subcentros de salud en la Ciudad de Milagro, 2019”, utiliza estudio descriptivo, cuantitativo transversal. Su población estudiada fue de 60 personas, se encontró como factores: Los pacientes que recibieron una atención agradable cuando visitaron el Subcentro (63,33%), falta de posibilidades económicas para asistir (72%), diabetes como enfermedad asociada (47%), y la necesidad de un medio de transporte urbano para acceder al Subcentro (40%).

Peres et al. (2020) investigaron los factores de riesgo relacionados con la interrupción del tratamiento activo de la tuberculosis de los pacientes de una unidad secundaria de referencia de tuberculosis en Mato Grosso do Sul, Brasil, desde junio de 2012 hasta julio de 2019, se llevó a cabo un seguimiento prospectivo. Los pacientes completaron encuestas estandarizadas y se les asignó una puntuación de riesgo de abandono. De los 148 pacientes que participaron en el estudio, el 65,0 % (96/148) fueron varones. El promedio

de edad fue de 43,3 a 14,8 años (rango de 18 a 89 años). Las variables que se correlacionaron con un alto riesgo de discontinuación de la terapéutica incluyeron la drogadicción, el tabaquismo, los reingresos. La tasa de coinfección entre el virus de la inmunodeficiencia humana y la tuberculosis fue del 37,2%. La tasa de abandono del tratamiento en todo el mundo fue del 10,8 % (6,1–16,2). Al dividir a los pacientes que dejaron su tratamiento según su puntaje de riesgo, se encontró que el 22,9% (8/35) tenían un alto riesgo de abandonar el tratamiento, el 10,9% (6/55) tenían un riesgo tipo intermedio y el 3,5% (2/58) tienen un bajo riesgo de abandonar el tratamiento. En el análisis multivariante, el tabaquismo fue un factor relacionado con el abandono del tratamiento [índice de probabilidad obtenida (ORa) = 4,91]. Finalmente, se llegó a la conclusión de que el tabaquismo y el retratamiento fueron factores de riesgo independientes que contribuyeron a la no adherencia del tratamiento de la tuberculosis en este centro.

Perlaza et al. (2023) en su investigación "Factores de abandono al tratamiento de la tuberculosis en la red pública de salud", buscaron identificar las causas del abandono del tratamiento de la tuberculosis en la red pública de salud de Cali, Colombia, entre 2016 y 2018. Se llevó a cabo una investigación operativa de casos y controles en 224 pacientes con tuberculosis, de los cuales 112 abandonaron su tratamiento y 112 lograron terminarlo. Se ha demostrado que los factores relacionados con la persona y los servicios de salud hacen que las personas no sigan el tratamiento de la tuberculosis y las alejen de la atención médica.

Rivadeneira (2022) utilizando un método de estudio mixto, transversal y descriptivo, titulada "Factores que influyen en el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar en los pacientes atendidos en el distrito de Salud 08d01 Esmeraldas – Rioverde". La población fueron todos los pacientes que habían sido registrados como portadores de tuberculosis pulmonar, cuya muestra fueron 24 pacientes que finalmente abandonaron el tratamiento. utilizando el estudio documental y entrevistas semiestructuradas. Los

hallazgos mostraron que el mayor número de abandonos se produjo en los hombres, y los grupos etarios más representados fueron los de 25 a 44 años, mestizos y afrodescendientes, con bajo nivel educativo y desempleados. Los dos factores de riesgo más predominantes fueron la situación socioeconómica y la drogadicción.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Antezana (2021) su estudio fue observacional, retrospectivo de casos y controles, cuyo nombre es "Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema TB sensible de los pacientes nuevos BK (+) en la ciudad de Ica 2018-2019". La población incluyó a todos los pacientes del programa de tuberculosis que comenzó con el esquema de TBC sensible. El 28,8% de los participantes tenía un IMC inferior a 18,5 y la enfermedad comenzó entre 4 y 8 semanas (mediana de 4 semanas). El alcoholismo (28,9%), consumo de tabaco (25%), PBC (3,8%) y marihuana (1,6%) se identifican como hábitos nocivos.

Bravo (2021) en su tesis titulada "Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital Regional de Huacho, 2018". Estudio retrospectivo, analítico de tipo caso y observacional. El objetivo es identificar los factores de riesgo y la relación que tiene con los casos de abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del Hospital Regional de Huacho entre 2015 y 2018, en los que se investigó a 76 pacientes. Se registraron diez casos y sesenta y seis controles, de los cuales se dividieron en dos grupos: uno que incluyó a los pacientes que abandonaron su tratamiento por 30 días a más, y otro que incluyó a los que terminaron la terapéutica de manera regular. Se transmitió una ficha recolectora de datos de las historias clínicas para recopilar información. Se encontró asociación significativa entre factores biológicos (sexo masculino, comorbilidades), entorno (secundaria), estado civil (soltero),

ocupación y estilo de vida (alcohol, tabaco) y drogas) y abandono de tratamientos antituberculosos.

Reyes (2019) en su tesis "Factores de riesgo socioeconómicos relacionados con el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un centro de salud de Los Olivos durante el periodo 2016-2018". De tipo retrospectivo, observacional, analítico y cohortes. Se llevó a cabo en el Centro de Salud Juan Pablo II de Los Olivos. Se utilizaron 408 historias clínicas para recopilar datos sobre la no adherencia del tratamiento de TB pulmonar sensible. Se descubrió que más de un tercio de los pacientes abandonaron el tratamiento, y los factores de riesgo socioeconómico relacionados con el abandono incluyen pacientes mayores de 50 años, solteros, con estudios incompletos y que abandonan el tratamiento anterior.

Saavedra y Alania (2019) en su trabajo "Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en el Centro de Salud San Cosme, Lima 2018", de corte transversal y descriptivo. La muestra consistió en 28 casos diagnosticados con tuberculosis sensible. Dentro de las variables, se descubrió que el 71,4% (20) de los participantes tenían entre 22 y 49 años. El bajo nivel socioeconómico (85,7%), las reacciones adversas a los medicamentos 89,3% y temor al tratamiento (78,6%) están relacionados con la no adherencia del tratamiento.

Salvador (2020) en su investigación sobre la "Frecuencia y factores asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en la provincia de Ica. Perú, 2015-2019", de enfoque descriptivo y observacional. Los resultados mostraron que la frecuencia en cualquiera de las fases fue del 7,52% de la población, a diferencia del 92,48% de los pacientes que llegaron al final del tratamiento entre 2015 y 2019. Variables

como el alcoholismo, el consumo de tabaco y la drogas, fueron los principales factores relacionados.

Vargas (2022) en su tesis titulada "Factores de riesgo sociodemográficos relacionados con el abandono del tratamiento de tuberculosis en el centro de salud Delicias de Villa-Chorrillos durante el periodo de enero 2017 a junio 2020". De tipo retrospectivo, analítico, casos y controles. La población analizada consistió en pacientes diagnosticados con tuberculosis que recibieron tratamiento en el C.S. Delicias de Villa. La herramienta utilizada fue la ficha recolectora de datos, se obtuvieron 155 historias clínicas, siendo 39 los casos (25,2%) y 116 los controles (74,8%). Los factores de riesgo relacionados son los pacientes con el nivel de instrucción (secundaria 50.3%), el estado laboral (independiente-informal 35.5%), el alcoholismo crónico y la evaluación incompleta de parte del profesional.

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Identificar las características sociodemográficas y clínicas del abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Ricardo Palma, durante el periodo 2020-2022.

1.3.2. Objetivos Específicos

Identificar las características sociodemográficas del abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Ricardo Palma, en el periodo 2020-2022.

Identificar las características clínicas del abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Ricardo Palma, en el periodo 2020-2022.

1.4. Justificación

1.4.1. Importancia de la investigación

La tuberculosis sigue siendo un problema médico crucial que ha afectado a millones de personas alrededor del mundo y es posible que vaya en aumento en los próximos años. No es una sorpresa que la tuberculosis sea nombrada como una enfermedad de la pobreza, con el 95 % de casos con esta enfermedad y el 98 % de las muertes ocurriendo en países de bajos o medianos ingresos, y solo 22 países tienen el 80 % de los casos. (Moreno, 2016)

Perú es parte de los países de Sudamérica con la mayor tasa de tuberculosis, lo que indica hacia la salud, la economía y la sociedad un gran impacto negativo, representando un importante problema en el ámbito de salud pública de nuestro país. (INS, 2022).

El Ministerio de Salud redujo los casos de la tuberculosis sensible con abandono de tratamiento a un 6 % en 2018, llegando al 3,6 % en 2019. Los casos que abandonaron su tratamiento en TB sensible se reducen lentamente a partir del 2018. (MINSA, 2020) Miles de pacientes en todo el país vieron su atención restringida en gran medida debido a la pandemia, lo que dificultó aún más el diagnóstico y la capacidad de brindar tratamiento oportuno. (INS, 2022)

Este estudio ayudará a identificar las características sociodemográficas y clínicas del abandono de tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes pertenecientes a la Microred Ricardo Palma en el periodo 2020-2022, con el fin de colaborar con la mejora del cumplimiento adecuado del tratamiento de la tuberculosis e implementar estrategias de tratamiento.

II. MARCO TEORICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Definición*

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa que daña principalmente a los pulmones y es causada por el microorganismo bacteriano conocido como *Mycobacterium Tuberculosis*. Se transmite de persona a persona a través de microgotas de 5 micras suspendidas en el aire, que fueron expulsadas por pacientes con la enfermedad pulmonar activa. (OMS, 2023)

2.1.2. *Epidemiología*

Se cree que *M. tuberculosis* está afectando a un promedio de 1700 millones de individuos, lo que representa aproximadamente el 22% de habitantes en el mundo. La prevalencia de TB en todo el mundo alcanzó un punto máximo en 2003 y se evidencia estar descendiendo lentamente. (Hoursburgh, 2022). En todo el mundo, se estima que 10.6 millones de personas se contagiaron de tuberculosis en el año 2021, de los cuales fallecieron 1.6 millones. (OPS. (2022).

La epidemiología de la tuberculosis varía significativamente a nivel global. India, África subsahariana, Micronesia y las islas del sudeste asiático tienen las tasas más elevadas (300 por 100 000 o más). China, Europa del Este, norte de África, América Central y del Sur, tienen tasas intermedias de TB de 26-300 x 100 000 habitantes. Los Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón y Europa occidental tienen las tasas más bajas (< 25 x 100 000 habitantes). (Hoursburgh, 2022).

En el año 2021, en las Américas, se calcula que 309.000 casos de la tuberculosis y se reportaron 215.116 (70%) (OPS,2022). En Perú, se registraron 24.581 personas con tuberculosis, siendo el 60% (14.620) de casos de TB, el 75% (904) de casos de TB-MDR y el

86,3% (44) de casos de TB-XDR en Lima y Callao. En consecuencia, Ucayali, Tacna, Loreto, Callao, Tumbes y Madre de Dios se identifican como áreas con un alto riesgo de padecer tuberculosis, mientras que Lima, Cusco, Cajamarca, Amazonas, Lambayeque y San Martín se encuentran en una situación de alto riesgo. (Ríos, 2021).

La Dirección Regional de Salud Lima abarca 07 Redes de Salud, 36 Micro redes, 09 provincias, 128 distritos y 327 Establecimientos de Salud, con una población expuesta de 1.065.143 personas (2022) y representa el 10,6% de la población del departamento de Lima. Además, incluye 07 hospitales: 05 Hospitales Nivel II-2 y 02 Hospitales Nivel II-1. (DIRESA, 2022). La Red de Huarochirí, que pertenece a esta DIRESA, tuvo 81 reportes de tuberculosis en 2021, que se dividieron en 72 pulmonares, 6 extrapulmonares y 1 tuberculosis abandonada recuperada y 1 MDR. Esto demuestra un aumento en comparación con años anteriores. (Red de Salud Huarochirí, 2022)

2.1.3. Cuadro clínico y sintomatología

A. TB primaria. Se han observado manifestaciones clínicas en aproximadamente un tercio de los casos. Los síntomas incluyen fiebre y dolor en el pecho. El dolor retroesternal y el dolor interescapular sordo se han atribuido a los ganglios linfáticos bronquiales aumentados de tamaño. El examen físico es generalmente normal.

B. TB de reactivación. El término se refiere a la activación de un foco sembrado que estaba inactivo en el momento de la infección primaria. Es común que se involucren los segmentos posteriores apicales del pulmón. Por lo general, los síntomas son insidiosos y pueden incluir estos, pérdida de peso, fatiga, dolor torácico, sudores nocturnos, fiebre, dolor torácico, disnea y/o hemoptisis; Estas conclusiones son más prevalentes en pacientes > 60 años. Los resultados pueden ser similares en la reinfección exógena en una persona que ya ha sido infectada. (Fordham,2021)

2.1.4. Diagnostico

El diagnóstico se basa en sospechas clínicas, según la evaluación del médico profesional y la repercusión a nuestro entorno. También se realiza una anamnesis para conocer la historia familiar o de contactos, lo que conduce a una evaluación radiológica y serológica.

A. Examen de esputo o baciloscopia. Es el principal método de diagnóstico para la tuberculosis.

Vargas (2022) señala:

La baciloscopia directa de la muestra de esputo y otras extrapulmonares debe procesarse mediante el método de Ziehl - Neelsen, que indica el protocolo del Instituto Nacional de Salud.

La baciloscopia se representa en cruces luego de la cuantificación de bacilos por de un intermedio de la lectura en 100 campos microscópicos:

- (-): No BAAR/ 100 campos
- (+++): > 10 BAAR / campo.
- (++): 1-10 BAAR / campo.
- (+): 1-10 BAAR /10 campos

Toda muestra de esputo con resultados positivos de baciloscopia debe mantenerse refrigerada en el laboratorio antes de ser enviada al Laboratorio Regional para pruebas de sensibilidad rápida. (p.43)

B. El cultivo del esputo. Es el Gold Standard para diagnosticar la tuberculosis, y es preferible que se realice en un medio denominado Lowenstein-Jensen.

El examen es más preciso que la baciloscopia para el diagnóstico, cuyo resultado se obtiene a los 2 meses. Se recomienda para el seguimiento de diagnósticos o para personas que se sospecha de tuberculosis, en las cuales la baciloscopia dio negativa.

C. Imágenes. La radiografía de tórax es un examen crucial y útil para diagnosticar la tuberculosis porque posibilita observar el daño pulmonar en su extensión, cómo se desarrolla y las consecuencias posteriores. Se espera que se observen imágenes sugestivas de la enfermedad, como derrame pleural, adenopatía hiliar e infiltrados pulmonares distintivos. Para el diagnóstico de la tuberculosis, la tomografía es más sensible que la radiografía tradicional porque puede identificar nódulos tempranos, así como algunos sutiles procesos parenquimatosos clásicos.

D. Prueba cutánea de la tuberculina o PPD. El método de Mantoux radica en aplicar una inofensiva sustancia llamada "tuberculina" por debajo de la piel del brazo. El personal indicado deberá evaluar los resultados dos días después de la aplicación de esta sustancia, que es un producto proteico purificado de cultivos de *M. tuberculosis*. (MINSA, 2012).

2.1.5. Tratamiento

El *M. tuberculosis* tiene una multiplicidad lenta, un comportamiento versátil, adaptable y mutaciones genéticas, obteniendo mayor riesgo de resistencia medicamentosa, por eso es necesario un tratamiento combinado y prolongado para tratar la tuberculosis.

La OMS (2023) sostiene que en la terapéutica se recomienda 4 medicamentos antibacilares de 1° línea, siendo estos la Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol.

El MINSA (2018), señala que:

A. Esquema sensible. Este esquema utiliza medicamentos como la isoniacida (H), la rifampicina (R), la pirazinamida (Z) y el etambutol (E). Se debe de suministrar 50 dosis diarias, semanalmente descansando los domingos, seis veces a la semana durante dos meses en la 1° fase del plan terapéutico. Se deben indicar 54 dosis tres veces a la semana interdiarios, por un período de cuatro meses en la segunda fase. (p. 5)

Tabla 1

Esquema sensible

Primera Fase	2 meses (H-R-E-Z) al día (en total 50 veces)
Segunda Fase	4 meses (H3-R3) tres veces a la semana interdiario (54 veces)

Fuente: Norma técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, MINSA, 2018.

B. Esquema Multidrogo resistente. El tiempo de tratamiento TB MDR no debe ser menor a 18 meses. Los fármacos utilizados en este esquema son Etambutol (E), Pirazinamida (Z), Levofloxacina (Lfx), Kanamicina (Km), Etionamida (Eto) y Cicloserina (Cs).

Tabla 2

Esquema Multidrogo resistente

Primera Fase	6-8 meses (E, Z, Lfx, Km, Eto, Cs) diariamente
Segunda Fase	12-16 meses (E, Z, Lfx, Eto, Cs) diariamente

Fuente: Norma técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, MINSA, 2018.

C. Esquema Extremadamente resistente. La duración del tratamiento para TB XDR será individualizada, pero debería durar al menos 24 meses.

El MINSA (2018), señala que:

Iniciar el tratamiento de los pacientes internados en la unidad especializada de tuberculosis durante al menos dos meses, en un entorno con un control adecuado de las infecciones. Recibir medicamentos por medio de catéteres subcutáneos prolongados.

Solo se deben usar los medicamentos del quinto grupo si no se puede crear un tratamiento efectivo con los medicamentos de los grupos 1 al 4. Incluir al menos cuatro medicamentos antituberculosos de segunda línea que son sensibles al paciente o que nunca se le han administrado.

Es recomendable incluir una fluoroquinolona y un medicamento inyectable de segunda generación. Cuando se compruebe que la cepa es sensible, usar etambutol. Al alta hospitalaria, el tratamiento seguirá en instituciones de salud o en hogares equipados con medidas de control. (p. 15)

2.1.6. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento

Se refiere a cualquier circunstancia que aumenta la probabilidad de enfermedad. Los factores de riesgo son sociales, económicos, religiosos y conductuales, así como los antecedentes de comorbilidades o familiares.

2.1.7. Adherencia al tratamiento

Explica que el paciente debe internalizar su tratamiento, por lo que debe seguir indicaciones del médico a su cargo para recuperar la salud.

2.1.8. *Abandono del tratamiento antituberculoso*

Para este estudio, el término "abandono de tratamiento" se refiere al proceso durante el cual todos los pacientes que han comenzado el tratamiento lo han dejado por 30 días consecutivos o más. Además, dentro de este grupo están aquellos pacientes que no reciben tratamiento durante más de 30 días y lo suspende. (MINSA, 2018).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación

Por la ocurrencia de los hechos: Retrospectivo. Por la toma de datos o acopio de la información: Transversal. Por el Análisis y alcance de los resultados: Cuantitativo, sin manipulación, observacional, descriptivo.

3.2. Ámbito Temporal y Espacial

El presente trabajo se realizó en la Microred Ricardo Palma, que se encuentra situado en Av. Alameda Grau N° 103 - Ricardo Palma pertenece a la Red IX Huarochirí bajo la Dirección Regional de Salud Lima.

La Microred Ricardo Palma cuenta con 22 establecimiento bajo su jurisdicción:

- C.S. Santa Eulalia
- C.S. Buenos Aires
- P.S. Sagrado Corazón De Jesús
- C.S. Ricardo Palma
- P.S. San Andrés de Tupicocha
- P.S. San Bartolomé
- P.S. San Damián
- P.S. Sunicancha
- P.S. Tapicara
- P.S. Canchacalla
- C.S. Lanca
- P.S. Cumbe
- C.S. Cocachacra

- P.S. Corcona
- P.S. Santiago De Tuna
- C.S. Pedro Abraham López Guillen
- P.S. La Merced De Chaute
- P.S. San Antonio
- P.S. El Valle
- P.S. El Paraíso
- P.S. Huayaringa Alta
- P.S. José Luis Romero Aguilar

La información recopilada fue del periodo 2020 hasta 2022.

3.3.Variables

La operacionalización de las variables se aprecia a mayor detalle en el Anexo A.

- Edad (por curso de vida)
- Sexo
- Nivel de instrucción
- Estado civil
- Estado laboral
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Drogadicción
- Antecedente de contacto
- Antecedente de abandono
- Antecedente de VIH previo a TB

- Antecedente de DM previo a TB
- Reacción Adversa a medicamentos (RAM)

3.4.Población y Muestra

3.4.1. *Universo*

Es constituido por los pacientes que tienen diagnóstico de TB pulmonar, que obtienen tratamiento en la Microred Ricardo Palma – Huarochirí.

3.4.2. *Población*

Lo integraron los pacientes que tienen diagnóstico de TB pulmonar, que abandonaron el tratamiento en la Microred Ricardo Palma – Huarochirí durante el periodo 2020-2022 (1 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2022).

3.4.3. *Muestra*

No se considera el cálculo del tamaño de la muestra debido a que se estudia a todos los pacientes que abandonaron el tratamiento en la Microred Ricardo Palma – Huarochirí durante el periodo 2020-2022, cumpliendo 44 historias clínicas registradas siendo seleccionadas de acuerdo con criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con datos estadísticos completos
- Pacientes que tienen el diagnóstico de TB pulmonar
- Pacientes que tienen diagnóstico de TB pulmonar que dejaron su tratamiento por un tiempo de 30 días seguidos o más.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con datos estadísticos incompletos.

- Pacientes que tienen diagnóstico de TB extrapulmonar
- Pacientes que fallecen durante el tratamiento de tuberculosis pulmonar.

3.5.Instrumentos de recolección de datos

Para efectuar este trabajo, se obtuvo la base de datos del servicio de estadística de la Microred., que se basa en las historias clínicas perteneciente a los pacientes que han sido diagnosticados de tuberculosis pulmonar durante el periodo del 2020-2022.

Se realizó la elaboración de una “plantilla tipo formato” en Microsoft Excel (ver Anexo C) para la realización del vaciado estadístico con los datos requeridos de la investigación, para poder estructurar y procesar la información.

3.6.Procedimientos

Para llevar a cabo este estudio se presentó una solicitud a la Microred Ricardo Palma-Huarochirí (ver Anexo D), con el propósito de obtener la autorización para acceder a la base de datos del sector de estadística específicamente de las atenciones registradas en el área de PCT de todos los establecimientos de salud pertenecientes a dicha Microred, durante el periodo 2020 hasta el 2022. De la base de datos se procedió a filtrar las variables de estudio y así poder obtener una nueva base de datos organizada para su análisis.

3.7.Análisis de datos

Con la información de las variables de estudio obtenidos en el programa Microsoft Excel versión 2019, se encontró un total de 44 historias clínicas registradas que acataron con los criterios de inclusión, las cuales se decodificaron en el programa de software estadístico STATA versión 15, brindando los resultados en gráficos de barras y tablas estadísticas para ayudar a una mejor interpretación de la estadística descriptiva.

3.8. Consideraciones éticas

Dado que se trata de un estudio que se obtiene de los datos registrados en el área de estadística de la Microred, no fue necesario un consentimiento informado. La información que se obtuvo es absolutamente confidencial y se mantuvo en reserva las identificaciones de los pacientes que fueron estudiados.

IV. RESULTADOS

Tabla 3

Frecuencia y porcentajes de las características sociodemográficas (2020-2022)

Variables	2020 (n = 14)		2021 (n = 16)		2022 (n = 14)	
	n	%	n	%	n	%
Edad						
Niño	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Adolescente	2	14.29	1	6.25	1	7.14
Joven	2	14.29	14	87.50	12	85.71
Adulto	9	64.29	1	6.25	1	7.14
Adulto mayor	1	7.14	0	0.00	0	0.00
Sexo						
Masculino	11	78.57	11	68.75	11	78.57
Femenino	3	21.43	5	31.25	3	21.43
Nivel de instrucción						
Analfabeto	1	7.14	0	0.00	0	0.00
Primaria	4	28.57	4	25.00	2	14.29
Secundaria	8	57.14	10	62.50	10	71.43
Superior	1	7.14	2	12.50	2	14.29
Estado civil						
Soltero	5	35.71	7	43.75	5	35.71
Casado	3	21.43	3	18.75	3	21.43
Conviviente	6	42.86	6	37.50	6	42.86
Viudo	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Estado laboral						
Asalariado	3	21.43	1	6.25	1	7.14
Trabajo independiente	3	21.43	5	31.25	5	35.71
Ama de casa	3	21.43	4	25.00	4	28.57
Estudiante	1	7.14	1	6.25	1	7.14
Desempleado	4	28.57	5	31.25	3	21.43
Antecedente de contacto						
No	10	71.43	10	62.50	8	57.14
Sí	4	28.57	6	37.50	6	42.86
Antecedente de abandono						
No	10	71.43	14	87.50	10	71.43
Sí	4	28.57	2	12.50	4	28.57
Alcoholismo						
No	6	42.86	6	37.50	4	28.57
Sí	8	57.14	10	62.50	10	71.43
Tabaquismo						
No	13	92.86	13	81.25	11	78.57
Sí	1	7.14	3	18.75	3	21.43
Drogadicción						
No	5	35.71	6	37.5	4	28.57
Sí	9	64.29	10	62.5	10	71.43

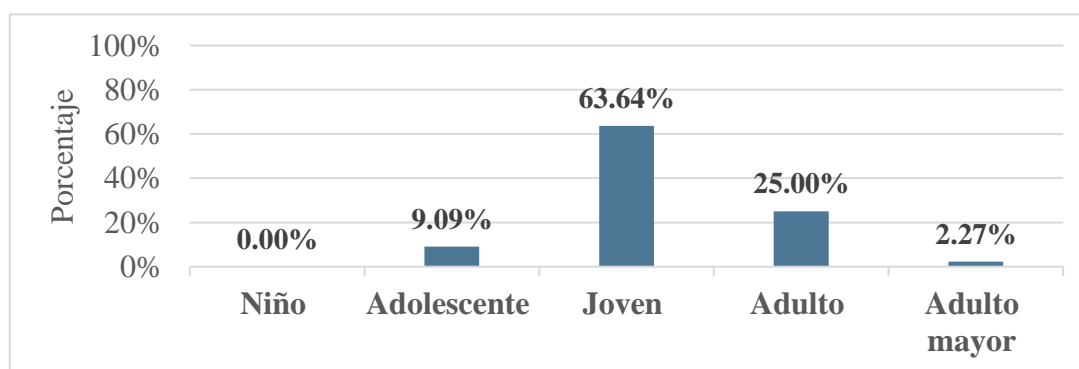
Fuente: Elaboración propia

Tabla 4*Frecuencia y porcentaje según la edad*

Edad	n	%
Niño (0-11 años)	0	0.00%
Adolescente (12-17 años)	4	9.09%
Joven (18-29 años)	28	63.64%
Adulto (30-59 años)	11	25.00%
Adulto mayor (> 60 años)	1	2.27%
TOTAL	44	100%

Fuente: Elaboración propia

Se aprecia en la tabla 4, que de todos los pacientes que no continuaron con el tratamiento antituberculoso, en su mayoría corresponde a jóvenes entre 18 a 29 años representando el 63.64% (n=28), luego la tendencia disminuye hasta en un 25.00% (n=11) en adultos, seguido de los adolescentes con el 9.09% (n=4) y adulto mayor con 2.27% (n=1), en el caso de niños no se registró ni un caso de abandono de tratamiento.

Figura 1*Gráfica de la frecuencia y porcentaje según la edad*

Fuente: Elaboración propia

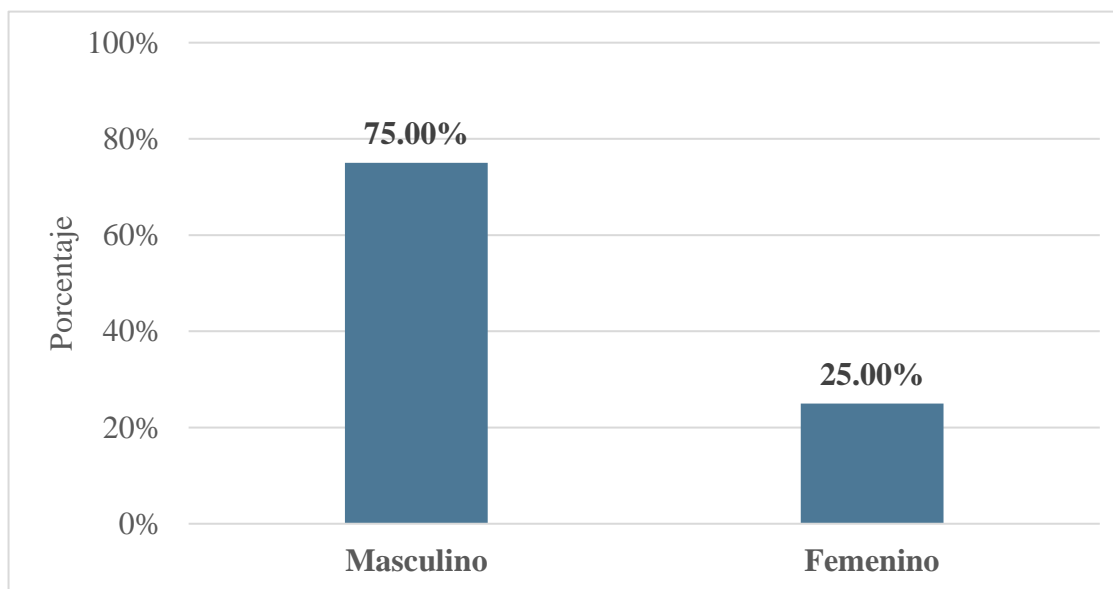
En la Figura 1, se visualiza que la edad que tiene mayor frecuencia al abandono del tratamiento de la tuberculosis radica en el grupo de edad de joven de entre 18-29 años con el 63.64% (n=28).

Tabla 5*Frecuencia y porcentaje según sexo*

Sexo	n	%
Masculino	33	75.00%
Femenino	11	25.00%
TOTAL	44	100%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5, del total de la población (n=44), se observa que el sexo masculino representa el 75.00% (n=33), quienes han dejado de recibir su tratamiento de la tuberculosis, y el femenino el 25% (n=11)

Figura 2*Grafica de la frecuencia y porcentaje según sexo*

Fuente: Elaboración propia

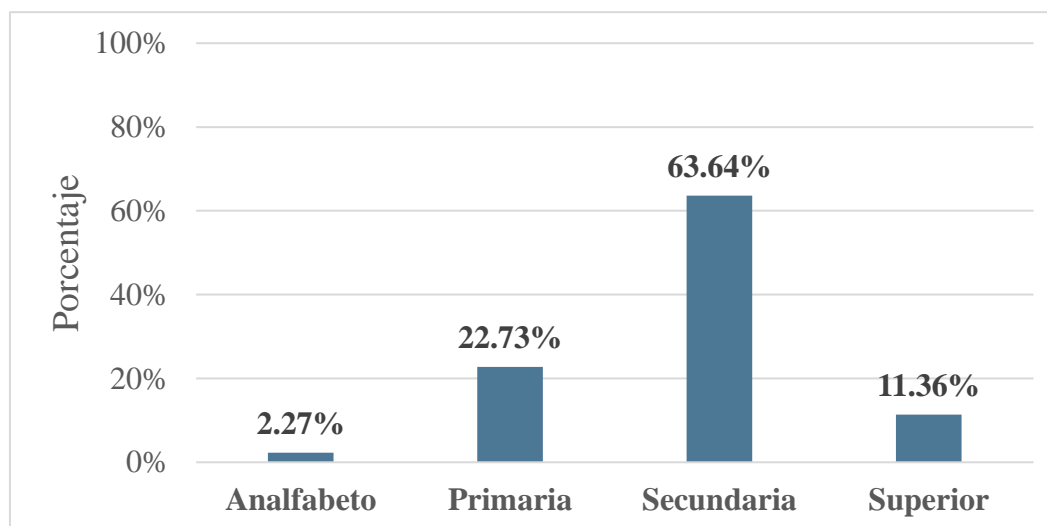
Se observa de la Figura 2, que el mayor porcentaje representan los hombres que abandonan su tratamiento contra la tuberculosis, representado por un 75.00% (n=33).

Tabla 6*Frecuencia y porcentaje según el nivel de instrucción*

Nivel de instrucción	n	%
Analfabeto	1	2.27%
Primaria	10	22.73%
Secundaria	28	63.64%
Superior	5	11.36%
TOTAL	44	100%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6, se evidencia una predominancia en nivel de instrucción de secundaria manifestado por el 63.64% (n=28), seguido por el nivel de instrucción de primaria de 22.73% (n=10), superior con un 11.36% (n=5) y un caso de analfabetismo representando el 2.27%.

Figura 3*Grafica de la frecuencia y porcentaje según el nivel de instrucción*

Fuente: Elaboración propia

En la figura 3, se observa una mayor tendencia en los pacientes con un nivel de instrucción secundaria representado por un 63.64%. que dejaron su tratamiento de la TB.

Tabla 7*Frecuencia y porcentaje según el estado civil*

Estado civil	n	%
Soltero	17	38.64%
Casado	9	20.45%
Conviviente	18	40.91%
Viudo	0	0.00%
TOTAL	44	100%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7, la variable de estado civil, los pacientes que conviven con sus parejas en un 40.91% (n=18) y seguido de los pacientes solteros en un 38.64% (n=17), tienen mayor tendencia al abandono del tratamiento antituberculoso, posteriormente los casados representan el 20.45% (n=9) ocupando el tercer lugar; no se registró ni un caso de pacientes que hayan enviudado.

Tabla 8*Frecuencia y porcentaje según el estado laboral*

Estado laboral	n	%
Asalariado	5	11.36%
Trabajo independiente	13	29.55%
Ama de casa	11	25.00%
Estudiante	3	6.82%
Desempleado	12	27.27%
TOTAL	44	100%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8, se observa tanto a los pacientes que trabajan independientemente, desempleados y amas de casas representan el 29.55% (n=13), 27.27% (n=12) y 25.00% (n=11), respectivamente, no se evidencia una diferencia significativa.

Tabla 9*Frecuencia y porcentaje según el antecedente de contacto*

Antecedente de contacto	n	%
No	28	63.64%
Sí	16	36.36%
TOTAL	44	100%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9, se evidencia que el antecedente de contacto con TB es interpretado por un 36% (n=16) en los pacientes que no se adhirieron al tratamiento.

Tabla 10*Frecuencia y porcentaje según el antecedente de abandono*

Antecedente de abandono	n	%
No	34	77.27
Sí	10	22.73
TOTAL	44	100%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10, los pacientes que tienen como antecedente un previo abandono de tratamiento de tuberculosis es representado en un 22.73% (n=10).

Tabla 11*Frecuencia y porcentajes de los hábitos nocivos*

Variabes	n = 44	%
Alcoholismo		
No	16	36.36
Sí	28	63.64
Tabaquismo		
No	37	84.09
Sí	7	15.91
Drogadicción		
No	15	34.09
Sí	29	65.91

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11, se aprecia los hábitos nocivos (consumo de drogas, tabaco y drogas) y la tendencia a abandonar su tratamiento de la TB, se observa al alcoholismo en un 63.64% (n=28) y la drogadicción en un 65.91% (n=29) como antecedentes de interés.

Tabla 12

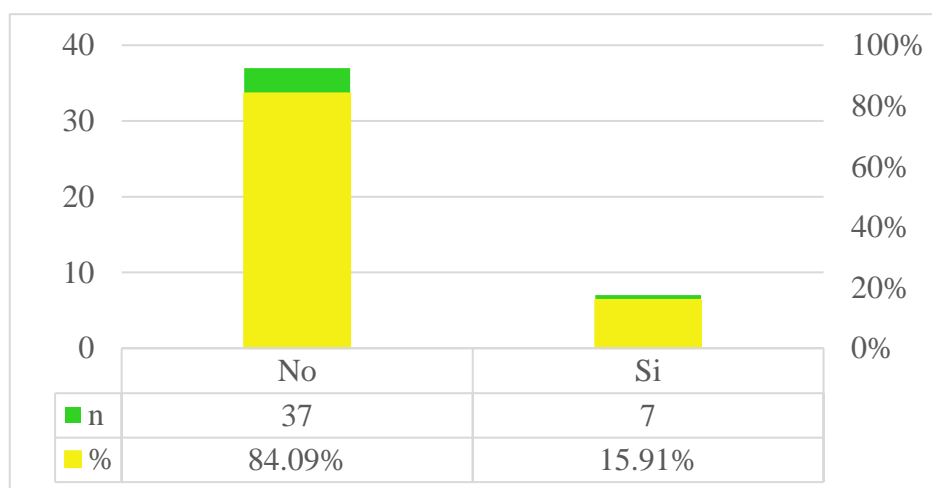
Frecuencia y porcentajes de las características clínicas del abandono de tratamiento antituberculoso por año (2020-2022)

Variables	2020 (n = 14)		2021 (n = 16)		2022 (n = 14)	
	n	%	n	%	n	%
Antecedente de VIH						
No	12	85.71	13	81.25	12	85.71
Si	2	14.29	3	18.75	2	14.29
Antecedente de Diabetes Mellitus II						
No	12	85.71	13	81.25	12	85.71
Si	2	7.14	3	18.75	2	14.29
Reacción Adversa Medicamentosa						
No	11	78.57	14	87.50	11	78.57
Si	3	21.43	2	12.50	3	21.43

Fuente: Elaboración propia

Figura 4

Grafica de la frecuencia y porcentaje según el antecedente de VIH

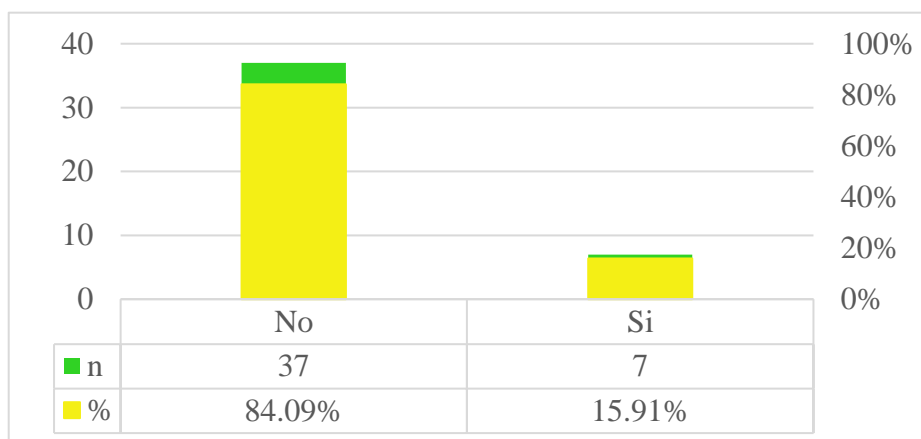


Fuente: Elaboración propia

En la figura 4 se observa que el antecedente de VIH es interpretado con un 15.91% (n=7) en pacientes con abandono de tratamiento de TB evidenciando baja tendencia.

Figura 5

Grafica de la frecuencia y porcentaje según el antecedente de DM II

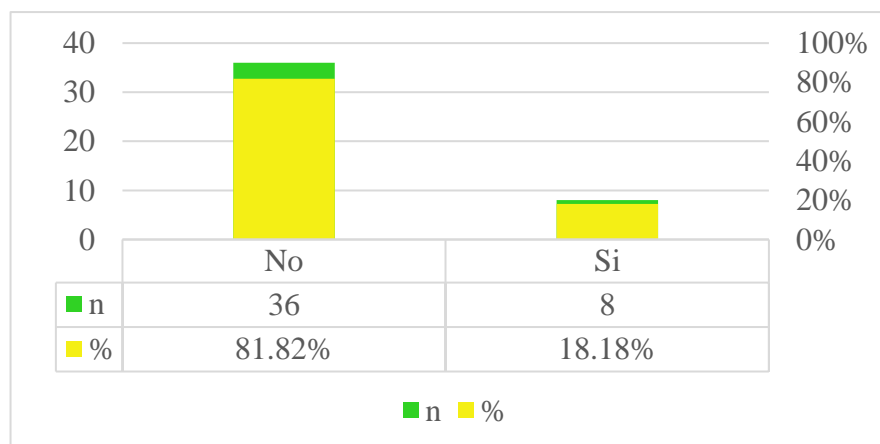


Fuente: Elaboración propia

En la figura 5, pacientes que presentaron como antecedente la Diabetes Mellitus II representa el 15.91% (n=7) de los que no se adhirieron a su tratamiento baja tendencia de abandono de tratamiento.

Figura 6

Grafica de la frecuencia y porcentaje según RAM



Fuente: Elaboración propia

En la figura 6, se evidencia poca influencia de las reacciones adversas medicamentosas (RAM) con los pacientes que descuidaron su tratamiento de TB representado únicamente en un 18.18% (n=8).

I. DISCUSION DE RESULTADOS

En este trabajo se identificó las características sociodemográficas del abandono de tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar, de acuerdo con los datos hallados, observamos que los pacientes del grupo etario joven que abarca de los 18 a 29 años tienen mayor frecuencia en el abandono de tratamiento de TB (63.64%, n=28), seguido de los adultos entre 30-59 años (25.00%, n=11), y la media de edad es 27.59. se parecen estos resultados a los señalados por Saavedra y Alania (2019), cuyo estudio halló más casos de no adherencia de tratamiento entre las edades de 22 a 49 años (71.40%, n=20), y el estudio de Rivadeneira (2022) en el cual también se evidenció un mayor porcentaje (33,3%) entre las edades 25 a 44 años.

Con relación a la variable sexo se evidencia predominio para el abandono al tratamiento de parte del género masculino, interpretado por el 75.00% (n=33), en contraste con el género femenino que equivale al 25.00% (n=11), coincidiendo con el estudio de Reyes (2019) que encontró una mayor influencia del sexo masculino 62.3% (n=254) con respecto al sexo femenino 37.7% (n=154) en el abandono del tratamiento, y de igual manera Salvador (2020), halló que la interrupción del tratamiento se relaciona a los hombres en un porcentaje del 84.38% (n=108).

El nivel de instrucción en este estudio se observó una mayor influencia en los pacientes que terminaron sus estudios de secundaria representando el 63.64% (n=28), en segundo lugar, los de instrucción primaria en la cual la frecuencia disminuye hasta el 22.73% (n=10); sobre esto, el trabajo de Salvador (2020) reafirma lo analizado, encontrando asociación de importancia con el nivel de secundaria con el 53.13% (n=68) y el nivel de primaria con el 20.31% (n=26).

Los pacientes que conviven con su pareja y los pacientes solteros que abandonaron su tratamiento están representados por el 40.91% (n=18) y 38.64% (n=17) respectivamente, no

encontrando gran diferencia significativa. Por el contrario, Antezana (2021) muestra mayoría en los pacientes convivientes con el 47.2% (n=351), encontrándolo en mayor cantidad en el grupo de casos (57.1%) que en el grupo control (46.8%), con respecto a los demás.

Los pacientes que abandonaron tratamiento de acuerdo con su estado laboral, los de trabajo independiente representan el 29.55% (n=13), los desempleados el 27.27% (n=12) y amas de casa el 25.00% (n=11), percibiendo no diferencia significativa entre los tres primeros. Por el contrario, Vargas (2022), en su trabajo se evidencia asociación estadística significativa entre el trabajo independiente- formal y no adherencia del tratamiento con un riesgo de 12.97 veces [OR:12.971; IC95% (2.839-59.260) p=0.001].

En cuanto a las variables antecedentes de contacto con TB y antecedente de abandono previo del tratamiento antituberculoso no son estadísticamente significativos, debido a que solo se presentan en el 36% (n=16) y 22.73% (n=10), respectivamente, lo cual coincide con el trabajo de Antezana (2021) en el que solo se registró el 24.7% refiriendo tener antecedente de contacto familiar, y Reyes (2019) en cuyo estudio el 59.6%% (n=243) no abandonaron previamente el tratamiento.

En el presente estudio, con respecto a los hábitos nocivos resaltan principalmente la drogadicción con mayor tendencia al abandono de tratamiento con un 65.91% (n=29), acompañado del alcoholismo con un 63.64% (n=28); en cambio, en el tabaquismo solo se observó un 15.91% (n=7) asociado a la no adherencia de tratamiento. Al respecto de estos resultados, Saavedra y Alania (2019), en su trabajo, la mayoría de las personas dijeron haber estado consumiendo alcohol durante el tratamiento siendo el 21.3% (n=33), mientras que el consumo de tabaco fue del 10.3% (n=16) y drogas el 9.7% (n= 15). Peres et al. (2020) difiere con los resultados de tabaquismo indicando en su análisis multivariado que los fumadores tienen mayores probabilidades de abandono (aOR = 4,91; IC del 95 %: 1,08, 22,32; p = 0,040)

que los no fumadores, pero discierne con el alcoholismo debido a que no se asoció con el abandono del tratamiento y solo el 17.6% (n=59) se registraron como alcohólicos, este estudio fue realizado en una unidad secundaria de referencia de tuberculosis en Mato Grosso do Sul en Brasil, explicando las diferencias entre las poblaciones y los periodos de tiempo utilizados para realizar estos estudios.

En cuanto a las características clínicas del abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, de acuerdo con las variables se evidencia una tendencia baja de abandono, en ambas variables el antecedente de VIH y DM II previo a la enfermedad de TB es representado por el 15.91% (n=7). Estos resultados se asemejan al trabajo de Salvador (2020), en donde investigó las tasas de diversas comorbilidades de los pacientes que se retiran del tratamiento de tuberculosis en la ciudad de Ica-Perú. observándose el VIH con un 5.47% (n=7) y a la Diabetes con un 2.34% (n=3). En el estudio de Bonilla (2016) se descubrió que el VIH es más frecuente en los pacientes que dejan el tratamiento que en los que no lo hacen, en lo que se refiere a la diabetes y la frecuencia de la no adherencia de tratamiento de TB, recaba que el 47.9% tienen a la diabetes mellitus como comorbilidad.

Finalmente, en relación con las RAM y la no adherencia de tratamiento se obtuvo una poca influencia el cual es representado por un 18.18% (n=8); el estudio de Saavedra y Alania (2019) no coincide con este trabajo, se presenta a las RAM como factores importante personales relacionados con la ausencia de adherencia a la terapéutica de la tuberculosis con el 89.3% (n=25), esto varia debido a la diferencia de poblaciones, a la atención, evaluación profesional y seguimiento del personal responsable.

V. CONCLUSIONES

- Se encontró que el grupo etario joven de 18 a 29 años tenía la mayor frecuencia de no adherencia de tratamiento de la tuberculosis.
- El sexo masculino se manifestó como el género con mayor frecuencia de abandono de no adherencia de tratamiento de la tuberculosis.
- Con relación al nivel de instrucción se muestra que las personas que no se adhieren al tratamiento antituberculoso son los que tienen grado de instrucción secundaria.
- El estado civil relacionado con la no adherencia de tratamiento de la tuberculosis se evidencia a los pacientes convivientes y solteros como principales características.
- La drogadicción y el alcoholismo resaltan como los hábitos nocivos más importantes con mayor tendencia a la no adherencia de tratamiento de la tuberculosis.

VI. RECOMENDACIONES

Esta investigación debe ser comunicado a las autoridades pertinentes y a los profesionales pertenecientes de los centros de salud de la Microred Ricardo Palma-Huarochirí con el fin de tomar decisiones sobre la creación de políticas de salud pública y estrategias para prevenir y controlar la tuberculosis y así disminuir la morbimortalidad y evitar la resistencia al tratamiento de la tuberculosis.

Se debe identificar oportunamente y reforzar las falencias que se evidenciaron en las características sociodemográficas y clínicas para prevenir el abandono de tratamiento por parte de los pacientes.

Dirigirse a el grupo etario joven y al género masculino, implementando programas y charlas educativas, que permita proporcionar más información a los pacientes que recién inician su tratamiento y a la población, instruyéndolos sobre las maneras de contagio, control de contactos y para que entiendan las ventajas de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Mostrar mayor interés en los pacientes con tendencia a la drogadicción y/o consumidores de alcohol que inician tratamiento antituberculoso, realizando seguimientos y controles semanales y estableciendo actividades integrales que puedan ayudarlos con sus problemas personales o familiar.

II. REFERENCIAS

Ambrosio, J. y Thériault, A. (2018). Determinantes socioeconómicos y demográficos de incidencia de la tuberculosis extensamente resistente en el Perú y costos asociados a su tratamiento. [Tesis de posgrado, Universidad del Pacifico]. Repositorio Institucional Universidad del Pacifico. <https://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/2256>

Antezana, I. (2021). Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema TB sensible de los pacientes nuevos BK (+) en la ciudad de Ica 2018-2019. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]. Repositorio Institucional UNICA. <http://repositorio.unica.edu.pe/handle/20.500.13028/3236>

Bezerra, W., Lemos, E., Prado, T., Kayano, L., Souza S., Chaves, C., Paniago, A., Souza, A. y Oliveira S. (2020). Risk Stratification and Factors Associated with Abandonment of Tuberculosis Treatment in a Secondary Referral Unit. Patient Prefer Adherence. 2020; 14:2389-2397. <https://doi.org/10.2147/PPA.S266475>

Bonilla, C. (2016). Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en la región Callao, Perú, años 2010-2012. [Tesis de Posgrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio Institucional Universidad Peruana Unión. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/656>

Bravo, E. (2021). Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el hospital regional de Huacho, 2018. [Tesis de Posgrado, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. Repositorio Institucional Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/4457>

Céspedes, C., López, L., Aguirre, S., y Mendoza-Ticona, A. (2019). Prevalencia de la comorbilidad tuberculosis y diabetes mellitus en Paraguay, 2016 y 2017. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51757/v43e1052019.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Dirección Regional de Salud Lima (2022). Boletín Estadístico de Salud. Dirección Regional de Salud Lima. https://www.diresalima.gob.pe/sistema_doc/#/list_docs/Boletines

Fordham, C. (15 de Setiembre de 2021). Tuberculosis: Natural history, microbiology, and pathogenesis. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/tuberculosis-natural-history-microbiology-and-pathogenesis?search=tuberculosis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H1

Hoursburgh C. (15 de Agosto de 2023). Epidemiology of tuberculosis. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-tuberculosis?search=tuberculosis&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=10#H1

Instituto Nacional de Salud. (29 de marzo de 2022). INS presentó resultados de las acciones que desarrolla en su lucha contra la Tuberculosis en el Perú. Plataforma digital única del Estado Peruano. <https://www.gob.pe/institucion/ins/noticias/595751-ins-presento-resultados-de-las-acciones-que-desarrolla-en-su-lucha-contra-la-tuberculosis-en-el-peru>

Merino, M. (2021). Factores que inciden en el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes que acuden a los subcentros de salud en la ciudad de Milagro, 2019. [Tesis de

Posgrado, Universidad Estatal de Milagro]. Repositorio Institucional de la Universidad Estatal de Milagro. <https://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5748>

Ministerio de Salud. (2017). Situación de TB en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción). Ministerio de Salud. www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf

Moreno, S., Vivancos, M. y Gómez- Ayerbe, C. (2016). Tuberculosis multirresistente: epidemiología actual, esquemas terapéuticos, nuevos fármacos. Rev. Esp Quimioter, 29(1), 35-38. https://seq.es/wp-content/uploads/2015/02/seq_0214-3429_29_sup1_8gomez.pdf

Muñoz, D., Ríos, G., Villalva, C. y Muñoz, S. (2004). Factores asociados al diagnóstico tardío de pacientes con tuberculosis pulmonar en Lima Este, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 21(1), 18-22. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342004000100004&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342004000100004&lng=es&tlng=es)

Organización Mundial de la Salud. (2023). Tuberculosis. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Tuberculosis. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>

Perlaza, C., Mosquera, F., Murillo, L., Sepúlveda, V. y Arenas, C. (2023). Factors of abandonment of tuberculosis treatment in the public health network. Revista de Saúde Pública, 57(1), 8. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004454>

Red de Salud Huarochirí. (2022). Análisis de la situación de salud de la provincia de Huarochirí – 2022. Red de Salud Huarochirí. <http://www.redhuarochiri.gob.pe/rhuarochiri/public/pdf/dis/asis/asis2022.pdf>

Resolución Ministerial N° 752-2018-MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. (17 de agosto del 2018). https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/186939/Resolucion_Ministerial_752-2018-MINSA.PDF?v=1664574455

Reyes, K. (2019). 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. [Tesis de Pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2279>

Ríos, J. (2021). Situación Actual - Estrategias de Prevención y Control de TBC en el Perú: octubre 2021. Ministerio de Salud. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE422021/04.pdf>

Rivadeneira, G. (2022). Factores Que Inciden En El Abandono Del Tratamiento De Tuberculosis Pulmonar En Los Pacientes Atendidos En El Distrito De Salud 08d01 Esmeraldas-Rioverde. [Tesis de Grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/3069>

Rivera, J., Andaluz, D., Garay, J. y Campuzano, B. (2019). La Tuberculosis y su vinculación con la pobreza. RECIAMUC, 2(2), 284-299. <https://doi.org/10.26820/reciamuc/2.2.2018.284-299>

Saavedra, J. y Alania, Z. (2019). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en el Centro de Salud San Cosme, Lima 2018. [Tesis de Pregrado, Universidad María Auxiliadora]. Repositorio Institucional Universidad María Auxiliadora. <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/176>

Salvador, S. (2020). Frecuencia y factores asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en la provincia de Ica. Perú, 2015-2019. [Tesis de Pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Digital Institucional Universidad Cesar Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/56101>

Vargas, J. (2022). 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. [Tesis de Pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5682>

III. ANEXOS

3.1.Anexo A: Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES						
VARIABLES	DIMENSION	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	CATEGORIAS	ESTADIGRAFO
Características Sociodemográficas	Edad	Es el tiempo acontecido en años desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa De razón	años	0= Niño (a) (0-11 años) 1=Adolescente (12-17 años) 2=Joven (18- 29años) 3=Adulto (30-59años) 4=Adulto mayor (>60años)	Frecuencia %
	Sexo	Género orgánico	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	0=Masculino 1=Femenino	
	Nivel de instrucción	Niveles académicos obtenidos durante el aprendizaje	Cualitativa Ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	0=Analfabeto 1=Primaria 2=Secundaria 3=Superior	
	Estado civil	Condición de unión social de pareja	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Conviviente Viudo	0=Soltero 1=Casado 2=Conviviente 3=Viudo	
	Estado laboral	Trabajo, empleo, oficio en que se desarrolla la persona	Cualitativa Nominal	Asalariado trabajo independiente ama de casa estudiante	0= asalariado 1= trabajo independiente 2= ama de casa 3= estudiante	


				desempleado	4= desempleado	
	Antecedente de contacto	Registro de familiares y/o contactos expuesta a TB	Cualitativa Nominal	Si /no	0.no 1.si	
	Antecedente de abandono de tratamiento de TBC	Registro previo de abandono del tratamiento antituberculoso por un periodo de 30 días consecutivos o más.		Si /no	0.no 1.si	
	Consumo de Alcohol	Ingesta de bebida alcohólica en un rango que lo catalogue como posible bebedor problema	Cualitativa Nominal	Si/no	0.no 1.si	
	Consumo de Tabaco	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.	Cualitativa Nominal	Si/no	0.no 1.si	
	Consumo de Drogas	Uso de sustancias alucinógenas o toxicológicas, como conducta de riesgo.	Cualitativa Nominal	Si/no	0.no 1.si	
Factores clínicos	Antecedente de VIH previo a TB	Presencia de VIH previo al diagnóstico de TB en un individuo.	Cualitativa Nominal	Si/no	0.no 1.si	Frecuencia %
	Antecedente de Diabetes Mellitus previo a TB	Presencia de DM previo al diagnóstico de TB en un individuo.	Cualitativa Nominal	Si/no	0.no 1.si	
	Reacción Adversa a medicamentos (RAM)	Cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento	Cualitativa Nominal	Si/no	0.no 1.si	


3.2.Anexo B: Matriz de consistencia

Título de investigación	Problema de Investigación	Objetivo de la investigación	Tipo y diseño de estudio	Población y muestra	Técnica e instrumento
Características sociodemográficas y clínicas del abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Ricardo Palma, Periodo 2020-2022	¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas del abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Ricardo Palma, en el	General: Identificar las características sociodemográficas y clínicas del abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Ricardo	Por la ocurrencia de los hechos: Retrospectivo. Por la toma de datos o acopio de la información: Transversal. Por el Análisis y alcance de los resultados: Cuantitativo, sin manipulación,	La población lo integró los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que recibieron tratamiento antituberculoso en la Microred Ricardo Palma – Huarochirí durante el periodo 2020-2022. No se considera el cálculo del tamaño de la muestra debido a que se estudia a todos los pacientes que abandonaron el tratamiento en la Microred	Para la realización de este estudio se utilizó la base de datos del servicio de estadística de la Microred Ricardo Palma, que se basa en las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis pulmonar durante el periodo del 2020-2022. Se realizó la elaboración de una “plantilla tipo formato” en Microsoft Excel para la realización

	periodo 2020-2022?	Palma, durante el periodo 2020-2022.	observacional, descriptivo.	Ricardo Palma – Huarochirí durante el periodo 2020-2022, cumpliendo 44 historias clínicas registradas siendo seleccionadas de acuerdo con criterios de inclusión y exclusión.	del vaciado estadístico con los datos requeridos de la investigación, para su análisis con el uso de la estadística (porcentajes y frecuencias).
--	--------------------	--------------------------------------	-----------------------------	---	--

3.4. Anexo D: Solicitud a la Microred Ricardo Palma- Huarochirí


**Universidad Nacional
Federico Villarreal**



FACULTAD MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"
OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO
 "Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Lima, 02 de agosto de 2023

C.D.
MAGALLANES QUISPE, JOSÉ
JEFE MICRORED RICARDO PALMA- RED HUAROCHIRÍ
Presente.-


ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTO DE TESIS.


Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente, asimismo presentar al bachiller de la escuela profesional de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal:

BLANCA ELENA MEDINA SANTIAGO, quien desarrollará un Trabajo de Investigación en el Centro que pertenece a su jurisdicción. El Proyecto de Tesis es para la obtención del título profesional de médico cirujano; **Titulado:** "CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DEL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED RICARDO PALMA, PERIODO 2020-2022", que será presentado a su Despacho, física y virtualmente según los requisitos estipulados, así como el compromiso de entrega de los resultados finales del estudio.

Contando con su gentil apoyo para la autorización respectiva, reitero mi mayor consideración y alta estima personal

Atentamente,


Dr. DANTE CARLOS PANZERA GORDILLO
JEFE
GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO


Gobierno Regional de Lima
Red de Salud Huarochirí
C.D. José Magallanes Quispe
JEFE MICRORED RICARDO PALMA