



FACULTAD DE MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD VILLA VICTORIA

PORVENIR

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Autora:

Ayala Sánchez, Gema Alexandra

Asesor:

Zamora Diaz, Bivio

Jurado:

Delgado Rojas, Percy Alfonso

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Garcia Gutierrez, Edwin Teodosio

Lima - Perú

2021



Referencia:

Ayala, G. (2021). *Perfil epidemiológico y clínico de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5268>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO
DE SALUD VILLA VICTORIA PORVENIR

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Autora:

Ayala Sánchez, Gema Alexandra

Asesor:

Zamora Diaz Bivio

Jurado:

Delgado Rojas, Percy Alfonso

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Garcia Gutierrez, Edwin Teodosio

Lima - Perú

2021

Dedicatoria:

Dedicado a mis padres, que con tanto sacrificio me han dado la herramienta más importante para enfrentar a la vida, mi carrera profesional, además de haberme dado una crianza basada en valores, normas, respeto y libertades; siempre incentivándome a lograr mis objetivos. A mis ángeles que siempre me demuestran que están allí ayudándome, cuidándome. Y finalmente, pero no menos importante, a mis tíos que siempre me han ayudado a lo largo de este camino.

Agradecimiento:

Agradezco profundamente a mi alma mater y a los maestros que me formaron durante mi etapa académica y me apoyaron cuando acudí a ellos por ayuda.

Mi agradecimiento a las autoridades y personal del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir por el apoyo brindado a la realización de mi tesis.

Así como al Dr. Jimmy Pérez, mi tutor de internado por todo el apoyo brindado durante mi último año de formación.

Índice

Dedicatoria:	ii
Agradecimiento:	iii
Índice	iv
Índice de tablas	iv
Índice de figuras	ivi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
I. Introducción	9
1.1. Descripción y formulación del problema:.....	9
1.2. Antecedentes	11
1.3. Objetivos	20
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	20
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	20
1.4. Justificación	20
II. Marco Teórico.....	22
2.1. Bases teóricas.....	22
III. Método.....	29
3.1. Tipo de Investigación.....	29
3.2. Ámbito temporal y espacial	29
3.3. Variables	29
3.4. Población y muestra.....	34
3.5. Instrumento	35
3.6. Procedimiento	35
3.7. Análisis de datos	35
3.8. Consideraciones éticas	35
IV. Resultados.....	37
V. Discusión de Resultados	48
VI. Conclusiones	59
VII. Recomendaciones	60
VIII. Referencias.....	61
IX. Anexos	66

Índice de tablas

Tabla 1.	30
Tabla 2.	37
Tabla 3.	37
Tabla 4.	38
Tabla 5.	38
Tabla 6.	39
Tabla 7.	39
Tabla 8.	40
Tabla 9.	41
Tabla 10.	41
Tabla 11.	42
Tabla 12.	42
Tabla 13.	43
Tabla 14.	43
Tabla 15.	44
Tabla 16.	44
Tabla 17.	45
Tabla 18.	45
Tabla 19.	46

Índice de Figuras

Figura 1.....	47
----------------------	-----------

Resumen

Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes atendidos con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en los meses de enero del 2015 a diciembre del 2020. **Método:** Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes. Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos; el análisis de datos fue de frecuencias y porcentajes. **Resultados:** De las características epidemiológicas prevalentemente fueron del género masculino (66,2%), adulto joven entre los 18-35 años (52,9%), con nivel de educación secundaria (51,5%), soltero (60,3%), no población vulnerable (92,6%). En relación a las características clínicas vacunado con BCG (80,9%), no contacto familiar con TBC (64,7%), diagnosticados por baciloscopia (75%), con un resultado positivo “+” (38,2%), cultivo positivo (77,9%), perfil de sensibilidad pansensible (86,8%), recibiendo tratamiento de esquema sensible (86,8%), condición de ingreso caso nuevo (82,4%), egresado como curado (92,6%). **Conclusión:** De las características epidemiológicas predominó el género masculino entre las edades de 18 – 35 años, con nivel de instrucción secundaria, solteros que procedían de la Urb. Villa Victoria Porvenir. De las características clínicas, no tenían contacto familiar TBC, diagnosticados por baciloscopia, que recibieron como tratamiento esquema sensible y egresaron curados. Del perfil de sensibilidad se resalta la monoresistencia, la cual estuvo presente en todos los años de estudio. El mayor número de casos reportados de tuberculosis pulmonar se dieron en el año 2015, en comparación al resto de los años.

Palabras clave: perfil epidemiológico, perfil clínico, tuberculosis pulmonar.

Abstract

Objective: To determine the epidemiological and clinical profile of patients treated with a diagnosis of pulmonary tuberculosis at the Villa Victoria Porvenir Health Center in the months of January 2015 to December 2020. **Method:** Descriptive, retrospective cross-sectional study. The sample consisted of 68 patients. As an instrument, a data collection sheet was used; the data analysis was of frequencies and percentages. **Results:** Of the epidemiological characteristics, they were predominantly male (66.2%), young adult between 18-35 years (52.9%), a secondary education level (51.5%), single (60.3 %), not vulnerable population (92.6%). Regarding the clinical characteristics, vaccinated with BCG (80.9%), no family contact with TB (64.7%), diagnosed by sputum AFB smear (75%), with a positive result "+" (38.2%), positive culture (77.9%), sensitive sensitivity profile (86.8%), receiving treatment with a sensitive scheme (86.8%), admission condition new case (82.4%), discharged as cured (92, 6%). **Conclusion:** Of the epidemiological characteristics, the male gender prevailed between the ages of 18 - 35 years, with a secondary education level, single men who came from the Urb. Villa Victoria Porvenir. Of the clinical characteristics, they had no family contact TB, diagnosed by smear microscopy, who received a sensitive scheme as treatment and were discharged cured. From the sensitivity profile, monoresistance stands out, which was present in all the years of study. The highest number of reported cases of pulmonary tuberculosis occurred in 2015, compared to the rest of the years.

Keywords: epidemiological profile, clinical profile, pulmonary tuberculosis.

I. Introducción

Actualmente la tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública a nivel nacional, pese a los esfuerzos realizados aun con las mejoras en las estrategias de diagnóstico, tratamiento y abordaje del paciente a lo largo de los años.

Y al vernos afectados por una pandemia llamada COVID-19, todos los esfuerzos por controlar la propagación de la tuberculosis se vieron frenados e incluso disminuidos, por lo que en el retorno a mejorar los esfuerzos para frenarla resulta de suma importancia el conocimiento del perfil epidemiológico y clínico del paciente, siendo ello lo que se buscará en la presente investigación en pacientes atendidos en un establecimiento de salud de primer nivel de atención.

Además, con lo datos representativos obtenidos se buscará aportar en el desarrollo y mejoras de estrategias contra la tuberculosis.

1.1.Descripción y formulación del problema:

En el informe regional realizado en el año 2019 de Tuberculosis en Latinoamérica, nos dice que siguiendo el mismo ritmo que se tenía de descenso de la mortalidad y la incidencia de la TB no se lograrían las metas ni tampoco los hitos propuestos por la OMS. Pero pudiendo considerarse posible el poder alcanzar los hitos propuestos al 2025, si se tuviera la aceptación y adecuación correcta, además de una extensión universal de las herramientas ya definidas y establecidas, sumado con el ansiado logro de la cobertura universal de la salud y la ejecución de las medidas para abordar los determinantes como también las consecuencias, en ambos casos sociales de la tuberculosis.

Actualmente la enfermedad por tuberculosis es la causa número 17 de mortalidad total en el Perú, debido a su componente principalmente social, pero no el único, pues la pobreza y la desnutrición también son componentes de estas ya que conllevan a una

disminución del sistema inmunológico y predisposición al desarrollo de la enfermedad, además de los problemas naturalmente endémicos en el Perú.

En el Perú, como estrategia para combatir al problema de salud pública, se crea la Ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú y su Reglamento (Decreto Supremo 021-2016), en el que se declara de interés nacional la lucha contra la TB en el país, determinándose así a la TB como una política de Estado, estableciéndose límites, como la atención de la TB en un establecimiento de salud privado, quiere decir que se podrá hacer el diagnóstico de tuberculosis en un establecimiento de salud privado sin embargo este deberá ser derivado previa coordinación a un centro de Essalud o Minsa, para seguir el tratamiento y control necesario, además se prohíbe la venta libre de los medicamentos antituberculosos. (Alarcón *et al.*, 2017).

Sin embargo, el año 2019 fueron notificados 32.970 casos, de los cuales se determinó una tasa de incidencia de 88,6 casos nuevos de TB por cada 100 mil habitantes, siendo entonces el Perú uno de los países con mayor número de casos de tuberculosis en las Américas. Cabe destacar que las cifras describieron que hubo un aumento de los casos notificados con referencia a los años anteriores. Lo que podría haberse debido al aumento en la identificación de sintomáticos respiratorios, que tomando en cuenta los últimos 5 años y describiéndolos en números absolutos, alcanzaron el valor de 2.049.897 sintomáticos respiratorios identificados el año 2018. (Aguilar-León, *et al.* 2020).

Aunque se tienen valores estadísticos de la incidencia, prevalencia de la tuberculosis en el Perú, y a pesar de existir una ley de control y prevención aún no hay estudios suficientes acerca de los datos de vigilancia, perfil clínicos y epidemiológicos que conllevarían a mejoras en la estrategia de abordaje para el manejo del paciente. Por lo que se plantea la siguiente pregunta: **¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes atendidos con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de**

Salud Villa Victoria Porvenir durante el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2020?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

Castañeda-Martínez *et al.*, (2019). Realizó un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en los pacientes con tuberculosis, el estudio fue de tipo observacional, analítico, de corte transversal, en los años 2015 - 2018. Constó de 328 pacientes enfermos de tuberculosis, de los cuales el 56% eran del sexo masculino, siendo el rango de edad en el que se encontró mayor número de casos, el de 65 años a más en un 20%, el 28% tenía por ocupación ser ama de casa, además en cuanto al nivel educativo, el 32% tenían como nivel primario, del lugar de procedencia el 30% acudían de la jurisdicción Lázaro Cárdenas. De la enfermedad, el 70% se encontraba afectado por la tuberculosis de tipo pulmonar, recuperándose y diagnosticándolos como curados en el 88%, sin embargo, en cuanto a las comorbilidades el 25% padecía además diabetes mellitus. Además, con respecto a las pruebas de asociación con los factores de riesgo, se encontró que en cuanto a los jubilados presentaban 1.24 veces más riesgo, asociándolo a que en este rango de encuentran los mayores de 65 años, de los cuales se encontró que su riesgo era 1.21 veces más, finalmente el riesgo era 1.15 veces mayor en los pacientes del sexo masculino. Siendo la asociación estadísticamente significativa solo en los casos de tuberculosis pulmonar con, los pacientes varones, con edades mayores de 65 y que eran jubilados además aquellos que padecían diabetes mellitus tipo 2.

Águila *et al.*, (2018). En su estudio tuvo como objetivo en su estudio analizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con tuberculosis en el municipio Cumanayagua de la provincia Cienfuegos, en el período 2007-2017. Teniendo como muestra a 24 pacientes que fueron diagnosticados con tuberculosis. De las variables utilizadas se tuvieron como

resultados que hubo un mayor número de casos de TB en el año 2013. Del análisis epidemiológico, la edad de los pacientes afectados se encontró mayoritariamente entre las edades de 55 a 59 años, el sexo prevalente fue el masculino, de ocupación jubilado en primer lugar, seguido de obrero agrícola. En cuanto a los factores de riesgo se describe en mayor porcentaje el tabaquismo seguido del alcoholismo. Del análisis clínico los síntomas descritos con mayor frecuencia fueron tos, pérdida de peso, astenia y fiebre, al realizárseles la baciloscopia diagnóstica el 66,7% obtuvo resultado positivo, siendo además el 62,5% diagnosticado en un establecimiento de salud de segundo nivel de atención. Concluyeron entonces con los resultados obtenidos, que estos eran similares a los encontrados en la literatura revisada, destacando que la dificultad en el enfrentamiento a la enfermedad se encontraría en el limitado diagnóstico en el primer nivel de atención en salud, teniendo que revisarse con ello el desarrollo y la efectividad del programa de prevención y control de la tuberculosis.

Milton *et al.*, (2017). Realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de serie de casos. En el que describieron el comportamiento clínico-epidemiológico de la TB pulmonar, así como los indicadores operacionales seleccionados del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en los años 2006 - 2015, del que se obtuvieron los resultados de 169 pacientes que formaron parte del estudio y los cuales habían sido atendidos en la provincia de Cienfuegos. La mayoría fue del sexo masculino, con mayor incidencia en el año 2014; en cuanto al método diagnóstico utilizado fue la baciloscopia, resultando en 128 de los pacientes como positivo. Al analizarse los indicadores, se encuentran fluctuaciones en el cumplimiento de los indicadores denominados pesquisa, lugar de diagnóstico, demora diagnóstica y tratamiento, rescatando que en la mayoría de los pacientes se hizo la evaluación por la enfermedad. Por otro lado, se encontró que el indicador mejor cumplido fue el tiempo entre la presencia de los primeros síntomas y la

primera atención en el establecimiento de salud. Concluyendo entonces que si bien la incidencia de la TB fue variable en los años en cuestión hubo un incumplimiento progresivo en cuanto a la ejecución de los indicadores operacionales del PNCT, interpretándose como posibles subdiagnósticos en los pacientes, además de la propagación de la enfermedad en la comunidad, por un mal manejo del PNCT, no tomándole la debida importancia de la tuberculosis como un problema de salud pública, de parte de los profesionales en salud, como de los recursos humanos quienes brindan sus servicios en el nivel primario de atención en salud.

Hernández-Guerrero *et al.*, (2016) en su estudio tuvo como objetivo determinar el perfil clínico y social de los pacientes con tuberculosis de la unidad de medicina familiar (UFM) numero 33, en el distrito de Reynosa, México, lo cuales fueron atendidos en el periodo del año 2008 al año 2012. Realizando entonces un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se determinó de sus resultados que la afectación de TB con respecto al perfil social fue, en cuestión del género, un 56% de hombres y 44% de mujeres; la edad media de desarrollar tuberculosis, presentado entonces sintomatología, fue de 32 años; en cuanto a la escolaridad el 18% de la población en estudio habían realizados estudios de preparatoria completa, entendiéndose esto en la educación peruana como estudio de una carrera técnica en un instituto de educación superior tecnológico el cual otorgará el título de técnico, y un 18% también, había realizado la secundaria completa. En su mayoría, el 33% de la población en estudio provenían o tenían como lugar de residencia el estado de Tamaulipas. La ocupación que desempeñaban los participantes fue en mayor número, ser operario de máquinas en el sector maquilador en un 38% de la población, seguido inmediatamente de ser ama de casa en un 22%. Si bien el mayor porcentaje de la población en estudio no tenía toxicomanías (94%), el 6% restante, si presentaban alguna, como es el alcoholismo en un 4%,

tabaquismo en un 1%, y finalmente el 1% restante consumía algún otro tipo de droga. En cuanto al perfil clínico, la mayoría de los participantes no presentaban comorbilidad alguna, sin embargo, de las enfermedades como comorbilidades más frecuentes fueron, en primer lugar, la Diabetes Mellitus 2 que estuvo presente en el 25% de los participantes del estudio, seguido por VIH/SIDA presente en un 3% y finalmente la desnutrición en un 1%. El cuanto al método diagnóstico de tuberculosis utilizado en un 100% fue clínico, seguido de un 90% mediante la carga bacilar, encontrándose que el 67% de estos tenían como resultado positivo, destacándose que de ese 67%, el 19% había sido reportado como positivo “+++”, interpretando de ese resultado que las muestras eran muy bacilíferas, por la tanto el paciente muy contagiante. La localización más frecuente de ubicación de la TB fue la localización pulmonar, en el 89% de los casos. Respecto de las manifestaciones de la enfermedad, el primer signo fue la tos. Y finalmente se describe que el 80% de la población estudiada que recibió tratamiento fue catalogada como curada, el 4% abandonó el tratamiento.

Morgado *et al.*, (2012), realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, el cual tuvo como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas de la población diagnosticada de tuberculosis y que fue atendida en una red de salud universitaria en Santiago de Chile entre los años 2000-2010, para con ello poder determinar los factores de riesgo así como su importancia, y una vez determinado ello establecer estrategias diagnósticas así como preventivas en los grupos vulnerables al desarrollo de la enfermedad. Se contó con una muestra de 158 pacientes en la que se encontró con respecto a las características epidemiológicas que la edad media fue de 53 años y del género, el 55,1% eran mujeres, de los factores de riesgo considerados en el estudio se encontró que el 32,9% eran adultos mayores, seguido de un 4,4% de la muestra que eran trabajadores del sector salud y un 3,9% que eran inmigrantes; además al describir las

comorbilidades presentes en los pacientes el 10,1% de los estudiados presentaba algún antecedente de alguna patología del aparato respiratorio, el cual era de larga data, quiere decir enfermedad crónica, seguido de un 8,2% de pacientes quienes padecían diabetes mellitus. Al hablar de las características clínicas se describe que si bien la mayor parte de los pacientes presenta como forma más frecuente la tuberculosis pulmonar, se debe tener en consideración que el 42%, un número bastante importante, presentaba tuberculosis extrapulmonar, en cuanto al compromiso del sistema inmunológico tomado en cuenta en el estudio, el 28% de los pacientes presenta un sistema inmunológico suprimido, debido al uso de fármacos inmunosupresores en el 16,6% de ellos, seguido de la infección por VIH en el 11,7%; del tratamiento antituberculoso indicado a los pacientes, el 21,3% presentó toxicidad, descrita como casos de alteración en los análisis de perfil hepático, reacciones alérgicas, hiperuricemia y neuritis óptica. Finalmente, del estudio concluyen que más de la tercera parte de los pacientes en estudio pertenecen al grupo de los pacientes considerados vulnerables pudiéndose intervenir mediante una búsqueda activa de los pacientes con tuberculosis latente para poder darles el tratamiento adecuado y oportuno evitando así la propagación de la enfermedad en la población.

Rojas *et al.*, (2010). Su estudio fue un ensayo clínico multicéntrico, descriptivo, en el que se establecieron las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas y el desenlace de la terapia antituberculosa, de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva en Cali, Colombia. Formando parte del estudio 106 pacientes los cuales fueron diagnosticados mediante el método de baciloscopia, con resultado positivo en el tiempo comprendido entre abril del 2005 al mes de junio del 2006, atendidos en los establecimientos de salud de la red pública de Cali, los cuales recibieron seguimiento por 30 meses y se recolectó la información clínica y epidemiológica necesaria. Teniendo como resultado, en cuanto a la información epidemiológica que la

mayoría de la población en estudio eran varones jóvenes. De la información clínica, se había hecho el diagnóstico de tuberculosis en un tiempo mayor a 9 semanas, desde que habían comenzado a presentar síntomas de la enfermedad; una vez habiéndose realizado la baciloscopia como método diagnóstico se observó que la gran mayoría era muy positiva “++” o “+++”, entendiéndose ello como una proliferación bacilífera bastante alta, y de la prueba de sensibilidad el 7,6% presentaba resistencia a alguno de los medicamentos antituberculosos considerados como de primera línea del tratamiento acortado estrictamente supervisado –Directly Observed Treatment, Short-course, DOTS de sus siglas en inglés, la comorbilidad presente con mayor frecuencia fue la coinfección VIH presente en el 5,7% de los sujetos en estudio. De la respuesta a la terapia antituberculosa se tuvo un éxito importante ya que el 86,8% de los participantes del estudio completaron el tratamiento y finalmente fueron diagnosticados como curados, el 8,5% abandonó el tratamiento.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Yucra (2019). Determinó el perfil epidemiológico y su relación con el tiempo para hacer una conversión bacilar del paciente con diagnóstico de tuberculosis atendido en el Hospital Regional PNP de Arequipa en los años 2016-2017. El estudio fue de tipo retrospectivo, transversal, correlacional. Los resultados obtenidos fueron que en relación a la incidencia hallada tuvo una tendencia creciente de 34.47x100,000 habitantes al año 2017 respecto del 2016. De las características epidemiológicas el 73,9% de los pacientes del estudio eran adultos jóvenes, en su mayoría con un 82,6% de sexo masculino, teniendo como ocupación el 69,6% el ser policía, además el 82,6% establecía como lugar de procedencia la región de Arequipa, en las viviendas se mostraba de forma muy evidente que el principal problema para el desarrollo de la enfermedad, era el hacinamiento, presente en el 52,2% de las viviendas de las personas tratadas, posiblemente asociado a

nivel socioeconómico regular. Con respecto a la sintomatología presentada el 69,6% refería haber tenido tos, además de una importante baja de peso, de manera fortuita, en el 56,5% de los casos; el 52,2% de los pacientes del estudio presentaron la tuberculosis de tipo pulmonar, el tratamiento antituberculoso recibido en el 82,6% de los casos fue el esquema sensible, para finalmente terminar el tratamiento exitosamente y diagnosticarlos como curados en el 95,7% de ellos. La conversión bacilar observada al mes del tratamiento fue favorable en el 57,1% de la muestra. Concluyendo entonces que no se encontró relación entre el perfil epidemiológico y el tipo de tuberculosis que desarrolle el paciente, además tampoco se encontró relación respecto a la conversión bacilar.

Alarcón *et al.*, (2017). Realizó un estudio cuyo objetivo fue revisar la situación epidemiológica en la que se encontraba la enfermedad de la tuberculosis en el Perú, sistematizando los avances logrados durante la gestión del equipo de Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de la Tuberculosis, por sus siglas ESNPCT, entre los años 2011 y 2015 desde el abordaje biológico y médico, de la gestión pública y en los determinantes sociales de salud. Llegando a la conclusión que durante el periodo de tiempo en estudio se lograron importantes avances con respecto al control de la tuberculosis, viéndose reflejado en la disminución de la incidencia de forma sostenida, así como el respaldo de parte del Estado peruano con la Ley 30287 y su Reglamento. Sin embargo, se concluye que aún queda un mucho por recorrer para conseguir los hitos establecidos por la OMS y declarar al Perú libre de TB con una tasa de incidencia que sea menor o igual a 10 casos x 100 mil habitantes al año 2035.

Carrasco (2016). Tuvo como objetivo describir el perfil epidemiológico y clínico de pacientes enfermos por Tuberculosis, que fueron atendidos en el Centro de Salud Santa Fe en la provincia constitucional del Callao en los años 2011-2015. Con un tipo de diseño observacional, descriptivo de corte transversal y retrospectivo. Los resultados

encontrados fueron que durante el periodo 2011- 2015 la prevalencia de la enfermedad fue disminuyendo de un 16,5% a un 10,9% al año 2015. De las características epidemiológicas se describe que el 32% eran adultos, siendo la mayoría de ellos de sexo masculino en un 65%, trabajadores independiente con estado civil solteros en su mayoría, con respecto a si recibieron la vacuna de BCG, el 94% de los pacientes sí lo había hecho, el estado nutricional fue descrito como normal en el 56%, además la mayoría tenía como lugar de procedencia la urbanización Santa Marina Sur, negaron tener hábito nocivo alguno el 51% de los pacientes y el 76% no pertenecían a ningún grupo vulnerable. De las características clínicas resultó que el 76% de los pacientes en estudio presentaron tuberculosis de tipo pulmonar, el otro 34% presentaron tuberculosis de tipo extrapulmonar y la localización más frecuente fue en la pleura, en cuanto a las baciloscopias tomadas al momento del diagnóstico del paciente el 61% presentaba resultado positivo, destacando que de estos la mayoría, el 33%, presentaba solo una cruz, seguido de ello en la prueba de sensibilidad resultó que el 90% de los casos eran pansensibles, por lo que recibieron el esquema sensible como tratamiento antituberculoso, en cuanto a la condición de ingreso el 76% fueron catalogados como casos nuevos, egresando como curados en el 73% de los casos, finalmente el 37% presentaba alguna comorbilidad, resaltando de estas el VIH como la enfermedad más frecuente con un 9%, seguida de la diabetes mellitus presente en el 6% de los pacientes.

Ccora y Meza (2014). Describieron el comportamiento epidemiológico y clínico de los pacientes con tuberculosis, quienes fueron atendidos en el Centro de Salud Santa Ana en el departamento de Huancavelica, durante los años 2012- 2013. Tuvo un diseño de investigación de tipo no experimental transeccional descriptivo. Obteniendo como resultados que del comportamiento epidemiológico el 53,8% de los pacientes en estudio eran del sexo masculino, perteneciente al grupo etáreo joven, en su mayoría solteros y de

ocupación en el 30.8% desempleados. Al describirse el comportamiento clínico se observa que el mayor número de pacientes presentaban la tuberculosis de tipo pulmonar, representando el 61,5%, además al momento de comenzar el tratamiento antituberculoso fueron ingresados como casos nuevos en el 84,6% debido a que era la primera vez que se enfermaban de tuberculosis y recibían tratamiento, la cicatriz de la vacuna BCG también fue considerada como variable en el estudio encontrándose que el 53,8% no la presentaban, significando un gran riesgo a la salud de ellos ya que significa una mayor predisposición a desarrollar las formas más graves de tuberculosis, finalmente los signos y síntomas más frecuentemente descritos fueron la fiebre, presente en el 92,3% de los pacientes seguidos de la tos en el 76,9% de ellos.

Choque (2013). Realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en el que se describió el perfil epidemiológico y clínico de pacientes con Tuberculosis que fueron atendidos en la Microred Cono Norte, del departamento de Tacna en el año 2012. Tomando como muestra 117 pacientes que habían sido atendidos por el programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en los meses de enero a octubre del año 2012. Teniendo como resultados que el 53,8% de los participantes del estudio eran de sexo masculino, pertenecientes al grupo etáreo denominado como adulto joven, que tenían como ocupación ser estudiante en el 29,9% de los pacientes, además el 86,3% de la muestra evidenciaban cicatriz de haber recibido la vacuna BCG. De las características clínicas, el método diagnóstico utilizado con mayor frecuencia para diagnosticar la enfermedad de tuberculosis fue la baciloscopia en el 62,4% de los pacientes, en cuanto al tipo de tuberculosis el 74,4% presentaban tuberculosis pulmonar, al ingreso al tratamiento antituberculoso el 87,2% de los pacientes fueron catalogados como casos nuevos, además el 41% presentaban como hábitos nocivos el tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas; el haber tenido contacto con alguna persona cercana con tuberculosis también fue

considerado como variable, describiéndose entonces que el 40,2% habría tenido algún contacto tuberculosis, finalmente el estado nutricional encontrado en los pacientes estudiado fue descrito como normal en el 52,1%.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes atendidos con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud VILLA VICTORIA PORVENIR durante el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar las características epidemiológicas de los pacientes atendidos con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud VILLA VICTORIA PORVENIR.

Identificar las características clínicas de los pacientes atendidos con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud VILLA VICTORIA PORVENIR.

Identificar la mayor frecuencia de casos de pacientes atendidos con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud VILLA VICTORIA PORVENIR.

1.4. Justificación

La presente investigación se justificó debido a la necesidad de reconocer el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes con tuberculosis pulmonar en un centro de salud de primer nivel de atención porque, aunque se tienen valores estadísticos de la incidencia, prevalencia de la tuberculosis en el Perú, los cuales aún se mantienen en números altos y nos reporta como el segundo país con mayor casos de tuberculosis en toda la región de las Américas, no hay estudios suficientes de estos perfiles, los que llevan a tener una visión más clara del paciente al cual se enfrenta y en quién se busca además de mejorar

su salud por medio del abordaje y tratamiento, la prevención de contagio en su entorno evitando la propagación de la tuberculosis.

Además, son las regiones de Lima y Callao en las que se reporta el mayor número de casos, en el Perú, con una concentración del 64%. Y en estas, así como en las principales ciudades, finalmente los más afectados por tuberculosis son los pacientes con nivel socioeconómico bajo.

Por este motivo la investigación es relevante y genera una base de datos para futuros trabajos en relación al tema en nuestra institución como en nuestro país, así como también permitirá generar mejoras en las estrategias de lucha contra la tuberculosis en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir.

II. Marco Teórico

2.1. Bases teóricas

2.1.1. Tuberculosis pulmonar

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por la bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*, la cual ataca de forma más frecuente a los pulmones, pero que sin embargo tiene la capacidad también de atacar cualquier otro órgano del cuerpo humano. La literatura la describe como una enfermedad curable y prevenible.

Esta enfermedad se relaciona con la pobreza afectando en la mayoría de los casos y en una gran magnitud a los grupos más vulnerables y marginales donde quiera que ocurra esto. Los grupos vulnerables que se han identificado a lo largo de los años como: personas enfermas por el VIH, drogadictos, alcohólicos, personas en hacinamiento de las cuales podemos considerar dentro de ellas a las personas presas en un centro penitenciario, vagabundos. (Sanchez y Jara, 2019).

2.1.2. Etiología

Su etiología está basada en la bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch, la cual puede ser observada solo a través de un microscopio. Este bacilo suele ingresar al cuerpo humano por el tracto respiratorio, alojándose en los pulmones o cualquier otro órgano.

Se contagia casi exclusivamente por inhalación de partículas dispersas en el ambiente producidas en la tos de una persona infectada. Es por ello que se ve aumentada la posibilidad de contagio en los espacios cerrados, de escasa ventilación y que se encuentran superpoblados, describiéndose ello como el hacinamiento en las viviendas o instituciones. Además, debemos tener en cuenta que existen algunas cepas más

contagiosas que otras, que igualmente van a generar la enfermedad, pero en grados de complejidad diferente.

2.1.3. Características Clínicas de la Tuberculosis

La sintomatología suele ser ignorada por el paciente hasta que esta limita su actividad cotidiana, sin embargo, cuando llegan a la consulta presentan algunos síntomas que nos harán sospechar de un posible caso de tuberculosis y son los siguientes:

- Tos con expectoración por 15 días o más
- Fiebre y sudoración nocturna
- Falta de apetito
- Pérdida de peso
- Cansancio y decaimiento
- Dificultad para respirar o dolor en el pecho

Una persona que presente 1 o más de los síntomas en mención o que haya tenido contacto con una persona enferma de TB, tiene una alta probabilidad de estar desarrollando la enfermedad.

Una vez dada la exposición a un paciente infeccioso, la persona puede encontrarse infectada de forma subclínica o latente, quiere decir asintomática, encontrándose generalmente de esta forma debido a una respuesta inmune la cual es desarrollada por células, que evitarán la activación o desarrollo de la infección a la enfermedad, además de hacer imposible la identificación de alguna cepa de *M. tuberculosis*. La manifestación clínica del paciente es reflejo de los daños histopatológicos hechos por la infección de forma no controlada por TB. La tuberculosis en la mayoría de los casos va a afectar principalmente los pulmones, sin embargo, se ha encontrado que hasta en un tercio de los pacientes se puede encontrar afectados en otras partes del cuerpo. (Ahmad, 2011).

2.1.4. Tratamiento

El tratamiento actual de la TB tiene como tiempo mínimo 6 meses, el mismo que viene siendo utilizado desde hace décadas. A la actualidad se han dado diversos intentos por acortar el tiempo de tratamiento a menos de 6 meses, sin embargo, todos han terminado fracasando. En los últimos años se han dado grandes avances en cuanto a fármacos se refiere, ya que se han descrito nuevos fármacos que podrían contribuir al tratamiento de la TB en un futuro cercano, y que en la actualidad ya se utilizan contra la TB con multifármaco resistencias.

El tratamiento de primera línea de la TB sensible a los medicamentos está compuesto por dos fases, la primera que consta de una terapia intensiva por 2 meses con los fármacos rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, los cuales serán ingeridos por el paciente de forma diaria, luego la segunda fase que consta de una terapia interdiaria por 4 meses con los fármacos rifampicina e isoniacida.

Del tiempo de tratamiento de la TB extrapulmonar, este varía según en donde se encuentre la infección, pudiendo ser 12 meses por ejemplo en el caso de encontrarse en las meninges. Luna (2015).

2.1.4.1. Resistencia. La tuberculosis multirresistente (TB MDR) a fármacos se define como la cepa de *M. tuberculosis* resistente a los fármacos isoniazida y rifampicina, los cuales son los principales medicamentos en la primera línea de tratamiento. Diversos estudios nos han dicho que las personas enfermas por TB MDR presentan los peores resultados clínicos en comparación con los pacientes diagnosticados con tuberculosis sensible a los medicamentos. Se estima que la mortalidad causada por TB MDR está entre 19% y 27%, si se asocia con VIH las cifras ascienden a 28%.

Existe una particularidad en el tratamiento de los coinfectados VIH, porque existe una interacción farmacológica entre las rifamicinas con dos familias de antirretrovirales, estos son: inhibidores de las proteasas, y los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos, este problema radica en la inducción e inhibición del citocromo p450. Por lo que se recomienda tratar prioritariamente a la TB posponiendo en el caso que sea posible 4 a 8 semanas el tratamiento antirretroviral. Cabe mencionar que con respecto a la adherencia correcta al tratamiento antituberculoso en relación a la aceptación/cumplimiento, se destaca la importancia que el paciente conozca sobre la infección que lo está afectando y su respectivo tratamiento. (Sanchez y Jara, 2019).

Con respecto a los otros tipos de resistencia a fármacos, la norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, publicada en el año 2013 por el Ministerio de Salud del Perú, nos describe los casos de resistencia de la siguiente manera:

- a) TB pansensible.* Es el tipo de tuberculosis en el que se demuestra que tiene sensibilidad a todos los medicamentos de primera línea de tratamiento, mediante pruebas de sensibilidad convencional.
- b) TB multidrogorresistente (TB MDR).* Se describe como la resistencia a los fármacos isoniazida y rifampicina, identificado mediante pruebas convencionales de sensibilidad.
- c) TB extensamente resistente (TB XDR).* Se describe como la resistencia a los fármacos de segunda línea de tratamiento (amikacina, kanamicina o capreomicina) mediante prueba rápida molecular o convencional.

d) Otros casos de TB drogoresistente. Se describe como la resistencia a medicamentos anti-tuberculosis pero que no cumple con los criterios para ser considerada TB MDR. Pueden ser:

- **TB monorresistente.** Se describe como la resistencia a un solo fármaco anti-tuberculosis identificado mediante una prueba de sensibilidad de tipo convencional.
- **TB polirresistente.** Se describe como la resistencia a más de un medicamento anti-tuberculosis pero que no cumple los criterios para ser considerada TB MDR, identificado mediante una prueba de sensibilidad de tipo convencional.

2.1.5. Características Epidemiológicas de la Tuberculosis

La TB sigue siendo la enfermedad infecciosa más letal del mundo. Siendo la causante de muerte de más de 4000 personas en el mundo, de las 30 000 personas que aproximadamente se contagian de esta enfermedad, números que son alarmantes ya que hablamos de una enfermedad que a la actualidad se considera sobre todo prevenible y curable. Características que, mediante las estrategias tomadas a nivel mundial como lucha contra la TB, ha salvado 58 millones de vidas en los últimos 20 años.

Siendo la estrategia denominada Fin a la Tuberculosis, el establecer objetivos intermedios a desarrollarse entre los años 2020 y 2025 y metas a largo plazo entre los años 2030 y 2035, con la finalidad de la disminución de los números de casos y muertes por tuberculosis. Las metas para 2030 son la reducción de la mortalidad por tuberculosis a un 10% de los casos, así como la reducción en la tasa de incidencia a un 20% en comparación a los números descritos en el año 2015. Los objetivos intermedios para 2020 son una reducción del 35% en el número de muertes por tuberculosis, una reducción del 20% en la tasa de incidencia de la enfermedad y reducir los costos catastróficos que

conlleva estar enfermo de TB, afrontados por el paciente y su familia, a cero. (World Health Organization. 2020).

Sin embargo, en el año 2019, se reportó que la tasa de incidencia de tuberculosis se encontraba en la Región de Asia Sudoriental de la OMS, en la que se registraron el 44% de los casos nuevos, seguida de la Región de África de la OMS, con el 25%, y la Región del Pacífico Occidental de la OMS, con el 18%.

En 2019, se reportó que el 87% de los casos nuevos de TB, se encontraban en 30 países, siendo estos los que representan la mayor parte de enfermos por tuberculosis. Sin embargo, de estos países, 8 representaban las dos terceras partes de los casos nuevos de TB los cuales fueron: la India, Indonesia, China, Filipinas, Pakistán, Nigeria, Bangladesh y Sudáfrica. (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Si describimos la carga de la tuberculosis, esta va a depender de diversos factores como son la edad, el sexo, la ubicación geográfica, el estadio del VIH en caso la persona se encuentre infectada por el VIH y el estado de resistencia a los medicamentos. Por lo tanto, estos son factores que se deben tomar en cuenta al realizar alguna investigación de la tendencia de la TB. Además, se debe considerar que en diversos países la carga de la enfermedad ha cambiado debido a la transición epidemiológica. Como tal, al comparar los estragos de la tuberculosis en la economía de un país, enfocarse en la demografía podría resultar de gran relevancia para enfocar los recursos necesarios a la inversión en investigación y otros. (Chee *et al.*, 2018)

La tuberculosis (TB) pulmonar, en el Perú es la causa número 17 de muerte, debido a su asociación con la pobreza y desnutrición, problemas que se consideran lamentablemente endémicos. En el año 2019 se reportaron 32.970 casos de tuberculosis, siendo su tasa de incidencia de 88,6 casos nuevos x 100 mil habitantes, números que

revelan un aumento de casos en comparación a los reportados en años anteriores, lo que podría deberse a la identificación de un mayor número de sintomáticos respiratorios, viéndose reflejado ello en los números absolutos reportados, que se vieron incrementados año tras año en los últimos 5 años, siendo el número final de 2.049.897 sintomáticos respiratorios identificados. (ár-León *et al.*, 2020).

Según el Ministerio de Salud del Perú, la tuberculosis es considerada como un problema de salud pública, debido a los diversos factores, como son entre los más importantes, la poca adherencia al tratamiento que presentan las personas que padecen dicha enfermedad. (Meza-Condezo *et al.*, 2018).

Es importante señalar la vigencia de la “Norma Técnica de Salud para la Atención integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis” publicada por el MINSA en el año 2014, documento en el que se incorpora mejoras en la estandarización del manejo del programa de tuberculosis, desde la ESNPCT, que cuenta con instrumentos esenciales para el registro y posterior seguimiento como monitoreo de la salud de los pacientes, además de documentos acerca de la gestión del programa.

III. Método

3.1. Tipo de Investigación

Estudio no experimental de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La información fue obtenida tanto del libro de registro como también de las historias clínicas, siendo los datos vaciados a una ficha de datos, elaborada para recolectar los datos de todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar atendidos en el centro de salud Villa Victoria Porvenir en el periodo 2015-2020.

El Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, es un establecimiento de salud de categoría I-3, perteneciente a la DIRIS Lima Centro, ya que está ubicado en Lima Metropolitana, específicamente en el distrito de Surquillo.

En donde se brinda el servicio de consulta externa ambulatoria de tres grandes especialidades las cuales son: medicina general, gineco-obstetricia general y pediatría general, además de realizar importantes programas como el Programa de Control y Prevención de tuberculosis, así como también de atención integral: Atención Integral del Adulto y Adulto Mayor, de la Mujer y Mujer Gestante y Atención Integral del Niño y del Adolescente.

3.3. Variables

Tabla 1.*Operacionalización de variables*

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LA DIMENSIÓN	INDICADOR
Perfil epidemiológico	Es la identificación de la ocurrencia de la enfermedad en la población en función a la estructura epidemiológica de ella	Grupo etéreo	Cualitativa	Ordinal	18 -35 años 36 - 64 años 65 a más años	%
		Género	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	%
		Nivel de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	%
		Ocupación	Cualitativa	Nominal	Desocupado Estudiante Ama de casa Comerciante Chofer/cobrador Obrero Vigilante Independiente Otros	%
		Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado/ separado	%

		Lugar de procedencia	Cualitativa	Nominal	Urb. San Borja Urb. Esquivel Urb. Corpac Urb. Zona 7-B Urb. Torres de Limatambo Urb. Santo Tomas Urb. Primavera de Monterrico Urb. Villa Victoria Porvenir.	%
		Población vulnerable	Cualitativa	Nominal	Ex Interno de centro Penitenciario Centro de rehabilitación Trabajador de salud Otros Ninguno	%
Perfil clínico	Son las características que se asocian a las personas afectadas por la enfermedad	Vacuna BCG	Cualitativa	Nominal	Sí No	%
		Hábitos nocivos	Cualitativa	Nominal	Tabaco Alcohol Drogas Ninguno	%
		Antecedente familiar o cercano con TB	Cualitativa	Nominal	Sí No	%
		Criterio diagnóstico	Cualitativa	Nominal	Baciloscopia Cultivo Clínico	%

				Radiológico PPD		
		Cultivo diagnostico	Cualitativa	Nominal	Positivo Negativo	%
		Perfil de sensibilidad	Cualitativa	Nominal	Pansensible Monoresistente MDR XDR Poliresistente	%
		Esquema de tratamiento	Cualitativa	Nominal	Esquema sensible Esquema estandarizado Esquema individualizado Esquema empírico	%
		Baciloscopia diagnostico	Cualitativa	Nominal	Positivo (+, ++ o +++) Negativo	%
		Condición de ingreso	Cualitativa	Nominal	Nuevo Recaída Abandono Recuperado	%
		Condición de egreso	Cualitativa	Nominal	Curado Fracaso Abandono Fallecido	%
		Comorbilidad	Cualitativa	Nominal	Diabetes Mellitus VIH/SIDA Cáncer Hepatitis Crónica Gastritis	%

					Asma / EPOC Otros Sin comorbilidad	
		Grupo etáreo	Cualitativa	Ordinal	18 -35 años 36 - 64 años 65 a más años	%

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Está constituido por los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud “Villa Victoria Porvenir” Surquillo, en el periodo de enero 2015 a diciembre 2020.

3.4.2. Muestra

La muestra fue obtenida por un muestreo no probabilístico, por conveniencia, la cual finalmente estuvo conformada por 68 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

3.4.3. Criterios de selección

i. Criterios de inclusión

- Pacientes registrados en el programa de Prevención y Control de Tuberculosis del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, como tuberculosis pulmonar durante el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2020.
- Pacientes que han recibido tratamiento antituberculoso, en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir.
- Pacientes mayores de 18 años

ii. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar
- Paciente con datos incompletos en el libro de registro
- Paciente con datos incompletos y que no sean legibles en su historia clínica
- Pacientes menores de edad (menor de 18 años)

3.5. Instrumento

3.5.1. Técnica

La técnica utilizada fue la observación.

3.5.2. Instrumento

El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. Ver Anexo A

En cuanto a la unidad de análisis, fueron las historias clínicas y libro de registro y seguimiento de los pacientes con tuberculosis que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.6. Procedimiento

Se realizó la revisión respectiva de las historias clínicas así como también el libro de registro y seguimiento de pacientes que reciben tratamiento antituberculoso, siendo los datos recopilados ingresados una ficha de recolección de datos, en el tiempo de 60 días, de forma inter diaria entre las 9 y 12 horas; previo a ello, se coordinó y pidió la autorización respectiva de la Médico Jefe y personal de archivo del establecimiento de salud, a cargo de la investigadora y colaborador que fue capacitado para tal tarea.

3.7. Análisis de datos

Se utilizó la estadística descriptiva de frecuencia con el paquete estadístico SPSS Statistics versión 25 y finalmente los resultados fueron vertidos en tablas y figuras con el uso del programa Excel 2016.

3.8. Consideraciones éticas

Se respetaron los aspectos éticos expuestos en la declaración de Helsinki, como el anonimato de los pacientes en estudios, el uso de los datos obtenidos fue utilizados solo

con fines académicos. Además, no fue necesario el uso de un consentimiento informado, ya que no hubo un trato directo con el paciente.

IV. Resultados

4.1. Características epidemiológicas

4.1.1. Género

Tabla 2.

Análisis descriptivo según el sexo de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Género	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Masculino	14	20,6	12	17,6	4	5,9	8	11,8	14	20,6	12	17,6	4	5,9
Femenino	5	7,4	2	2,9	2	2,9	9	13,2	5	7,4	2	2,9	2	2,9

Fuente: Realizado por la investigadora

Se observa, la mayoría de las personas afectadas por la tuberculosis pulmonar fueron del género masculino en un 66,2%, respectivamente del género femenino con un 33,8%; sin embargo, el género femenino en el año 2018 fue el más afectado.

4.1.2. Grupo Etario

Tabla 3.

Análisis descriptivo según el grupo etáreo de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Grupo Etario	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
18 – 35 años	11	16,2	10	14,7	2	2,9	9	13,2	2	2,9	2	2,9	36	52,9%
36 – 64 años	4	5,9	3	4,4	4	5,9	6	8,8	6	8,8	1	1,5	24	35,3%
65 a más años	4	5,9	1	1,5	0	0	2	2,9	0	0	1	1,5	8	11,8%

Fuente: Realizado por la investigadora

Distribuidos según grupo etario, observamos que un poco más de la mitad de los casos de tuberculosis pulmonar se encuentran distribuidos en el grupo etario de 18 a 35 años en un 52,9%, seguido del grupo de 36 a 64 años con un 35,3% y finalmente el grupo de mayores de 65 años con 11,8%. Destacando que en el año 2017 y 2019, el grupo más afectado fueron los que se encontraban entre las edades de 36 a 64 años.

4.1.3. Nivel de instrucción

Tabla 4.

Análisis descriptivo según el nivel de instrucción de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Nivel de instrucción	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Secundaria	7	10,3	11	16,2	1	1,5	11	16,2	4	5,9	1	1,5	35	51,5%
Superior	9	13,2	3	4,4	5	7,4	4	5,9	3	4,4	2	2,9	26	38,2%
Primaria	2	2,9	0	0	0	0	2	2,9	1	1,5	1	1,5	6	8,8%
Analfabeto	1	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,5%

Fuente: Realizado por la investigadora

De la tabla se observa que el 51,5% de la población estudiada tenían el grado de instrucción de secundaria, seguido de eso con un 38,2% las personas con grado de instrucción superior y finalmente en un menor porcentaje los que tenían nivel primaria y analfabetos respectivamente.

4.1.4. Ocupación

Tabla 5.

Análisis descriptivo según la ocupación de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Ocupación	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ama de casa	4	5,9	1	1,5	0	0	6	8,8	3	4,4	1	1,5	15	22,1%
Estudiante	5	7,4	4	5,9	1	1,5	2	2,9	1	1,5	1	1,5	14	20,6%
Desocupado	5	7,4	3	4,4	1	1,5	4	5,9	1	1,5	0	0	14	20,6%
Independiente	1	1,5	0	0	2	2,9	3	4,4	1	1,5	0	0	9	13,2%
Obrero	1	1,5	5	7,4	0	0	0	0	2	2,9	2	2,9	8	11,8%
Comerciante	1	1,5	1	1,5	0	0	1	1,5	0	0	0	0	3	4,4%
Otros	1	1,5	0	0	2	2,9	0	0	0	0	0	0	3	4,4%
Chofer/Cobrador	1	1,5	0	0	0	0	1	1,5	0	0	0	0	2	2,9%

Fuente: Realizado por la investigadora

Se observa que la ocupación con mayor porcentaje con un 22,1% se encuentra el ser ama de casa, seguidos con un 20,6% los que eran estudiantes y los desocupados, que en su mayoría fueron jubilados, luego de ello se encuentra los independientes con un 13,2%, después los obreros con un 11,8% para finalmente encontrarse con un 4,4%,

comerciantes y los que tenían otras ocupaciones como abogado, administrador y médico; y con un 2,9% los choferes/cobradores respectivamente. Destacándose que las amas de casa fueron el grupo con mayor número de afectados en el año 2018.

4.1.5. Estado civil

Tabla 6.

Análisis descriptivo según el estado civil de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Estado civil	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Soltero	10	14,7	11	16,2	4	5,9	10	14,7	3	4,4	3	4,4	41	60,3%
Conviviente	1	1,5	2	2,9	1	1,5	6	8,8	3	4,4	0	0	13	19,1%
Casado	7	10,3	0	0	1	1,5	1	1,5	1	1,5	0	0	10	14,7%
Viudo	1	1,5	0	0	0	0	0	0	1	1,5	1	1,5	3	4,4%
Divorciado/Separado	0	0	1	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,5%

Fuente: Realizado por la investigadora

Se describe de las personas afectadas por la tuberculosis pulmonar, el 60,3% se encontraban solteros, seguidos en porcentaje por los que eran conviviente con un 19,1%, luego los casados que fueron un 14,7%, y finalmente en un menor porcentaje los viudos y divorciados/separados respectivamente.

4.1.6. Población vulnerable

Tabla 7.

Análisis descriptivo según poblaciones vulnerables de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Poblaciones vulnerables	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ninguno	17	25	12	17,6	6	8,8	16	23,5	8	11,8	4	5,9	63	92,6%
Ex interno penitenciario	2	2,9	1	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4,4%
Trabajador de salud	0	0	1	1,5	0	0	1	1,5	0	0	0	0	2	2,9%

Fuente: Realizado por la investigadora

Según su condición de población vulnerable por haber sido ex interno penitenciario o trabajador de salud, se encuentra que en la población el 92,6% no

pertenecía a ninguno de estos grupos, solo el 4,4% fue ex interno penitenciario y el 3% trabajador de salud, interno de medicina y un médico.

4.1.7. Lugar de procedencia

Tabla 8.

Análisis descriptivo según el lugar de procedencia de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Lugar de procedencia	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Urb. Villa Victoria Porvenir	4	5,9	7	10,3	1	1,5	3	4,4	3	4,4	2	2,9	20	29,4%
Urb. Torres de Limatambo	4	5,9	3	4,4	2	2,9	3	4,4	3	4,4	2	2,9	17	25%
Urb. Primavera de Monterrico	3	4,4	3	4,4	0	0	7	10,3	1	1,5	0	0	14	20,6%
Urb. Zona 7-B	3	4,4	1	1,5	1	1,5	2	2,9	0	0	0	0	7	10,3%
Urb. Santo Tomas	2	2,9	0	0	1	1,5	1	1,5	1	1,5	0	0	5	7,4%
Urb. San Borja	2	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,9%
Urb. Esquivel	1	1,5	0	0	0	0	1	1,5	0	0	0	0	2	2,9%
Urb. Corpac	0	0	0	0	1	1,5	0	0	0	0	0	0	1	1,5%

Fuente: Realizado por la investigadora

Se observa que, el 29,4% de los casos provenían de la Urb Villa Victoria Porvenir, seguido del 25% ubicado en la Urb de Torres de Limatambo, el 20,6% en la Urb Primavera de Monterrico, luego el 10,3% en la Urb Zona 7-B, perteneciendo estas urbanizaciones a los distritos de Surquillo y los 3 últimos mencionados al distrito de San Borja. Finalmente, en un menor porcentaje las urbanizaciones de Santo Tomas con un 7,4%, Urb San Borja y Urb San Esquivel con un 2,9% y con 1,5% la Urb Corpac, todas ellas ubicadas en el distrito de San Borja.

4.2. Características clínicas

4.2.1. BCG

Tabla 9.

Análisis descriptivo según BCG de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

BCG	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	16	23,5	14	20,6	5	7,4	13	19,1	4	5,9	3	4,4	55	80,9%
No	3	4,4	0	0	1	1,5	4	5,9	4	5,9	1	1,5	13	19,1%

Fuente: Realizado por la investigadora

Se describe que el 80,9% de la población estudiada con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, contaban con cicatriz de la vacuna BCG, mientras que el 19,1% no presentaban la cicatriz.

4.2.2. Antecedente contacto familiar TB

Tabla 10.

Análisis descriptivo según antecedente de contacto familiar TB de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Antecedente contacto familiar TB	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
No	17	25	7	10,3	3	4,4	8	11,8	6	8,8	3	4,4	44	64,7%
Sí	2	2,9	7	10,3	3	4,4	9	13,2	2	2,9	1	1,5	24	35,3%

Fuente: Realizado por la investigadora

De la población estudiada, el mayor porcentaje con un 64,7% no contó con antecedente de haber tenido algún familiar o persona cercana con diagnóstico de tuberculosis, contrastado frente a un 35,3% de la población que sí tuvo antecedente.

4.2.3. Criterio diagnóstico

Tabla 11.

Análisis descriptivo según el criterio diagnóstico en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Criterio diagnóstico	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Baciloscopia	15	22,1	10	14,7	3	4,4	14	20,6	7	10,3	2	2,9	51	75%
Radiológico	3	4,4	2	2,9	2	2,9	2	2,9	1	1,5	1	1,5	11	16,2%
Clínico	1	1,5	1	1,5	1	1,5	1	1,5	0	0	1	1,5	5	7,4%
Cultivo	0	0	1	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,5%

Fuente: Realizado por la investigadora

De la tabla se describe que el criterio diagnóstico en el 75% de la población del estudio fue la baciloscopia, en menor porcentaje con un 16,2% el criterio diagnóstico fue radiológico y con porcentajes mucho menores el criterio clínico con un 7,4%, finalmente con cultivo solo el 1,5% de la población fue diagnosticado.

4.2.4. Baciloscopia diagnóstica

Tabla 12.

Análisis descriptivo según la baciloscopia diagnóstica en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Baciloscopia diagnóstica	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
+	7	10,3	5	7,4	3	4,4	7	10,3	4	5,9	0	0	26	38,2%
Negativo	4	5,9	4	5,9	2	2,9	3	4,4	1	1,5	2	2,9	16	23,5%
++	4	5,9	1	1,5	1	1,5	5	7,4	1	1,5	1	1,5	13	19,1%
+++	4	5,9	4	5,9	0	0	2	2,9	2	2,9	1	1,5	13	19,1%

Fuente: Realizado por la investigadora

Se describe que, en su mayoría, el resultado de la baciloscopia diagnóstica fue positiva, distribuyéndose de la siguiente manera el 38,2% una cruz, el 19,1% dos cruces, otro 19,1% con tres cruces. Y el 23,5% de las muestras estudiadas fueron negativas.

4.2.5. Cultivo diagnóstico

Tabla 13.

Análisis descriptivo según el cultivo diagnóstico en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Cultivo diagnóstico	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Positivo	11	16,2	13	19,1	5	7,4	12	17,6	8	11,8	4	5,9	41	77,9%
Negativo	8	11,8	1	1,5	1	1,5	5	7,4	0	0	0	0	13	22,1%

Fuente: Realizado por la investigadora

De la tabla se observa que, de las muestras cultivadas de la población en estudio, el 77,9% fueron de resultado positivo, mientras que el 22,1% fueron negativas.

4.2.6. Perfil de sensibilidad

Tabla 14.

Análisis descriptivo según el perfil de sensibilidad en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Perfil de sensibilidad	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Pansensible	16	23,5	12	17,6	5	7,4	15	22,1	7	10,3	4	5,9	59	86,8%
Monoresistente	1	1,5	2	2,9	1	1,5	2	2,9	1	1,5	0	0	7	10,3%
MDR	2	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,9%

Fuente: Realizado por la investigadora

Se describe que, al haber realizado el perfil de sensibilidad en las muestras de los pacientes en estudio, el mayor porcentaje resultó ser pansensible con un 86,8%, seguido de ello con un 10,3% se encontraron muestras monoresistentes y un 2,9% del total MDR, reportándose solo 2 casos en el año 2015.

4.2.7. Esquema de tratamiento

Tabla 15.

Análisis descriptivo según el esquema de tratamiento de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Esquema de tratamiento	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Esquema sensible	15	22,1	12	17,6	6	8,8	15	22,1	7	10,3	4	5,9	59	86,8%
Esquema individualizado	2	2,9	2	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5,9%
Esquema empírico	1	1,5	0	0	0	0	2	2,9	1	1,5	0	0	4	5,9%
Esquema estandarizado	1	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,5%

Fuente: Realizado por la investigadora

Se observa que los esquemas de tratamiento dados a los pacientes del estudio, la gran mayoría con un 86,8% recibió un esquema sensible, el 5,9% recibió un esquema estandarizado, otro 5,9% recibió un esquema individualizado, y finalmente solo el 1,5% de la población recibió un esquema estandarizado.

4.2.8. Condición de ingreso

Tabla 16.

Análisis descriptivo según su condición de ingreso de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Condición de ingreso	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Nuevo	15	22,1	11	16,2	6	8,8	13	19,1	7	10,3	4	5,9	56	82,4%
Recaída	4	5,9	3	4,4	0	0	4	5,9	1	1,5	0	0	12	17,6%

Fuente: Realizado por la investigadora

Al observar la condición de ingreso de los pacientes al tratamiento, se distribuyeron en pacientes nuevos y recaídas, siendo en su mayoría, un 82,4% pacientes nuevos y un 17,6% como recaída.

4.2.9. Condición de egreso

Tabla 17.

Análisis descriptivo según su condición de egreso de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Condición de egreso	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Curado	18	26,5	12	17,6	6	8,8	17	25	7	10,3	3	4,4	63	92,6%
Abandono	0	0	2	2,9	0	0	0	0	1	1,5	0	0	3	4,4%
Fallecido	1	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,5	2	2,9%

Fuente: Realizado por la investigadora

Se describe que los pacientes al salir del programa se catalogaron como curados en la mayoría, el 92,6% de los pacientes concluyeron el tratamiento de tuberculosis exitosamente, sin embargo, el 4,4% abandonó el tratamiento y el 2,9% fallecieron debido a las comorbilidades que presentaban.

4.2.10. Hábitos nocivos

Tabla 18.

Análisis descriptivo según hábitos nocivos de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Hábitos nocivos	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ninguno	13	19,1	6	8,8	2	2,9	8	11,8	4	5,9	3	4,4	36	52,9%
Tabaco	4	5,9	5	7,4	4	5,9	9	13,2	4	5,9	1	1,5	27	39,7%
Alcohol	4	5,9	6	8,8	1	1,5	4	5,9	3	4,4	1	1,5	19	27,9%
Drogas	4	5,9	5	7,4	0	0	3	4,4	1	1,5	0	0	13	19,1%

Fuente: Realizado por la investigadora

De la tabla se describe que el 52,9% de la población en estudio no presentaban ningún hábito nocivos, sin embargo, el 39,7% era consumidora de tabaco, el 27,9% de alcohol y el 19,1% había consumido o era consumidor de drogas.

4.2.11. Comorbilidad

Tabla 19.

Análisis descriptivo según comorbilidades de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Comorbilidades	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin comorbilidad	11	16,2	8	11,8	2	2,9	7	10,3	3	4,4	1	1,5	32	47,1%
Gastritis	0	0	3	4,4	2	2,9	5	7,4	1	1,5	0	0	11	16,2%
VIH	3	4,4	2	2,9	1	1,5	2	2,9	2	2,9	0	0	10	14,7%
Cardiopatía	2	2,9	0	0	0	0	1	1,5	1	1,5	2	2,9	6	8,8%
HTA	2	2,9	0	0	1	1,5	1	1,5	0	0	0	0	4	5,9%
DM II	0	0	1	1,5	0	0	1	1,5	1	1,5	0	0	3	4,4%
Asma/EPOC	1	1,5	1	1,5	0	0	0	0	0	0	1	1,5	3	4,4%
Cáncer	1	1,5	1	1,5	0	0	0	0	0	0	1	1,5	3	4,4%
Hepatitis crónica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,5	0	0	1	1,5%

Fuente: Realizado por la investigadora

Se observa que el 47,1% no presentaban ninguna comorbilidad, el 16,2% padecía de gastritis, el 14,7% VIH, el 8,8% tenía alguna cardiopatía, el 5,9% HTA, y otras comorbilidades con un porcentaje menor del 5% tenemos a la diabetes mellitus, cáncer, asma/epoc, y hepatitis crónica.

4.3. Distribución de casos por año

Tabla 20.

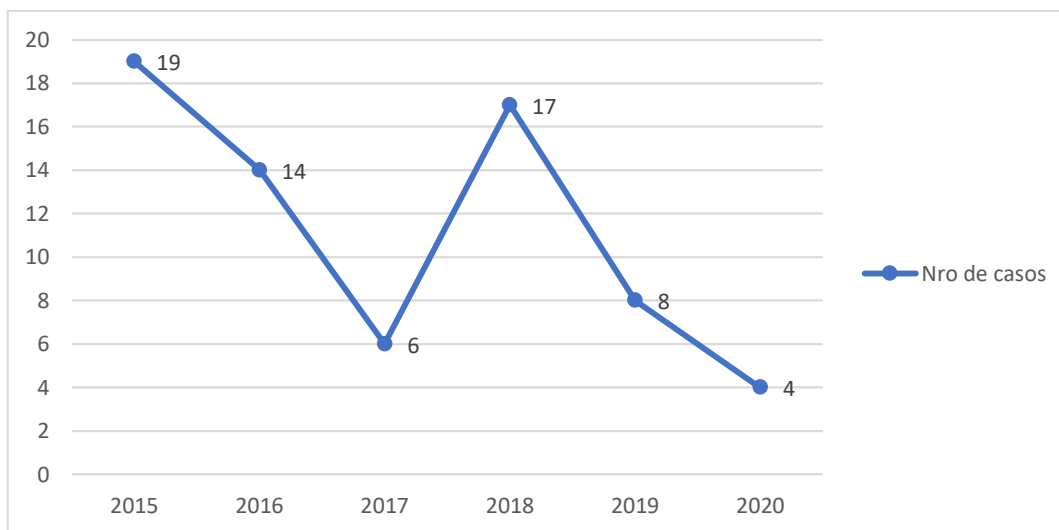
Análisis descriptivo según número de casos por año de diagnóstico

	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Distribución	19	27,9	14	20,6	6	8,8	17	25	8	11,8	4	5,9	68	100%

Fuente: Realizado por la investigadora

Figura 1.

Distribución de casos según año de diagnóstico



Se observa que la tendencia de número de casos es fluctuante, encontrándose picos en los años 2015, en el que se encuentra el mayor número, otro pico en el año 2018.

V. Discusión de Resultados

Del objetivo específico 1, identificar las características epidemiológicas, de los pacientes atendidos con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el C.S Villa Victoria Porvenir en los años 2015-2020. Encontramos los resultados observados en los cuadros, pudiendo determinarse que el género mayormente afectado fue el masculino en un 66,2%, el grupo etáreo en el que más prevaleció la enfermedad fue en el adulto joven entre los 18 a 35 años, 52,9%; con respecto al grado de instrucción se encontró que el 51,5% tenían educación secundaria, el 22,1% tenía por ocupación ser ama de casa, con respecto al estado civil el 60,3% fueron solteros, además el 92,6% no pertenecían a la población vulnerable, y finalmente el 29,4% residía en la urbanización Villa Victoria Porvenir.

Resultados que son concordantes por ejemplo con el estudio realizado por Sotelo (2020), en pacientes atendidos en el C.S del Agustino en el año 2019, en el que el perfil epidemiológico fue ser varón (65%), con estudios de nivel secundario (78%), se encontraban entre las edades de 19 a 64 años (80,7%), además predominantemente eran solteros (47,8%), de ocupación obreros (23%) y el 92% no constituían ser una población vulnerable.

Así mismo, en un estudio realizado por Blas y Liñan (2016), en pacientes con Tuberculosis, atendidos en el centro de salud Coishco en Chimbote en los años 2011 – 2015, concluyeron que, en el perfil epidemiológico de los pacientes en cuestión, fue que el 57,1% fue del sexo masculino, predominando las edades entre los 15 y 24 años en el 33,9%, además el 33,3% eran estudiantes, de estado civil soltero en el 57,1%.

Contrastados estos resultados con la información brindada por la OMS en los años 2018, 2019, nos dice que a nivel mundial la carga de la enfermedad es mayor en los varones con 82,8%, además siendo más frecuente en adultos jóvenes entre las edades de

25 a 34 años. Pudiendo explicarse debido a la relación entre este género y sobre todo el rango de edad, que en ellos se encuentra la mayor fuerza laboral y social, a diferencia de la mujer que frecuentemente desarrolla labores domésticas minimizando así el posible contagio por contacto social. Además, el hombre al trabajar fuera de casa, incluso en horarios exhaustivos tiende a descuidar la alimentación, el descanso dejándose expuesto frente a la tuberculosis.

En relación al grado de instrucción, los resultados son similares a los presentados por (Carrasco, 2016), (Sotelo, 2020), (Ccora y Meza, 2014), cuyos pacientes en estudio tenían un grado de instrucción bajo, describiéndose como secundaria, en mucho de los casos incompleta. Sin embargo, debemos rescatar de ello que, al tener un grado de instrucción no muy bajo, acuden al centro de salud en busca de atención al problema de salud que presentan, a diferencia de lo que se podría ver en pacientes sin grado de instrucción o grado primaria, que podrían simplemente ignorar los síntomas que presentarían y por ello no se encuentran captados por el centro de salud para el tratamiento adecuado. Del otro extremo tendremos al paciente con grado de instrucción superior que tendrían un mayor respaldo educativo en el que valorarán más salud, teniendo un mayor cuidado en cuestión de las medidas sanitarias para prevenir la tuberculosis.

Con respecto a la ocupación, en el presente trabajo se encontró que la ocupación con mayor porcentaje fue ser ama de casa con un 22,1%, sin embargo, seguido de ello se encuentran los estudiantes con un 20,6% y los desocupados con un 20,6% también, luego con un mucho menor porcentaje los independientes con un 13,2%. Estos resultados son diferentes a los encontrados en la bibliografía como, por ejemplo, en el estudio de Choque (2013) se describe que 29,9% son estudiantes, seguido del 15,4% que eran ama de casa y 10,3% se encontraban desempleados y Sotelo (2020) de su población estudiada el 22,9% eran obreros, el 17,3% se encontraban desempleados. Con estas comparaciones mi

población en estudio se comporta de una manera diferente, ya que el mayor porcentaje es de las amas de casa, con un 22,1%, sin embargo, luego siguen los estudiantes con un 20,6% y los desocupados con un 20,6% también, sumando así entre esas 2, el 41,2%, casi mayor porcentaje de la población en estudio. Debemos destacar que los estudiantes universitarios en su mayoría se ven expuesto a una carga académica extenuante, si en cuestión de horarios hablamos por lo que podrían dejar de lado la correcta alimentación, y finalmente exponiéndose al desarrollo de la enfermedad, así como a sus familiares ya que muchos de ellos al ser aún estudiantes viven con sus padres y pueden exponerlos a la enfermedad, explicándose de esa forma el porcentaje que se obtuvo en el estudio de las amas de casa, por otro lado, los desocupados en los que se pueden encontrar las personas jubiladas, ex presidiarios, personas que tienden a no darles prioridad al control de las enfermedades, en las personas jubiladas porque tienden a ser adultos mayores que dependen de la familia para llevarlos a un centro de atención especializada y en el caso de los ex presidiarios porque al verse limitados económicamente por su situación lo último que piensan es en acudir a un centro de salud e invertir en su salud.

En cuestión del estado civil en los estudios de Carrasco (2016) y Sotelo (2020), en ambos los resultaron fueron que la mayor parte de su población eran solteros, dando así mayor respaldo a lo dicho por Alarcón *et al.*, (2017), quien encontró que el ser soltero además de divorciado o viudo se asociaban como factor de riesgo para enfermar por tuberculosis, ya que estas personas carecen de un apoyo familiar en casa tanto soporte emocional, afectivo como económico, etc. para hacer frente a la enfermedad.

En relación a la población vulnerable, solo el 4,4% había sido un ex interno de un Centro Penitenciario, porcentaje que no debe pasar desapercibido pues el INPE reportaba que para el año 2015 había 2155 personas internas en un centro penitenciario enfermas de tuberculosis, que corresponde a una tasa de 2643 casos por cada 100 mil personas

privadas de libertad, Alarcón *et al.*, (2017). Explicándose ello por el problema de hacinamiento, escasa ventilación, y mala alimentación en estos centros penitenciarios, lo que llevaría al desarrollo de la enfermedad. Además de los resultados que se tuvieron en el estudio, se observó también que el 3% eran trabajadores de salud, un resultado casi equiparable al obtenido en el estudio de Morgado *et al.*, (2012) en el que se reportaba que el 4,4% de sus casos de TBC estudiados en un periodo de diez años correspondieron a personal de la salud.

Del lugar de procedencia, Jaramillo (2018), mencionan que al analizar la zona de vivienda se observa un predominio urbano, y que en investigaciones realizadas en el área urbana de Perú señalan que existe marcada relación entre la pobreza, el hacinamiento, así como a la falta de ventilación y luz solar de las viviendas con el elevado riesgo de contraer TB. Hecho que se ve contrastado en la población del presente estudio ya que el 54,4% que concentra en las urbanizaciones de Villa Victoria Porvenir y Torres de Limatambo, casas que se caracterizan por ser multifamiliares, de espacios reducidos, de escasa ventilación y luz solar.

Como segundo objetivo específico 2, nos planteamos determinar las características clínicas de los pacientes atendidos con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en los años 2015-2020. Obteniéndose los resultados de los cuadros, del que describimos que el 80,9% de la población presentaba cicatriz de la vacuna BCG, el 35,3% de la población había tenido contacto con alguna persona cercana con tuberculosis, con respecto al criterio diagnóstico en el 75% de la población el diagnóstico se dio por baciloscopia, y el 38,2% tenían una carga bacilar de “una cruz”, además el 77,9% contaba con resultado de cultivo positivo, y el perfil de sensibilidad en el 86,8% resultó ser pansensible, entonces fue el 86,8% también de la población que recibió como tratamiento el esquema sensible; según la condición de

ingreso el 82,4% ingresó bajo la condición de nuevo, y finalmente con una condición de egreso de curado en el 92,6% de la población en estudio; con respecto a los hábitos nocivos el 47,1% de la población tenían el hábito de consumir tabaco, alcohol o drogas; en cuanto una comorbilidad el 16,2% de la población padecía de gastritis, seguido del 14,7% que padecían VIH.

En el estudio de Hernández-Guerrero *et al.*, (2016) titulado “Perfil clínico y social de pacientes con tuberculosis en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México”. Observaron que el 94% de los pacientes no tenía toxicomanías; sin embargo, del 6% restante, el 4% era alcohólico, el 1% era fumador de tabaco y el 1% restante consumía otras drogas. La comorbilidad que se presentó en mayor frecuencia fue la Diabetes Mellitus tipo 2, seguido de la enfermedad VIH/SIDA y finalmente la desnutrición. El diagnóstico de tuberculosis lo realizaron en la consulta externa de la unidad médica en el 89% de los casos y con el método de la baciloscopia, finalmente observaron que un alto porcentaje de los pacientes fueron curados y el 4% abandonó el tratamiento. Resultado que coincide con el presente estudio respecto al método diagnóstico aplicado, así como a la remisión de la enfermedad en la mayor parte de su población.

De otro lado, los resultados son bastantes similares a los presentados en el estudio de Jaramillo (2018) titulado “Perfil epidemiológico y caracterización clínica de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el servicio de Neumología del Hospital Pablo Arturo Suarez en Chile”. Cuyos resultados fueron que entre las comorbilidades más frecuentes se encontraron DM, HTA, VIH (Virus Inmuno Deficiencia Humana); entre hábitos tóxicos predominio de tabaquismo y exposición a carburantes de biomasa; para el diagnóstico de esta patología se reportó el uso de métodos de laboratorio (baciloscopia, cultivos), métodos de imagen (Rx de tórax); además se realiza tamizaje para VIH

(93,4%), el 96.1% de los pacientes recibieron esquema 1 de tratamiento antifímico. Durante los 8 años revisados se encontró una mortalidad del 10.5%.

Con respecto a la vacuna BCG, esta va a proteger a la persona de desarrollar una diseminación de la enfermedad en todo el cuerpo y sobre todo va a proteger de desarrollar las formas graves de tuberculosis como son la miliar y meníngea. Sin embargo, debemos tener en cuenta la «WHO | Tuberculosis Vaccines», s. f., nos dice que la eficacia en la protección de la BCG al desarrollo de alguna forma grave de Tuberculosis en niños menores de 4 años es importante, siendo su porcentaje alrededor de 80%; su eficacia en adolescentes y adultos es considerada más variable, oscilando su porcentaje de eficacia entre 0 y 80%, dicho esto hay que entender que esta no va a generar inmunidad a la enfermedad, quiere decir que no va a evitar que se infecten o que se reactive la infección pulmonar latente.

Del antecedente familiar o contacto cercano con persona con tuberculosis, en el estudio de Choque (2013) se observó que el 59,8% de pacientes tuvo contacto con una persona con tuberculosis, mientras que el 40,2% no. Resultado diferente al obtenido en el presente estudio en el que solo el 35,3% tuvo contacto y el 64,7% no lo tuvo, sin embargo, al observarlo por años en el año 2015 se describe que el 25% de la población no tenía contacto, siendo el porcentaje más alto observado en todos los años, pero por otro lado en el año 2018 se ve un ligero porcentaje mayor en los pacientes que tuvieron contacto siendo así el 13,2% de la población quienes tuvieron contacto frente a un 11,8%. El resto de los años se observó que hay una estrecha diferencia haber y no haber tenido contacto con una persona enferma con tuberculosis.

En cuanto al criterio diagnóstico el 75% de los diagnósticos se hizo por baciloscopia, seguido del diagnóstico radiológico en un 16,2%, y en menor porcentaje el

clínico. De la baciloscopia el 38,2% resultó 1 cruz, 19,2% 2 cruces y otro 19,2% tres cruces, considerando entonces que un porcentaje importante de la población se encontraba muy bacilífero, siendo fuentes fáciles de contagio de la tuberculosis. De los resultados del cultivo el 77,9% fue positivo. Resultados similares nacional e internacionalmente descritos en los estudios de Yucra (2019) y Hernández *et al.* (2016), Castañeda-Martínez *et al.* (2019) respectivamente. Además la dirección general de epidemiología nos dice que el número de bacilos encontrados en las muestras de esputo tiene una relación directa con la contagiosidad ya que se necesitan aproximadamente unos 5,000 bacilos por ml de muestra biológica para reportarse como una baciloscopia positiva, y unos 10,000 bacilos por ml de muestra biológica para reportarse como positiva, dos cruces, quiere decir con un 95% de probabilidad de contagio, por eso se considera una buena prueba para identificar los casos más infecciosos, siendo entonces el método de oro en el momento del diagnóstico según los Programas de Control de Tuberculosis por su bajo nivel de complejidad al procesar la muestra y bajo costo económico. (Yucra, 2019)

Con respecto al perfil de sensibilidad, se observó que el 86,8% fueron pansensibles, el 10,3% fue mono resistente y solo el 2,9% fue MDR. Si bien es bien estudiado y de vital importancia captar a los pacientes MDR, en el presente estudio encontramos un número bastante relevante con respecto a la mono resistencia, presentándose sobre todo resistencia a isoniazida o rifampicina, los fármacos considerados núcleo básico del esquema antituberculoso. Villegas *et al.*, (2016) en su estudio “Prevalencia, factores de riesgo y resultados del tratamiento de la tuberculosis pulmonar mono resistente a Isoniazida y Rifampicina en Lima, Perú”, nos dice que según las revisiones la prevalencia de la mono resistencia a la isoniazida, uno de los agentes antituberculosos de primera línea más potentes, se ha informado en rangos del 4 al 12% para todos los casos de TB con un promedio global del 8,1% para los casos nuevos de TB, por otro lado, la mono resistencia

a rifampicina está menos estudiada, pero se notifican prevalencias por debajo del 1% en esos pocos estudios realizados en Europa en el 2010. En sus resultados demostró que los pacientes monorresistentes a isoniazida tenían más probabilidades de morir (4/85, 5%, $p = 0,014$) y de fracasar el tratamiento (2/85, 2%, $p < 0,01$) en comparación con las personas con susceptibilidad a isoniazida. Los pacientes monorresistentes a la rifampicina también tenían un mayor riesgo de muerte (2/24, 8%, $p < 0,01$), en comparación con los casos de tuberculosis susceptibles a la rifampicina; concluye entonces que la monorresistencia a isoniazida y rifampicina fueron frecuentes en nuestro medio y se asociaron a un mayor riesgo de muerte

En relación al esquema de tratamiento el 86,8% recibió un esquema sensible, el 5,9% un esquema estandarizado, otro 5,9% recibió un esquema individualizado y finalmente el 1,5% recibió un esquema empírico. Resultados similares a los obtenidos por (Carrasco 2016) en el que el 90% recibió esquema sensible, 6% individualizado y 4% empírico; y los resultados obtenidos por Blas y Liñan (2016) también similares con el 98.2% de los casos con tratamiento para TB sensible y el tratamiento individualizado para TB MDR el 1.8%.

En cuanto a la condición de ingreso, nuestros resultados se dividieron en 2 opciones, el 82,4% ingresó en condición de nuevo y el 17,6% en condición de recaída, según el estudio de Sotelo (2020) tenemos resultados similares en el porcentaje de pacientes nuevos, sin embargo discordante con respecto al resto de condiciones de ingresos, ya que el mayor número de pacientes ingresaron como pacientes nuevos, representando un 82% de la muestra, seguido de los catalogados como recaída en el 10% de ellos y como abandono del tratamiento, el 9%. En el caso del estudio de Carraco (2016), nuestros resultados un poco más semejantes en la distribución entre pacientes nuevos y recaídas, sin embargo, en su población tienen ingresos como abandono o recuperado,

distribuyéndose entonces de la siguiente manera, los pacientes con Tuberculosis ingresaron al programa catalogados como pacientes nuevos en el 76% de los pacientes en estudio, seguido de los diagnosticados como recaída, quienes eran el 17% de los pacientes y los que habían abandonado el tratamiento, el 7%. Pudiendo ser estos resultados un poco discordantes debido a una mejor estrategia de captación de pacientes de los diferentes centros de salud en estudio, ya que los pacientes que por diversos motivos abandonaron su tratamiento, pudieron volver a ingresar para tratarse de manera adecuada.

Con respecto a la condición de egreso, el 92,6% egresó como curado, el 4,4% abandonó el tratamiento y el 2,9% falleció. Considerándose un mejor resultado a comparación del obtenido en un estudio en México, realizado por Hernández *et al.*, (2016) en el que el 80% egresó como curado, el 4% abandonó el tratamiento. A comparación de un estudio a nivel nacional por (Yucra 2019) en Arequipa, el 95.7% de la población tenía la condición de egreso de curado. Comparados estos resultados se podría decir que en el Perú se maneja una mejor estrategia en cuestión de seguimiento a los pacientes por parte del equipo multidisciplinario, para así obtener resultados éxitos como es que el paciente egrese del programa como curado. Resaltando de ello la importancia de la adherencia al tratamiento de parte del paciente, el soporte familiar y el correcto seguimiento del paciente.

En cuestión a los hábitos nocivos, en el presente estudio se obtuvo que el 52,9% de la población no presentaban hábitos nocivos, sin embargo, el resto de la población presentó hábitos nocivos, siendo de los considerados el tabaquismo en el primer lugar presenten en el 39,7%, seguido del alcoholismo con un 27,9% y finalmente la drogadicción con un 19,1%, debemos tener en cuenta que muchos de los sujetos en estudio tenían más de 1 hábito nocivo. Siendo estos resultados parecidos a los mencionados en el estudio de Jaramillo (2018) en el que su población en estudio identificó

hábitos tóxicos, siendo la ingesta de alcohol la que predomina con un 39.8 %, seguido de consumo de tabaco con 32.5%, exposición a carburantes de biomasa 23% y consumo de drogas en 12%. Anduaga-Beramendi *et al.*, (2016) nos menciona en su estudio “Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú”, que el alcoholismo y las drogas son factores predisponentes del desarrollo de la TB y están asociados a falla al tratamiento y peor pronóstico.

Entendiéndose entonces que los hábitos nocivos van a influir en la salud de la persona, afectando al sistema inmunológico, emocional, etc., haciéndolo así susceptible a la tuberculosis.

Finalmente, con respecto a la comorbilidad, se observó en el estudio que el 47,1% de la población no presentaba comorbilidades, y del 52,9% restante, el 16,2% padecía de gastritis, seguido del 14,7% con VIH, 8,8% con alguna cardiopatía, 5,9% con HTA, y con porcentaje mucho menor enfermedades como diabetes mellitus, cáncer, asma/epoc.

En un estudio realizado por Castañeda-Martínez *et al.*, (2019) en Michoacán, México 2015-2018, reportaron que de las enfermedades que padecían los pacientes se distribuían como, 24.7% padecían DM2, de la nutrición, el 6.4% habían sido diagnosticados como desnutridos y el 52.4% no padecía ninguna enfermedad previa. La prevalencia de tuberculosis pulmonar asociado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, era 1.43 veces más a comparación de los que no la padecían.

En cuanto al VIH la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1991) nos dice que el VIH genera un debilitamiento del sistema inmunitario, lo cual aumentará la probabilidad que una infección latente por tuberculosis cambie a una enfermedad con sintomatología, denominada como activa. Los estudios indican que un

paciente enfermo de VIH, tiene 50 veces más de probabilidad de enfermar de tuberculosis, al compararlo con pacientes sanos.

Por lo tanto, la comorbilidad hace al paciente más vulnerable a la enfermedad, como a la adhesión al tratamiento ya que, al padecer una enfermedad de fondo, el paciente ya debe encontrarse recibiendo un tratamiento médico, a este se le sumará otro que constará en su mayoría de pastillas, y sumado a los efectos secundarios producidos por estos, podría implicar en un mayor abandono al tratamiento antituberculoso, además de poder desarrollar en el futuro una tuberculosis resistente.

VI. Conclusiones

De las características epidemiológicas predominó el género masculino, en las edades entre los 18 – 35 años con nivel de instrucción secundaria, solteros, no pertenecía a algún grupo vulnerable y procedían de la Urb. Villa Victoria Porvenir.

De la ocupación, la predominante fue ama de casa, siendo el grupo con mayor número de afectados en el año 2018.

De las características clínicas se destaca observó que habían recibido la vacuna BCG, no presentaba antecedente de contacto familiar TB, diagnosticados por baciloscopia, siendo el resultado de esta positivo una cruz, con cultivo positivo, que reciben como tratamiento esquema sensible, su condición de ingreso como caso nuevo y egresaron curados, además presentaron hábitos nocivos como el consumo de alcohol, tabaco o drogas, y finalmente las comorbilidades más frecuentes fueron gastritis y VIH.

Del perfil de sensibilidad se resalta que en el 10,3% se encontró como monoresistencia, el cual estuvo presente en todos los años de estudio.

El mayor número de casos reportados de tuberculosis pulmonar se dieron en el año 2015, en comparación al resto de los años.

VII. Recomendaciones

Se recomienda realizar pruebas de screening o seguimiento a todo paciente de sexo masculino que esté entre los 18 y 35 años de edad y se observen síntomas respiratorios por más de 15 días.

Fomentar medidas de prevención de tuberculosis y enfermedades respiratorias, así como las medidas higiénicas en la comunidad de pacientes que acuden al Centro de Salud Villa Victoria Porvenir.

El inicio temprano de la terapia antirretroviral debe ser una prioridad para personas con VIH y TB recientemente diagnosticadas.

Fomentar la educación médica continua entre los profesionales de salud, para actualizar los conocimientos sobre el manejo de pacientes con tuberculosis pulmonar, sobre todo ahora en medio de la pandemia de la COVID-19, enfermedad que afecta principalmente los pulmones.

Se deberían ampliar estudios para la asociación entre HTA – TBC, Gastritis – TBC ya que no se dispone de evidencia científica suficiente que estudien estas relaciones.

VIII. Referencias

- Águila Rodríguez, Narciso, Delgado Acosta, Hilda, Rodríguez Buergo, Delfín, Rodríguez Fernández, Lizette, Gutiérrez Castro, Rosario, & Bravo Polanco, Eneida. (2018). Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con tuberculosis en el municipio Cumanayagua. Provincia Cienfuegos. 2007-2017. *MediSur*, 16(5), 647-654. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000500006&lng=es&tlng=pt.
- Aguilar-León, Pool, Cotrina-Castañeda, Jose y Zavala-Flores, Ernesto (2020). Infección por SARS-CoV-2 y tuberculosis pulmonar: análisis de la situación en el Perú Infección por SARS-CoV-2 y tuberculosis pulmonar: análisis de la situación en el Perú. *SciELO - Saúde Pública*. <https://scielosp.org/article/csp/2020.v36n11/e00094520/es/#>
- Ahmad, S. (2011). Pathogenesis, immunology, and diagnosis of latent Mycobacterium tuberculosis infection. *Clinical & Developmental Immunology*, 2011, 814943. <https://doi.org/10.1155/2011/814943>
- Alarcón, V. et al. (2017). SciELO - Saúde Pública - Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *sCielo*. <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2017.v34n2/299-310/es/#>
- Anduaga-Beramendi, Alexander, Maticorena-Quevedo, Jesus, Beas, Renato, Chanamé-Baca, Diego M, Veramendi, Mary, Wiegeling-Rospigliosi, Andrés, Zevallos, Erika, Cabrera, Rufino, & Suárez-Ognio, Luis. (2016). Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta Médica Peruana*, 33(1), 21-28. Recuperado en 07 de junio de 2021, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000100005&lng=es&tlng=es.
- Blas, L. R. , Liñan, R. J. D. (2016). Perfil epidemiológico de la persona con tuberculosis atendido en el Centro de Salud de Coishco 2011-2015. [Tesis de grado,

- Universidad Nacional del Santa]. Repositorio Institucional Digital. <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2594>
- Carrasco Carrasco, Silvia Patricia (2016). Perfil epidemiológico y clínico de la tuberculosis en los pacientes del Centro de Salud Santa Fe – Callao durante enero 2011 – diciembre 2015. [Tesis de grado, Universidad de San Martín de Porres – USMP]. Repositorio Institucional Digital. <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2436>
- Castañeda-Martínez FC, Valdespino-Padilla MG, Cazares-Montero S, et al. (2019) Caracterización de la tuberculosis en la Delegación Michoacán, periodo 2015-2018. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.57(4):232-240. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93111>
- Ccora Retamozo, L. A., Meza Casahuilca, R. E. (2014). Comportamiento epidemiológico y clínico de la tuberculosis en pacientes atendidos en el centro de salud Santa Ana - Huancavelica periodo 2012 - 2013. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Huancavelica]. Repositorio Institucional Digital. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/811>.
- Chee, C. B. E., Reves, R., Zhang, Y., & Belknap, R. (2018). Latent tuberculosis infection: Opportunities and challenges. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 23(10), 893-900. <https://doi.org/10.1111/resp.13346>
- Choque Garcia L. J. (2013). Perfil epidemiológico y clínico de pacientes con tuberculosis en la Microred Cono Norte Tacna – 2012. [Tesis de grado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio Institucional Digital. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/491>.
- Congreso de la República. Ley N° 30287 *Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú 2015*. Disponible en: http://190.223.45.115/newtb/Archivos/Ley_30287_Ley_TB.pdf.
- Dirección General de epidemiología. (2015). *Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú*. <http://www.dge.gob.pe>

- Hernández-Guerrero, I. A., Vázquez-Martínez, V. H., Guzmán-López, F., Ochoa-Jiménez, L. G., & Cervantes-Vázquez, D. A. (2016). Perfil clínico y social de pacientes con tuberculosis en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*, 23(1), 8-13. [https://doi.org/10.1016/s1405-8871\(16\)30070-0](https://doi.org/10.1016/s1405-8871(16)30070-0)
- Jaramillo Soto, G. B. (2018). Perfil epidemiológico y caracterización clínica de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el servicio de Neumología del Hospital Pablo Arturo Suarez. [Tesis de especialidad, Pontificia Universidad Católica de Chile]. Repositorio Institucional Digital. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15242>
- Luna JAC. (2015). Revista Clínica Española Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Rev Clínica Española*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.09.005>
- Master, W. (2020). Vigilancia de tuberculosis. CDC MINSA. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-de-tuberculosis/>
- Meza-Condezo W, Peralta-Pumapillo A, Quispe-Gómez F, Cáceres-Bellido Fermín E. (2018). Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la microred la palma, Ica 2017. *Rev méd panacea*. 7(1): 22-27. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021891?src=similardocs>
- Milton Jam Rivero, Yusbiel J. León Valdivies, Dianelys P. Sierra Martínez, & Blas Clemente Jam Morales. (2017). Tuberculosis Pulmonar: estudio clínico-epidemiológico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 33(3), 321-330. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79148>
- Morgado, A., Köhnenkampf, R., Navarrete, P., García, P., & Balcells, M. E. (2012). Perfil clínico y epidemiológico de los casos de tuberculosis atendidos en una red de salud universitaria en Santiago de Chile entre los años 2000-2010. *Revista médica de Chile*, 140(7), 853-858. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872012000700004>

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1991). Marco Conceptual. Programa de Salud Integral del Adolescente. Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2019. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52815>
- Reglamento de la Ley N°30287. Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú. El peruano. 15 de mayo del 2016; 587360-8. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/DS_021.pdf
- Rojas, Christian Mauricio, & Villegas, Sonia Lorena, & Piñeros, Hildegard María, & Chamorro, Ennid Margarita, & Durán, Carlos Eduardo, & Hernández, Edna Lorena, & Pacheco, Robinson, & Ferro, Beatriz Eugenia (2010). Características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de una cohorte de pacientes con tuberculosis pulmonar en Cali, Colombia. *Biomédica*, 30(4),482-491. ISSN: 0120-4157. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=843/84317131005>
- Sanchez, S. F. A., Jara, L. F. G. (2019). Caracterización epidemiológica en pacientes con tuberculosis pulmonar. [Tesis de grado, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional Digital. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/43853>
- Sotelo Rosales, J. A. (2020). Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta. [Tesis de grado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional Digital. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4236>
- Villegas L, Otero L, Sterling TR, Huamán MA, Van der Stuyft P, Gotuzzo E, et al. (2016) Prevalence, Risk Factors, and Treatment Outcomes of Isoniazid- and Rifampicin Mono-Resistant Pulmonary Tuberculosis in Lima, Peru. *PLoS One*; 11(4): e0152933.
- World Health Organization. (2020). Estrategia de la OMS para poner fin a la tuberculosis de aquí a 2035. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/tb/strategy/es/>

Yucra Espinel, Rosa Elizabeth (2019). Perfil epidemiológico y conversión bacilar del paciente con tuberculosis Hospital Regional PNP Arequipa 2016 - 2017. [Tesis de grado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional Digital. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/11651>

Zamora Estrada Judith (2020). Covid-19 y tuberculosis: Amenazas de la pandemia, en un país endémico. [Tesis de grado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio Institucional Digital. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6710>

IX. Anexos

Anexo A.

Ficha de recolección de datos

Año de diagnóstico:....

A. Características epidemiológicas		
<p><u>Género</u></p> <p>1. Masculino ()</p> <p>2. Femenino ()</p>	<p><u>Nivel de instrucción</u></p> <p>1. Analfabeto ()</p> <p>2. Primaria ()</p> <p>3. Secundaria ()</p> <p>4. Superior ()</p>	<p><u>Ocupación</u></p> <p>1. Desocupado ()</p> <p>2. Estudiante ()</p> <p>3. Ama de casa ()</p> <p>4. Comerciante ()</p> <p>5. Chofer/cobrador ()</p> <p>6. Obrero ()</p> <p>7. Vigilante ()</p> <p>8. Independiente ()</p> <p>9. Otros ()</p>
<p><u>Grupo etéreo</u></p> <p>1. 18 -35 años ()</p> <p>2. 36 - 64 años ()</p> <p>3. 65 a más años ()</p>	<p><u>Estado civil</u></p> <p>1. Soltero ()</p> <p>2. Casado ()</p> <p>3. Conviviente ()</p> <p>4. Viudo ()</p> <p>5. Divorciado/ separado ()</p>	<p><u>Población vulnerable</u></p> <p>1. Ex Interno de centro Penitenciario ()</p> <p>2. Centro de rehabilitación ()</p> <p>3. Trabajador de salud ()</p> <p>4. Otros ()</p> <p>5. Ninguno ()</p>
<p><u>Lugar de Procedencia</u></p> <p>1. Urb. San Borja ()</p> <p>2. Urb. Esquivel ()</p> <p>3. Urb. Corpac ()</p> <p>4. Urb. Zona 7-B ()</p> <p>5. Urb. Torres de Limatambo ()</p> <p>6. Urb. Santo Tomas ()</p> <p>7. Urb. Primavera de Monterrico ()</p> <p>8. Urb. Villa Victoria Porvenir.Urb. Villa Victoria Porvenir ()</p>		

B. Características clínicas		
<u>BCG</u> 1. Si () 2. No ()	<u>Antecedente de en la familia o cercanos con TB</u> 1. Si () 2. No ()	<u>Criterio Diagnóstico</u> 1. Baciloscopia () 2. Cultivo () 3. Clínico () 4. Radiológico () 5. PPD ()
<u>Cultivo diagnóstico</u> 1. Positivo () 2. Negativo ()	<u>Perfil de sensibilidad</u> 1. Pansensible () 2. Monoresistente () 3. MDR () 4. XDR () 5. Poliresistente ()	<u>Esquema de tratamiento</u> 1. Esquema sensible () 2. Esquema estandarizado () 3. Esquema individualizado () 4. Esquema empírico ()
<u>Baciloscopia diagnóstica</u> 1. Positivo a. + () b. ++ () c. +++ () 2. Negativo ()	<u>Condición de ingreso</u> 1. Nuevo () 2. Recaída () 3. Abandono () 4. Recuperado ()	<u>Condición de egreso</u> 1. Curado () 2. Fracaso () 3. Abandono () 4. Fallecido ()
<u>Hábitos Nocivos</u> 1. Tabaco () 2. Alcohol () 3. Drogas () 4. Ninguno ()	<u>Comorbilidad</u> 1. Diabetes Mellitus () 2. VIH/SIDA () 3. Cáncer () 4. Hepatitis Crónica () 5. Gastritis () 6. Asma / EPOC () 7. Cardiopatía () 8. HTA () 9. Sin comorbilidad ()	

Anexo B.

Matriz de consistencia

"PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y CLINICO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD VILLA VICTORIA PORVENIR"	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
	<p>¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes atendidos con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir durante el periodo de enero del 2019 a diciembre del 2020?</p>	<p>Objetivo General: Determinar el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes atendidos con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud VILLA VICTORIA PORVENIR durante el periodo de enero del 2019 a diciembre del 2020</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Identificar las características epidemiológicas de los pacientes atendidos con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud VILLA VICTORIA PORVENIR ii. Identificar las características clínicas de los pacientes atendidos con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud VILLA VICTORIA PORVENIR 	<p>Perfil epidemiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo étnico - Género - Nivel de instrucción - Ocupación - Estado civil - Lugar de procedencia - Población vulnerable - Prevalencia <p>Perfil clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacuna BCG - Hábitos nocivos - Antecedente familiar o cercano con TB - Criterio diagnóstico - Cultivo diagnóstico - Perfil de sensibilidad - Esquema de tratamiento - Baciloscopia diagnóstico - Condición de ingreso 	<p>Tipo de investigación: Por el tipo de investigación, el presente estudio cumple con las condiciones metodológicas de una investigación de tipo, transversal, retrospectivo.</p> <p>Nivel de investigación: De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación, reúne por su nivel las características de un estudio descriptivo, no experimental.</p>	<p>Población: Todos los pacientes que fueron atendidos con diagnósticos de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir durante el periodo de enero del 2019 a diciembre del 2020.</p> <p>Muestra: Todos los pacientes que fueron atendidos con diagnósticos de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Villa Victoria que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Técnica: Se utilizará la técnica de observación.</p> <p>Instrumento: Se utilizará una ficha de recolección de datos.</p>

			<ul style="list-style-type: none">- Condición de egreso- Comorbilidad		
--	--	--	--	--	--