



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DANIEL ALCIDES CARRIÓN



**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO ESQUEMA TB SENSIBLE DE LOS
PACIENTES NUEVOS BK (+) EN LA CIUDAD DE ICA 2018 - 2019**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

BACH. ISMAEL ENRIQUE ANTEZANA ROCA

ASESOR:

DR. JULIO HÉCTOR TORRES CHANG

ICA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mis padres por ser la fuerza que me motiva a seguir creciendo día a día como profesional.

A dios por ser el ser que ilumina mi camino ante las diferentes adversidades.

Ya que todos influyen en el desarrollo de la investigación y formación como profesionales y personas de bien para la sociedad.

AGRADECIMIENTO

A las diferentes personas que mediante su apoyo ayudaron en el desarrollo de la presente investigación, mis padres, amigos y asesor ya que sin ellos no se hubiese podido recabar la información ni el cumplimiento de los tiempos requeridos.

ÍNDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRAC	vii
CONTRACARATULA	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	11
1.1 ANTECEDENTES	11
1.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	11
1.1.3 ANTECEDENTES NACIONALES	12
1.1.4 ANTECEDENTES LOCALES	14
1.2 BASES TEÓRICAS	15
1.3 MARCO CONCEPTUAL	21
1.4 MARCO FILOSÓFICO	23
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	24
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	26
2.2.1 PROBLEMA GENERAL	26
2.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO	26
2.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	27
2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
2.4.1 OBJETIVO GENERAL	29
2.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO	29
2.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	29
2.5.1 HIPOTESIS GENERAL	29
2.6 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	29
2.6.1 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	29
2.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37

3.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	37
CAPITULO IV: TÉCNICA E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	38
4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	38
4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
4.3 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	39
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	40
5. PRESENTACIÓN INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	40
5.1 PRESENTACIÓN INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	40
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
FUENTES DE INFORMACIÓN	53
ANEXOS	62

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes nuevos con tuberculosis BK+, con esquema TB sensible, de la ciudad de Ica durante el 2018 – 2019. **La metodología** planteada fue de tipo observacional, retrospectivo de casos y controles, apareados. **La población** que se consideró para el desarrollo de la investigación estuvo conformada por todos los pacientes del programa de tuberculosis, con el diagnóstico de TBC y prueba de BK+, que iniciaron con el esquema de TBC sensible, en el periodo de tiempo de los años 2018 – 2019. **Los resultados:** De los pacientes estudiados el 28,8% tuvo un IMC menor de 18.5; un tiempo de enfermedad entre 4 a 8 semanas (mediana de 4 semanas), en quienes se halló como hábitos nocivos como el consumo de alcohol en un 28,9%, de tabaco en un 25%, de PBC en 3,8%, y de marihuana en 1,6%. **Conclusión:** Los resultados obtenidos nos permiten establecer que el trabajo del equipo multidisciplinario es fundamental para el tratamiento del paciente así como para la evaluación del desarrollo de la enfermedad desde el momento de su diagnóstico hasta el alta, y que resulta una fórmula importante para evitar los abandonos, a través del seguimiento y evaluación constante durante las visitas, así como las sesiones de consejería por el área de psicología.

Palabras clave: TB sensible, tratamiento, abandono, factores de riesgo.

ABSTRAC

Objective: To determine the factors associated with the abandonment of antituberculous treatment in new patients with BK + tuberculosis, with a sensitive TB scheme, from the city of Ica during 2018-2019. **The proposed methodology** was retrospective type of cases and controls, paired. The population that was considered for the development of the research was made up of patients from the tuberculosis program, with the diagnosis of TB with the BK + test who started with the sensitive TB scheme, in the time period of the years 2018 - 2019. **The results:** the studied patients 28.8% had a BMI less than 18.5; with a time of illness between 4 to 8 weeks (median of 4 weeks), presenting harmful habits such as alcohol consumption in 28.9%, tobacco in 25%, PBC in 3.8%, marijuana in 1.6%. **Conclusion:** With all these results obtained, it allows us to establish that the work of the multidisciplinary team is essential for the treatment of the patient as well as for the development that it will present from the moment of its diagnosis to discharge, and that the forms To avoid dropouts after non-attendance to treatment is the monitoring of the patient through one of the home visits as well as counseling sessions by the psychology area.

Key words: sensitive TB, treatment, abandonment, risk factors.

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO ESQUEMA TB SENSIBLE DE LOS
PACIENTES NUEVOS BK (+) EN LA CIUDAD DE ICA 2018 - 2019**

Área de Investigación: Ciencias de la salud

**Línea de investigación: Salud Pública y conservación del
medio ambiente**

Autor: Bach. Ismael Enrique Antezana Roca

Asesor: Dr. Julio Héctor Torres Chang

INTRODUCCIÓN

En los últimos años las diferentes organizaciones de salud pública vienen considerando como una amenaza a la tuberculosis (1).

Las organizaciones han determinado que de la población mundial un tercio por lo menos, se encuentra infectada con el bacilo de Koch, y que todos los años más de 9 millones de personas empiezan a presentar algún tipo de sintomatología; y de todo el globo solamente 1,5 millones mueren al no presentar ningún tratamiento por lo consiguiente mueren en el proceso de la enfermedad (3).

Las diferentes formas que se presentan para el establecimiento del control de las enfermedades, son la prevención, mediante la determinación de un diagnóstico y las medidas de control adecuadas (4).

Es por tal razón que uno de los principales obstáculos que presentan los responsables de la salud para el control de la enfermedad es la elevada incidencia en los abandonos del tratamiento (5,6).

Las posibilidades que se establecen como parte del abandono del tratamiento o el no apego es por la presencia de diferentes componentes, los cuales van a estar en relación del conjunto de fármacos, al manejo inadecuado de las dosis o las diferentes reacciones adversas que pueden presentar, ya que la administración del tratamiento esta mediado por el control a través del establecimiento de las citas programadas y los exámenes de control (7,8).

La OMS en su definición de abandono del tratamiento de la tuberculosis señala la no toma de los fármacos por dos meses consecutivos (9).

En el Perú se tiene como definición del abandono del tratamiento de la tuberculosis, el no haber consumido los fármacos indicados en la terapia por un periodo de 30 días consecutivos, en estas definiciones entran los pacientes que abandonan el tratamiento antes de haber cumplido los 30 días (10).

Aquí se tiene en consideración que el abandono del tratamiento; del paciente que ya se encuentra con el diagnóstico de TBC, representa un cambio en su salud, así como el ámbito económico y social, este proceso de abandono incrementa la mortalidad por la enfermedad, una pérdida acelerada de las condiciones de salud de la persona, donde lo más grave es el desarrollo de la resistencia a los principales fármacos de los esquemas de tratamiento (11,12).

Debemos tener en consideración que los pacientes que abandonan el tratamiento se convierten en personas que van contagiando al entorno (13). Pero como se mencionó anteriormente el peor temor de los profesionales de la salud pública en el control de la TBC es la resistencia a los fármacos que se produce por el abandono, así como el incremento de los gastos para la recuperación del paciente y su reinserción a la sociedad (15).

En las diferentes investigaciones que se han realizado hasta la actualidad no se ha definido un paciente clásico en el abandono del tratamiento, sino que el acto está representado por diferentes factores que son los que influyen en la adherencia del paciente y se encuentran relacionados con la personalidad y entorno del paciente (16,17).

Por esta razón a la provincia de Ica se le estableció como el punto de referencia de la unidad de control y diagnóstico de los pacientes con tuberculosis, los cuales consideran el programa con un éxito <5%, por lo que se incrementa la gravedad, después del análisis de las condiciones ya mencionadas (18).

Es por esta razón que consideramos de vital importancia la realización de la presente investigación para poder saber los factores de riesgo y/o condicionantes que se relacionan de alguna manera con el abandono y la adherencia al tratamiento de la TBC en la comunidad de Ica.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

1.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Zulema T, Tania H. Chile. (2016). En su investigación titulada *“Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile”*. Para el planteamiento de la presente investigación se tuvo en consideración el objetivo general el determinar cuáles son las causas que más influyen en el abandono del tratamiento de la tuberculosis. Para esto se plantea el uso de la metodología de tipo descriptivo de acuerdo a las formas de las investigaciones obtenidas en las auditorías médicas. Los resultados que se presentaron de la presentación de las diferentes formas de las auditorías realizadas que fueron 134, de las cuales se representa que el 35,9% llega al cumplimiento del tratamiento, el porcentaje restante se considera incompleto ya que sus registros no se encuentran en la base de datos. La edad con mayor cantidad de población con abandono del tratamiento es la que se encuentra entre los 15 y 49 años. La investigación llega a la conclusión de que el score de los índices de abandono de los tratamientos más elevado en los que están iniciando y se deben establecer estrategias que lo eviten (3).

Miranda M. Puente L. España. (2017). En su investigación titulada *“Factores asociados al apego y abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar”*. La cual dentro del desarrollo de la investigación planteo el objetivo en la identificación de los diferentes factores que se relación en los pacientes que se apegaron al tratamiento de la TBC y las personas que llegan al abandono. El desarrollo metodológico fue de tipo descriptivo, transversal, correccional y retrospectivo. Para esto se planteó la población de 99

pacientes con el diagnóstico confirmatorio de TBC, que dentro de las características hubiesen cumplido o no con el tratamiento. Los resultados plantean que se confirman las hipótesis que se plantearon en la investigación. Así como se concluye al mismo tiempo que se deben realizar estudios con el enfoque del aspecto económico, social, demográfico (6).

1.1.3 ANTECEDENTES NACIONALES

Andagua B. Lima. 2018. En el trabajo titulado ***“Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de TBC sensible en un centro de atención primaria en Lima”***. Para lo cual tuvo como objetivo el establecimiento de los factores de abandono del tratamiento de la TBC sensible. La metodología seleccionada en la investigación fue de tipo casos y controles de tipo retrospectivo no apareado. Los principales resultados de la investigación demuestran que de 34 controle y de un total de 102 casos analizados dieron como resultado que el 95% de los pacientes tenían el riesgo de abandono del tratamiento. Llegando a la conclusión de que uno de los factores para el abandono del tratamiento es presentar un nivel de educación menor a 6 años (1).

Zevallos R, Lima/Perú. (2018). Planteo en su investigación titulada ***“Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la red de salud de San Juan de Lurigancho”***. Que planteo como objetivo general del estudio determinar los diferentes factores que se encuentran asociados al abandono del tratamiento antituberculoso de la red de salud de San Juan de Lurigancho. La cual planeo como proceso metodológico de tipo de casos y controles donde los resultados le establecieron que el principal factor predictor del abandono del tratamiento es el grupo de las mujeres con un OR:1.57, una estancia menor de 5 años en la

zona donde se encuentran OR: 1.5, consumo de alcohol OR:2.58. Llegando el estudio a su conclusión de que las mejoras en el tratamiento se dan con un mejor enfoque de atención multidisciplinario (2).

Gonzales T. Perú/Lima. (2017). Realizo la investigación titulada ***“Influencia de los factores de riesgo epidemiológicos en el abandono del tratamiento de personas afectadas por la tuberculosis pulmonar, Lima Este”***. El planteamiento del objetivo de la investigación fue el determinar los diferentes factores epidemiológicos que van a conllevar a el abandono del tratamiento de la TBC. La metodología que se plantea para el desarrollo de esta investigación es un total de 456 casos de un total de 1034 casos que fueron confirmados por la DISA. Donde las conclusiones de la investigación determinan que los factores socioeconómicos son los más significativos en el proceso de abandono del tratamiento, así como un nivel de conocimientos bajos sobre la enfermedad (4).

Llanos T. Perú/ Chiclayo. (2016). En su investigación titulada ***“Factores asociados al abandono de tratamiento en personas afectadas por tuberculosis en la micro red Chiclayo 2015”***. Donde determinar cuáles son los principales factores que están relacionados con el abandono del tratamiento de las personas atendidas en la Micro Red Chiclayo. Para el presente desarrollo se utilizó una metodología de tipo cuantitativa descriptiva. Donde la muestra fue de un total de 26 pacientes donde se presentaron los casos de abandono. Los diferentes resultados que presento la investigación fue que del total de la población el 69% son varones, el 58% presenta un nivel de apoyo regular, descubriendo de manera alarmante que el 77% de la población no recibió ningún tipo de información de la enfermedad. Las conclusiones de la investigación

determinan que el abandono del tratamiento va en relación a las formas como se brinda por parte de la institución, las diferentes formas del manejo sanitario, el nivel educativo, así como del apoyo emocional que reciben de la familia son factores fundamentales que influyen en el cumplimiento del tratamiento como del abandono en algunos casos (5).

1.1.4 ANTECEDENTES LOCALES

Meza C, Peralta P. Perú/Ica (2018). En su investigación titulada ***“Adherencia terapéutica y factores condicionantes en el cumplimiento de pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro red La Palma, Ica 2017”***. Que tuvo como objetivo determinar la adherencia terapéutica y los factores condicionantes al cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red La Palma, Ica 2017. Donde la metodología que se selecciono fue observacional, analítica, prospectiva, transversal. Los resultados del estudio establecieron que se presenta un 42% de mala adherencia a los diferentes esquemas de tratamiento, donde los factores que se consideran son los que se relacionan con la terapéutica, relación con el personal de salud y las causas de origen personal del paciente (58).

Del Rio M, Gómez D. Perú/Ica. (2018). En su investigación titulada ***“Factores de riesgo que influyen en el fracaso al tratamiento individualizado de tuberculosis multidrogoresistente en la provincia de Ica 2000-2014”***. Que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo que influyen en el fracaso del tratamiento individualizado de tuberculosis multidrogoresistente en la provincia de Ica 2000-2014. Que uso el tipo metodológico observacional, retrospectivo, analítico de casos y controles. Los resultados del estudio muestran la presencia de 4 factores que se relacionan con el

abandono del tratamiento de tuberculosis como el consumo de drogas OR: 6.67, presentar un IMC menor del 18.5 =R:7.61, presencia de hemoptisis OR: 19.89, presencia de cavernas en la radiografía de tórax OR: 27.95. Llegando a la conclusión el estudio estos factores son los principales causantes del abandono del tratamiento por parte de los pacientes (59).

Culqui D. Gabriel G. Perú/Ica. (2001). Es la investigación titulada ***“Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú”***. Planteo como objetivo de la investigación la identificación de los factores que indiquen al abandono del tratamiento antituberculoso de la provincia de Ica. La metodología fue de tipo de casos y controles de tipo retrospectivo. Los resultados que se hallaron de la investigación donde se tienen que más del 50% de la población presenta el caso del abandono por la falta de información. Las conclusiones de la investigación demuestran que la mejora para evitar el abandono del tratamiento de la TBC se considera una mejor información a la población que sufre de la enfermedad, lo que se considera también es que se debe de considerar que lo que también se debe de flexibilizar son los horarios de administración y entrega de los fármacos para el control de la enfermedad y el no abandono del tratamiento (34).

1.2 BASES TEÓRICAS

En la actualidad se considera a la tuberculosis como una de las enfermedades nuevas del milenio, la cual es una de las que presenta los niveles más elevados de contagio en la población a nivel mundial, y es uno de los problemas de salud pública que se relaciona con el control, prevención y que en la actualidad si tiene cura (11,12).

El desarrollo de la enfermedad se va a presentar como un gran problema que no diferencia edad, raza, condición social de la población, donde como condición se tiene que afectan a la población a nivel mundial, con un índice de contagio elevado en los países en vías de desarrollo (1,3).

Antecedentes epidemiológicos

Los diferentes datos epidemiológicos señalan que los valores de incidencia de la enfermedad en la población de Latinoamérica es del 5%, y que se presenta como diagnóstico de enfermedad en la región en un 25%, es importante señalar que como consecuencia del abandono, tenemos la acumulación de pacientes con el diagnóstico de TB MDR y XDR, toda esta información se viene observando desde 1997, y evoluciona de forma ascendente, estableciéndose que anualmente se dan 1500 casos diagnosticados de TB MDR y de todos esos casos se tienen 80 casos como TB XDR de manera anual (2,5).

Los valores de la TBC en los datos estadísticos a nivel nacional son muy cambiantes de manera anual y dependiendo de la región donde se tomen en consideración, si asumimos que de las regiones del país con mayor incidencia son Lima y Callao, donde se presenta el mayor número de casos con el diagnóstico positivo (1).

El estado para tomar medidas de control estableció que se debía de considerar los procedimientos de prevención y diagnóstico, estas medidas a nivel nacional se establecieron como objetivos del milenio y como parte del plan de acción del nuevo milenio del Perú (26).

Tratamiento

El Perú dentro de sus programas nacionales de tratamiento contra la TBC, establece que el ingreso es de manera gratuita mediante los diferentes esquemas de tratamiento controlado (27). Las diferentes características que presenta la estrategia de control y tratamiento de los diferentes

pacientes, debido al gran éxito que ha logrado se considera como uno de los programas modelo en todo Sudamérica (28).

Los diferentes estudios que se han realizado demuestran que una vez establecido el diagnóstico del paciente con TBC pulmonar BK+, que inicia su esquema de tratamiento de TB sensible y lo culmina presenta un 90% de recuperación, mientras que la incidencia de abandono del tratamiento en este grupo de pacientes es del 6.7%. Estos datos se contrastan con el aumento de los pacientes con las principales complicaciones de la enfermedad como la resistencia a los medicamentos y en algunos casos conllevan a el incremento de las cifras de mortalidad de la enfermedad (14,16)

Abandono del tratamiento

Dentro de las diferentes partes del programa de control de la tuberculosis de la estrategia nacional de la TBC dentro de sus parámetros considera que el abandono, se hace teniendo como parámetro de control la no asistencia al tratamiento en 30 días, así como que el paciente acuda de manera intermitente en 30 días al tratamiento (10). En el control de los estándares epidemiológicos se tiene que considerar la eficiencia y eficacia de la estrategia en los diferentes centros de atención, donde se debe de evaluar la cantidad de casos nuevos que presentan e inician el tratamiento hasta su recuperación (4).

Consecuencias del abandono del tratamiento

Todo tratamiento que no llega a completar su periodo mediante el cual se va curar una enfermedad va presentar complicaciones, en el caso de la tuberculosis la enfermedad dentro de las principales características que presenta es la baja de peso, pero si se tiene en consideración el abandono del tratamiento se tiene que tener presente el aumento de la resistencia a las bacterias que se van a presentar como las causantes de la

enfermedad. En el caso del abandono se crea un proceso de sensibilidad y un incremento de la resistencia, aumento de la toxicidad, lo cual es indicativo de la falla al tratamiento y conlleva al aumento de los índices de mortalidad (14,16).

Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento

Las diferentes características que se consideran en los diferentes esquemas del tratamiento de la tuberculosis con la consecuencia del abandono o incumplimiento del tratamiento, en los diferentes campos multidimensionales que se van a presentar donde tenemos el aspecto personal, aquí va a cambiar, también el aspecto económico, social que van relacionados de manera directa con el paciente (8).

Factores de riesgo de abandono relacionados con el paciente

Edad: las diferentes mediciones las cuales consideran la edad como uno de los factores de riesgo es determinante en el abandono del tratamiento de los pacientes donde los estudios de Torres y Herrera establecen que los pacientes con un promedio de edad entre los 15 y 45 años tienden por abandonar el tratamiento (29). En otra de las investigaciones lo establece Quintero donde determina que el abandono es en los 30 años (30).

Género: las diferentes tendencias en cuanto al género que menos apego muestra a los diferentes esquemas de tratamiento que se presentan es del sexo masculino mientras que las que más apego muestran son del sexo femenino (34,36).

Nivel económico bajo: la investigación que elaboro Cáceres en Colombia determino que el nivel económico bajo y muy bajo son los que presentan una mayor incidencia en el abandono del tratamiento (37).

Nivel de educación: es el principal factor que establece una de las condiciones vitales para la reincorporación del paciente a los diferentes

esquemas de tratamiento, este va a permitir una mejor interacción entre el paciente y el personal de salud del establecimiento que se encuentra administrando el tratamiento (38).

Estado civil: se establece que la condición de la persona es un factor determinante, donde la mayor incidencia se presenta en las personas solteras o separadas, donde hay más abandonos del tratamiento (31,42).

Ingreso económico: las condiciones que se generan en un paciente que presenta la enfermedad con un nivel de ingreso económico bajo y la generación del desempleo establecido por las investigaciones de Arriola y Cols (43).

Vivienda estable: Sosa y Cols, establecieron que en sus investigaciones que se realizaron los pacientes que presentaban el diagnóstico preferían cambiar de vivienda, así como un índice de deserción de al menos 4 veces más (36).

Consumos de bebidas alcohólicas: dentro de las características de los pacientes que presentan un problema de alcoholismo, esto los predispone a no asistir a sus controles, así como la no recepción del tratamiento (45).

Tabaquismo: Chang y Cols, establecieron que se incrementa hasta 3 veces más los índices de abandono en los pacientes que son fumadores (46).

Consumo de psicoactivos: Culqui y Cols, establecieron que los consumidores de drogas presentan un índice de abandono del tratamiento de hasta un 3,7% con la principal complicación de una exacerbación psicoactiva (34).

Nivel de conocimientos: después del establecimiento de diferentes formas del diagnóstico de la enfermedad el nivel de conocimiento del personal de salud como de las personas que serán tratadas serán

fundamentales para la selección de la terapia más adecuada como para el apego del paciente hacia el tratamiento (40,48).

Percepción de la enfermedad: son los diferentes factores van a ser concebidos por la persona en el sentido de que se deben de tener en consideración la relación del enfermo con lo que se espera del proceso, ya que el diagnóstico conlleva a la incertidumbre y el miedo (50).

Factores de riesgo según el ambiente donde vive la persona

Familiar: Arriola y Cols establecieron que en las personas que son diagnosticadas se presenta una incidencia de abandono, especialmente en aquellas que no tienen apoyo familiar en un nivel del 2,8%, en alguno de los diferentes esquemas de tratamiento (43).

Laboral: va en relación al desarrollo del aspecto de donde seguirá sus labores la persona con el diagnóstico más la mantención de su familia dependiendo el estado civil que presente, donde de acuerdo a sus prioridades va ser fundamental el cuidado de la familia (50).

Factores de riesgo de la enfermedad

Gravedad de la sintomatología: se establece en cada persona de manera diferente dependiendo del grado de la discapacidad que va a producirse en un periodo de tiempo determinado (50). Así mismo dentro de las diferentes formas de la enfermedad se va a establecer de acuerdo a los periodos de tiempo que se controla el paciente y en los diferentes esquemas y como va presentándose la evolución (37).

Gravedad del tratamiento: esta va depender en relación al esquema de tratamiento y en su duración que se va presentar donde el mínimo va de un periodo de los seis meses, es aquí donde se consideran los factores de riesgo de abandono del tratamiento al presentar los periodos largos de la atención, y otro factor es que no tienen flexibilidad para el desarrollo (50).

Factores de riesgo de abandono del tratamiento

Los diferentes esquemas que se van considerando en los establecimientos de salud mediante la creación de protocolos que establecen periodos de tratamiento, horario de administración de los fármacos, atención con calidad, confort y privacidad (36,44)

Distancia de los establecimientos de salud: los estudios que se presentan determinan que las distancias muchas veces influyen en el abandono del tratamiento ya que para la recepción de las medicinas por parte del paciente se tiene que considerar que existe un alto riesgo por las grandes distancias (33). Estas diferentes tomas en la consecución de las diferentes movilidades para la mención se considera el costo económico durante el traslado (34).

Las pésimas relaciones que se presentan entre el equipo de salud y el paciente: los diferentes estudios representan que las formas en las cuales el personal de salud brinda la atención a los pacientes, tiene una influencia en la calidad y continuidad de la atención así como el no abandono del tratamiento, ya que el paciente presenta una mejor toma de conciencia de los factores que están presentes en su enfermedad, y al presentar un grado de confianza conlleva a el cuidado propio de la mejor manera sin llegar al abandono de los diferentes esquemas de tratamiento.

1.3 MARCO CONCEPTUAL

Edad: las diferentes mediciones consideran la edad como uno de los factores de riesgo determinante en el abandono del tratamiento de los pacientes donde los estudios e Torres y Herrera establecen que los pacientes con un promedio de edad entre los 15 y 45 años tienden por abandonar el tratamiento (29). En otra de las investigaciones lo establece con Quintero donde determina que el abandono es en los 30 años (30).

Género: la tendencia en cuanto al género que menos apego presenta a los diferentes tratamientos que se presentan es del sexo masculino mientras las que más apego son el sexo femenino (34,36).

Nivel económico bajo: la investigación que elaboro Cáceres en Colombia determino que el nivel económico bajo y muy bajo son los que presentan una mayor incidencia en el abandono del tratamiento (37).

Nivel de educación: es el principal factor el cual establece una de las condiciones vitales para la reincorporación del paciente a los diferentes esquemas de tratamiento para que permita una mejor interacción entre el paciente y el personal de salud que se encuentra con el diagnostico (38).

Estado civil: se establece que la condición de la persona es un factor determinante la mayor incidencia es en las personas solteras o separadas, donde hay más abandonos del tratamiento (31,42).

Ingreso económico: las condiciones que se generan en un paciente que presenta la enfermedad es un nivel de ingreso económico bajo y la generación del desempleo establecido por las investigaciones de Arriola y Cols (43).

Vivienda estable: Sosa y Cols, establecieron que en sus investigaciones que se realizaron determinaron que los pacientes que presentaban el diagnostico preferían cambiar de vivienda, así como un índice de deserción de al menos 4 veces más (36).

Consumos de bebidas alcohólicas: dentro de las características de los pacientes que presentan un problema de bebida, esto los predispone a no asistir a sus controles, así como la recepción del tratamiento (45).

Tabaquismo: Chang y Cols, establecieron que se incrementa hasta 3 veces más los índices de abandono en los pacientes que son fumadores (46).

Consumo de psicoactivos: Culqui y Cols, establecieron que los consumidores de drogas presentan un índice de abandono del tratamiento de hasta un 3,7 y como complicación una exacerbación psicoactiva (34).

Nivel de conocimientos: después del establecimiento de diferentes formas del diagnóstico de la enfermedad el nivel de conocimiento del personal de salud como de las personas que serán tratadas serán fundamentales para la selección de la terapia más adecuada como para el apego del paciente hacia el tratamiento (40,48).

Percepción de la enfermedad: son los diferentes factores van a ser concebidos por la persona en el sentido de que deben de tener en consideración la relación del enfermo con lo que espera del proceso, ya que el diagnóstico conlleva a la incertidumbre y el miedo (50).

1.4 MARCO FILOSÓFICO

Para el desarrollo de las investigaciones siempre se debe de tener en consideración los diferentes escritos como el de White 1963, quien menciona que el desarrollo de las investigaciones que se realicen sobre las diferentes enfermedades mejora la calidad de la vida humana. Ya que las diferentes formas de la condición humana que van a estar inmersas en la persona no solamente están en el ámbito de lo físico sino del aspecto mental, es por tal razón que lo correcto ante cualquier enfermedad es que se debe de tener en consideración lo que se debe hacer de manera correcta para mejorar la calidad de la vida de las personas como prioridad.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La presentación de la tuberculosis como una enfermedad del nuevo milenio la ubica como un problema de salud pública que requiere un constante análisis, de todos los factores que involucran las acciones del personal de salud en la atención de los pacientes. Mas aún se considera la importancia del cumplimiento de los diferentes esquemas de tratamiento y un análisis detallado de porque se producen los diferentes eventos que terminan en el abandono del tratamiento por parte del paciente.

El departamento de Ica es uno de los puntos de referencia a nivel nacional en el programa de control de la tuberculosis, donde se encarga desde la detección de casos probables conocidos como los pacientes sintomático-respiratorios, así mismo se encarga de establecer el diagnóstico del paciente mediante las pruebas de baciloscopia, también se encarga del tratamiento de los pacientes que presentan alguna variedad de la enfermedad como MDR, XDR (18).

el crecimiento de la enfermedad en la provincia de Ica viene siendo constante, debido a los factores sociodemográficos como el crecimiento urbano de manera desmedida como en los distritos de Parcona, cercado de Ica con el centro de salud de la Palma como principal punto de referencia del control y análisis del estado de los pacientes con tuberculosis de la provincia de Ica (19).

La norma técnica sanitaria N°104 en su modificatoria establecida por el MINSA bajo la cual establece que el control de la tuberculosis en el departamento de Ica se realiza con el cumplimiento de la modificatoria realizada el 2018, que establece las diferentes formas de abordaje del

paciente, en sus diferentes estadios y la disminución de los índices de abandono del tratamiento (10).

Esta estrategia se encarga del manejo del paciente de manera segura, evitando los riesgos de contaminación que se puedan presentar y que puedan influir en el abandono del tratamiento, las diferentes reacciones adversas que se pueden presentar en algunos casos especiales a alguno de los diferentes medicamentos, así como las complicaciones al presentar la resistencia farmacológica. Las diferentes unidades de epidemiología del país reportan que el 11,2% de los diferentes pacientes nuevos con la baciloscopia positiva, también considera los pacientes que no cumplen con el tratamiento o lo abandonan lo cual en los últimos tiempos presentan un problema para la sociedad ya que va en aumento (18).

Las diferentes estrategias del programa de control de la tuberculosis muestran factores de riesgo para adquirir la enfermedad, así como otros relacionados a la forma de contagio, en los pacientes no diagnosticados, o los que abandonan el tratamiento (20).

Otra investigación de actualidad acerca de la tuberculosis a nivel nacional donde se muestran valores elevados de las tasas de abandono es la que señala Zevallos quien explica la incidencia del abandono del tratamiento de tuberculosis en San Juan de Lurigancho en un 12% (35).

Tenemos como marco referencial investigaciones relacionadas con el nivel de adherencia al tratamiento de la tuberculosis en un establecimiento de salud de la provincia de Ica, durante el año 2017, investigación realizada por Meza C, donde establecieron que se presenta una mala adherencia al tratamiento en un 42% de los pacientes con el diagnóstico de TBC (58).

Otra de las investigaciones en el contexto regional sobre los diferentes factores que influyen en el fracaso del tratamiento de la tuberculosis en los pacientes multidrogoresistentes de la provincia de Ica realizada por Del

Rio Mendoza, que concluyo en sus resultados que se presentan 4 factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento que son presentar un IMC menor de 18.5, presentar hemoptisis durante el tratamiento, presentación de cavernas en las radiografías de tórax, presentar algún consumo de drogas (59).

Evaluado el estado del conocimiento acerca de las tasas de abandono al tratamiento supervisado de la enfermedad tuberculosa en los diferentes ámbitos: internacionales, nacionales y en la provincia de Ica, vemos que no existen investigaciones que se encuentren direccionadas a la determinación del abandono del tratamiento de la Tuberculosis en el esquema TB sensible, es ahí donde surge la motivación para plantear este punto como un problema de salud pública que necesita ser tratado en la actualidad.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles serán los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes nuevos con tuberculosis BK+, con esquema TB sensible, en la ciudad de Ica 2018 – 2019?

2.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuáles serán las características generales de la población con tuberculosis BK+ con esquema TB sensible en la ciudad de Ica 2018 – 2019?

¿Cuáles serán los factores relacionados al paciente asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes nuevos con tuberculosis BK+, con esquema TB sensible en la ciudad de Ica 2018 – 2019?

¿Cuáles serán los factores relacionados a los servicios de salud asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes nuevos con tuberculosis BK+, con esquema TB sensible en la ciudad de Ica 2018 – 2019?

2.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

2.3.1 JUSTIFICACION

Sabemos de diferentes factores que influyen en la enfermedad de la tuberculosis como uno de los nuevos problemas de salud pública a nivel nacional y en la ciudad de Ica al haberse incrementado la cantidad de pacientes nuevos con BK+, que presentan la tendencia al abandono del tratamiento contra la TBC en un 11,2% (18).

El abandono al tratamiento de la tuberculosis es un problema que preocupa a los salubristas de la región y del país, ya que al presentarse la no adherencia y el abandono llevan a la creación de resistencia a los diferentes fármacos de la terapia que se va administrar, así como las complicaciones que puede ocasionar en la población iqueña, ya que los pacientes que llegan al diagnóstico y no cumplen con su tratamiento representan un serio problema de salud pública. salud pública.

Los estudios que se revisaron establecieron que el abandono del tratamiento por parte de los pacientes diagnosticados se encuentra de 10 a 15 casos por año en promedio (7). lo cual predispone a que el incremento de los pacientes que se van a contagiar de manera anual sea cada vez mayor, sobre todo en las partes de más alto crecimiento urbano y urbano marginal (19).

En tal sentido se debe de considerar que la no adherencia y el abandono del tratamiento se va incrementar en los pacientes que presentan antecedentes de hacinamiento, como nuevos focos de

contagio, para la aparición de los casos de pacientes con diagnóstico de MDR, XDR, los cuales incrementan los índices de mortalidad en los pacientes así como le restan años de vida a los pacientes e incrementan los costos del estado para la recuperación de estos pacientes en las diferentes etapas de tratamiento a nivel familiar, individual y sanitario (20).

Los diferentes resultados que se obtuvieron serán usados de la mejor manera para direccionar las diferentes acciones del personal de salud para el control de la tuberculosis en la Ciudad de Ica, con el uso de diferentes enfoques para el abordaje de la enfermedad de manera multidisciplinaria en cada uno de los diferentes grupos poblacionales, con tal objetivo incrementando la efectividad del tratamiento y mejorando los niveles de la salud pública en la región, con lo cual se eleva el nivel de calidad de vida de la población, las familias y las personas que presentan el diagnóstico de la enfermedad, así mismo servirá como una guía para futuras investigaciones.

2.3.2 IMPORTANCIA

La importancia de la realización del presente trabajo de investigación es poder determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema TB sensible, ya que el aumento del conocimiento del profesional siempre es un avance para la mejora del abordaje del paciente para evitar los abandonos del tratamiento así se mejora dos factores importantes como son el mejoramiento del paciente de manera rápida así como el costo económico de reiniciar el tratamiento así como la incidencia del aumento de los pacientes con algún tipo de resistencia considerados multidrogoresistentes.

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes nuevos con tuberculosis BK+, con esquema TB sensible, de la ciudad de Ica durante el 2018 – 2019.

2.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

Describir las características generales de la población en estudio.

Identificar los factores relacionados al paciente asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes nuevos con tuberculosis BK+, con esquema TB sensible de la ciudad de Ica durante el periodo 2018 – 2019.

Identificar los factores relacionados a los servicios de salud asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes nuevos con tuberculosis BK+, con esquema TB sensible de la ciudad de Ica durante el periodo 2018 – 2019.

2.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.5.1 HIPOTESIS GENERAL

Los factores asociados existentes son determinantes en el abandono del esquema TB sensible de los pacientes con tuberculosis BK+ en la ciudad de Ica.

2.6 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.6.1 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

2.6.1.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Paciente nuevo, BK+, que Abandona al tratamiento antituberculoso TB sensible

2.6.1.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

Factor asociado al abandono del tratamiento antituberculoso:

- Edad
- Genero
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Estado laboral
- Familia
- Ubicación del domicilio
- Tiempo de residencia
- Hacinamiento
- Estado nutricional
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Antecedentes de familiar con TBC
- Tiempo de enfermedad
- Resultado de baciloscopia inicial
- Sintomático respiratorio
- Sintomatología
- Inasistencia al tratamiento
- Visita domiciliaria ante inasistencia
- Evaluación profesional
- Horario de atención del establecimiento de salud

2.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR	FUENTE	NIVELES Y RANGOS
VARIABLE DEPENDIENTE							
Paciente nuevo que abandona el tratamiento antituberculoso TB sensible	Inasistencia de tratamiento por un periodo de 30 días consecutivos a más o tomo tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.	Paciente que no acude a su tratamiento por más de 30 días.	Cuantitativa	Dicotómica	Día asistido Día no asistido	Tarjeta de control de tratamiento	Caso abandono
VARIABLE INDEPENDIENTE							
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Documento de identidad	Cualitativa	Nominal	Grupo atareo	Documento de identidad	Años cumplidos
Genero	Sexo femenino/masculino	Documento de identidad	Cualitativa	Nominal	Grupo biológico	Documento de identidad	Femenino Masculino
Estado civil	Calidad de un individuo, en cuanto lo habilita para ejercer ciertos derechos o	Documento de identidad	Cualitativa	Nominal	Grupo de pertenencia	Documento de identidad	Soltero Casado Conviviente Viudo Separado

	contraer ciertas obligaciones civiles						
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin considerar si han terminado o está provisional o definitivamente incompleto.	Información de la historia clínica: datos de filiación	Cualitativa	ordinal	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: datos de filiación	Analfabeto Primaria Secundaria Técnico / Superior
Estado laboral	Con relación al ingreso de dinero	Información de la historia clínica: datos de filiación	Cualitativa	Nominal	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: datos de filiación	Trabajando (estable e informal) Jubilado Desempleado Estudiante
Familia	Número de hijos	Información de la historia clínica: datos de filiación	Cualitativa	Nominal	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: datos de filiación	Sin hijos 1 hijo 2 a más hijos
	Vivienda en una zona	Información de la historia	Cualitativo	Dicotómico		Información de la historia	Si No

Ubicación del domicilio del paciente	urbano marginal	clínica: datos de filiación			Grupo de pertenencia	clínica: datos de filiación	
	Distancia entre el domicilio y el establecimiento de salud	Información de la historia clínica: datos de filiación			Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: datos de filiación	Número de cuadras
Tiempo de residencia	Años vividos en la zona	Información de la historia clínica: datos de filiación	Cuantitativa	Continua	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: datos de filiación	Número de años
Hacinamiento	Más de tres personas por habitación	Información de la historia clínica: datos de filiación	Cualitativo	dicotómica	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: datos de filiación	Si No
Estado nutricional	Indicador de estado nutricional IMC: basado en género y edad (IMC = Peso/Talla al cuadrado)	IMC	cualitativo	Ordinal	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: datos de filiación	Bajo peso: <18.5 Normal: 18.5 -24.9 Sobrepeso: 25-29.9 Obesidad: ≥ 30
Consumo de tabaco	Consumo de tabaco (cigarrillos) en el último mes, independiente de cantidad o	Antecedentes en la historia clínica	Cualitativo	Dicotómica	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: antecedentes	Actual Pasado Nunca

	haber consumido más de 100 cigarrillos en su vida, como conducta de riesgo.						
Consumo de alcohol	Ingesta de bebida alcohólica en un rango que lo catalogue como posible bebedor problema	Antecedentes en la historia clínica	Cualitativo	Dicotómica	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: antecedentes	Actual Pasado Nunca
Consumo de drogas	Uso de sustancias alucinógenas o toxicológicas, como conducta de riesgo	Antecedentes en la historia clínica	Cualitativo	Dicotómica	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: antecedentes	Actual Pasado Nunca
Antecedentes familiares con TBC	Casos pasados y actuales	Antecedentes en la historia clínica	Cualitativo	Dicotómica	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: antecedentes	Si No

Tiempo de enfermedad	Tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico	Historia clínica: tiempo de enfermedad	Cualitativo	Continua	Días Semanas Meses Años	Historia clínica: tiempo de enfermedad	Número de días
Resultado de baciloscopia al inicio del tratamiento	Numero de bacilos ácido alcohol ácido resistentes por campo (determinado en cruces)	Historia clínica: exámenes auxiliares	Cualitativo	Ordinal	Numero de cruces	Historia clínica: exámenes auxiliares	(+) (++) (+++)
Sintomático respiratorio	Persona con tos y flema por más de 15 días	Historia clínica: examen físico	Cualitativo	Dicotómica	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: examen físico	Si No
Sintomatología	Síntoma: La manifestación de una alteración orgánica o funcional, apreciable bien por el enfermo o bien por el médico	Historia clínica: examen físico	Cualitativo	Dicotómica	Grupo de pertenencia	Información de la historia clínica: examen físico	Tos productiva Pérdida de peso Anorexia Diaforesis Sensación alza térmica Hemoptisis Dolor de tórax Disnea Debilidad
Inasistencia al tratamiento	Irregularidad del tratamiento:	Tarjeta de control de tratamiento	Cuantitativa	Continua	Grupo de pertenencia	Tarjeta de control de tratamiento	Numero de irregularidades en la 1 fase

	no ingesta de 3 dosis						
	No acude a ninguna ingesta del tratamiento	Tarjeta de control de tratamiento	Cuantitativa	Continua	Grupo de pertenencia	Tarjeta de control de tratamiento	Numero de inasistencias en la primera fase
Visita domiciliaria ante inasistencia	Tiempo entre la inasistencia y la visita de seguimiento	Tarjeta de control de tratamiento	Cuantitativa	Continua	Grupo de pertenencia	Tarjeta de control de tratamiento	Número de días
	Número de visitas ante la inasistencia	Tarjeta de control de tratamiento	Cuantitativa	Continua	Grupo de pertenencia	Tarjeta de control de tratamiento	Número de visitas
Evaluación profesional	Evaluación por médico, enfermera y nutricionista	Tarjeta de control de tratamiento Historia clínica	Cualitativa	Nominal	Grupo de pertenencia	Tarjeta de control de tratamiento Historia clínica	Si No
	Evaluación por médico, enfermera, nutricionista, psicóloga y asistente social	Tarjeta de control de tratamiento Historia clínica	Cualitativa	Nominal	Grupo de pertenencia	Tarjeta de control de tratamiento Historia clínica	Si No
Horario del establecimiento de salud	Número de horas de atención al público	Horario de trabajo del establecimiento de salud	Cualitativa	Nominal		Horario de trabajo del establecimiento de salud	6 horas 12 horas 24 horas

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es un estudio observacional, de tipo retrospectivo, de casos y controles apareados. El cual se caracterizó por los criterios de apareamiento basados en la variabilidad biológica, la edad y el lugar donde reciben el tratamiento antituberculoso TB sensible I.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población que se consideró para el desarrollo de la investigación estuvo conformada por los pacientes del programa de tuberculosis, con el diagnóstico de TBC con la prueba de BK+ que iniciaron con el esquema de TBC sensible, en el periodo de tiempo de los años 2018 – 2019, los cuales terminaron el tratamiento o lo abandonaron, considerando como fecha límite el 31 de diciembre del 2019 con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Pacientes que sean mayores de 15 años de edad.

Pacientes con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar con frotis positivo.

Pacientes con tratamiento de tuberculosis TB sensible.

Paciente con tuberculosis no tratado anteriormente

Criterios de exclusión

Paciente con el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar.

Paciente diagnosticado con TB drogo resistente XDR, MDR.

Pacientes con tuberculosis más alguna comorbilidad crónica.

Pacientes que hayan presentado alguna RAFA.

Pacientes con el diagnóstico de tuberculosis en esquema de tratamiento diferente al sensible.

CAPITULO IV

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los diferentes casos que se tuvieron para la determinación de los casos establecidos como de abandono se consideraron entre los años 2018 – 2019, del sistema de gerencia de control de la tuberculosis, el cual fue solicitado a la coordinadora de la región Ica.

Se estableció los diferentes centros de salud donde se presentaron casos con pacientes con TBC sensible que habían abandonado el tratamiento en la etapa I, para lo cual se acudió al centro y se recolectó la información de las diferentes historias clínicas, los cuadernos de las visitas domiciliarias para la obtención de la información siempre con la confidencialidad de los datos que se obtuvieron.

Caso: paciente que tuvo el diagnóstico de TBC pulmonar con resultado de frotis +, con el esquema de tratamiento TB sensible supervisado, el cual se interrumpe por 30 días consecutivos o intercalados.

Control: fue el paciente que presentó el diagnóstico de TBC pulmonar que culminó el primer esquema de tratamiento durante los seis primeros meses con el control de un diagnóstico negativo.

4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de recolección de la información que se utilizó para el proceso de recabación de la información fue una ficha de recolección de datos validada, la cual tiene como precedentes la validación en la investigación de Bonilla A. 2012 titulada ***“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE EN LA REGIÓN CALLAO, PERÚ”*** fue usada por primera vez y en la segunda investigación fue usada por la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el 2017 en la investigación titulada ***“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ESQUEMA***

I EN LA RED DE SALUD SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, PERÚ”.

Dicho instrumento cuenta con las pruebas de validez y confiabilidad mediante la estructuración de un juicio de expertos y una prueba piloto donde obtuvo los siguientes resultados para considerarlos viables para su aplicación.

En relación a la confiabilidad presento según los expertos un promedio de la información del cuestionario con un 96,8%, en las pruebas de validación mediante la prueba piloto establece que presenta una confiabilidad de Guttman, coeficiente alfa de Crombach, método de Kuder-Richardson 20, método de Kuder-Richardson 21, donde lo ubican en un análisis del 0,89, la cual dentro de los índices de confiabilidad la ubica dentro de los valores muy alto, por lo cual se considera que la ficha es la más adecuada para la recolección de la información que se considera necesaria para el término de la tesis.

4.3 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los datos fueron recogidos en una ficha estandarizada, para después ordenar los datos y establecer la codificación de ellos en el programa Excel, así mismo fueron ordenados en el programa STATA en la versión 10.0. Después de tener los datos ordenados se procedió a exportar la información al programa SPSSv 25, para proceder a la tabulación de las tablas de cruce de la información y establecer los valores de las operaciones del cruce de la información para establecer el OR, que va determinar el factor de riesgo de cada una de las diferentes dimensiones con un índice de confianza del 95%, así como un valor de $P < 0.05$ para determinar los niveles de relación de las variables y sus indicadores.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 PRESENTACIÓN INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se analizaron un total de 743 pacientes de los cuales se consideran 367 del 2018 y 376 del 2019 de los cuales consideramos 28 casos y 715 controles.

Tabla N°1. Características generales de la población

CARACTERÍSTICAS	POBLACIÓN TOTAL (N = 743)	CASOS (N = 28)	CONTROLES (N = 715)	VALOR P
Mediana de la edad, (Rango)	43 (18 – 80)	43 (18-80)	43 (18-80)	1
Género				
Masculino, (%)	585 (78,7%)	26 (92,9%)	559 (78,2%)	1
Femenino, (%)	158 (21,3%)	2 (7,1%)	156 (21,8%)	
Estado Civil				
Casado, (%)	82 (11%)	4 (14,3%)	78 (10,9%)	
Conviviente, (%)	351 (47,2%)	16 (57,1%)	335 (46,8%)	0,62
Separado, (%)	125 (16,8%)		125 (17,5%)	
Soltero, (%)	181(24,4%)	8 (28,6%)	173 (24,2%)	
Viudo, (%)	4 (0,6%)		4 (0,6%)	
Nivel educativo				
Analfabeto, (%)	50 (6,7%)	2 (7,1%)	48 (6,7%)	
Primaria, (%)	194 (26,1%)	8 (28,6%)	186 (26%)	<0,001
Secundaria, (%)	315 (42,4%)	16 (57,2%)	299 (41,8%)	
Superior, (%)	184 (24,8%)	2 (7,1%)	184 (25,5%)	
Situación laboral				
Estable, (%)	186 (25%)	4 (14,3%)	182 (25,5%)	
Desempleado, (%)	198 (26,6%)	12 (42,9%)	186 (26%)	<0,001
Informal, (%)	331 (44,5%)	10 (35,7%)	321 (44,9%)	
Estudiante, (%)	28 (3,9%)	2 (7,1%)	26 (3,6%)	
Familia				
Sin hijos, (%)	217 (29,2%)	8 (28,6%)	209 (29,2%)	0,987
Con hijos, (%)	526 (70,8%)	20 (71,4%)	506 (70,8%)	
Mediana del tiempo de residencia en años	30	35	33	<0,001
Domicilio				
Urbano, (%)	457 (61,5%)	21 (75%)	436 (61%)	0.632
Urbano marginal, (%)	286 (38,5%)	7 (25%)	279 (39%)	
Hacinamiento, (%)	213 (28,7%)	6 (21,4%)	207 (29%)	0,001
Mediana del tiempo de enfermedad en semanas	9	9	9	0,618
Antecedente familiar con TB	184 (24,7%)	6 (21,3%)	178 (24,9%)	0,782

Valor de P<0.05

Del total de pacientes, el 21,3 % pertenecen al género femenino. La mediana de la edad es de 43 años con un mínimo de 16 y un máximo

de 76 años. La mayoría son convivientes con, (47,2%), tienen secundaria completa (42,4%) y no tienen hijos (29,2%). En relación con la condición laboral, el 25% informó tener trabajo estable, el 44,5% trabajo informal y el 26,6% estar desempleado.

En cuanto al tiempo de residencia 30 años; el 38,5% tenía la vivienda ubicada en zona urbana marginal y en 28,7% hubo hacinamiento. Por otro lado, el 24,7% refirió tener antecedente de tuberculosis familiar.

Al comparar las proporciones de las variables en ambos grupos (casos y controles) hubo diferencia significativa en relación al nivel educativo secundario incompleto el cual se encontró en mayor proporción en el grupo de casos (57,2%) que en el grupo control (41,8%); así como el relacionado a la situación laboral informal /desempleado el que se encontró en mayor proporción en el grupo de casos (42,9%), versus grupo control (26%).

Tabla N° 2. Características clínicas de la población

CARACTERÍSTICAS	POBLACIÓN TOTAL (N = 743)	CASOS (N = 28)	CONTROLES (N = 715)	VALOR P
IMC < 18.5 (%)	214 (28,8%)	8 (28,6%)	206 (28,8%)	0,072
Hábitos nocivos				
Alcohol (%)	215 (28,9%)	16 (57,1%)	199 (27,8%)	
Tabaco (%)	186 (25%)	8 (28,6%)	178 (24,9%)	<0,001
PVC (%)	38 (3,8%)	5 (17,9%)	33 (4,6%)	
Marihuana (%)	12 (1,6%)	3 (10,7%)	9 (1,3%)	
Sintomático respiratorio				
Sintomatología				
Tos productiva (%)	452 (60,8%)	18 (64,3%)	434 (60,7%)	0,347
Baja de peso (%)	197 (26,5%)	6 (21,4%)	191 (26,7%)	0,256
Anorexia (%)	112 (15%)	4 (14,3%)	108 (15,1%)	0,563
Alza térmica (%)	185 (24,9%)	5 (17,9%)	180 (25,2%)	0,786
Dolor de tórax (%)	32 (4,3%)	6 (21,4%)	26 (3,6%)	0,959
Disnea (%)	12 (1,6%)	4 (14,3%)	8 (1,1%)	0,232
Debilidad (%)	65 (8,7%)	6 (21,4%)	59 (8,3%)	0,569
Resultado de ayuda diagnóstica				
Radiología				
Cavitación (%)	31 (4,2%)	1 (3,6%)	30 (4,2%)	0,991
Baciloscopia				
+	432 (58,1%)	14 (50%)	418 (58,5%)	
++	196 (26,4%)	8 (28,6%)	188 (26,3%)	0,019
+++	115 (15,5%)	6 (21,4%)	109 (15,2%)	

Valor P < 0.05

Del total de pacientes estudiados el 28,8% tuvo un IMC menor de 18.5; con un tiempo de enfermedad entre 4 a 8 semanas (mediana de 4 semanas), presentando hábitos nocivos como el consumo de alcohol en un 28,9%, de tabaco en un 25%, de PBC en 3,8%, de marihuana en 1,6%.

El 94% fue diagnosticado como sintomático respiratorio, refiriendo el 60,8% haber presentado tos productiva, el 26,5% pérdida de peso, el 15% anorexia, el 24,9% alza térmica, el 4,3% dolor torácico, el 8,7% debilidad.

Según resultados de radiología el 4,2% presentó cavitación, y según carga bacilar el 15,5% tuvo una carga de 3+, 26,4% carga de 2+ y 58,1% carga 1+.

Al comparar la proporción de las variables en ambos grupos (casos y controles) hubo diferencias significativas en relación a los hábitos nocivos, todos ellos con mayor proporción de consumo en el grupo de casos en relación al grupo control.

Así el consumo de alcohol se dio en el 57,1% de los pacientes del grupo de casos versus 27,8% del grupo control; la proporción de consumo de tabaco fue de 28,6% en el grupo de casos versus 24,9% en el grupo control; el consumo de PBC fue de 17,9% en el grupo de casos y de 4,6% en el grupo control; la proporción de consumo de marihuana fue de 10,7% en el grupo de casos y de 1,3%.

También se observó diferencia significativa en relación a la carga bacilar (3+) siendo el porcentaje mayor en los casos (21,4%) que en los controles (15,2%).

Tabla N° 3. Características de los establecimientos de salud donde se atendió la población

CARACTERÍSTICAS	POBLACIÓN TOTAL (N = 743)	CASOS (N = 28)	CONTROLES (N = 715)	VALOR P
Categoría del establecimiento de salud				
Puesto de salud	89 (12%)		89 (12,4%)	
Centro de salud	492 (66,2%)	22 (78,6%)	470 (65,7%)	1
Hospital	162 (21,8%)	6 (21,4%)	156 (21,9%)	
Horario de atención del establecimiento de salud				
6 horas	356 (47,9%)	18 (64,3%)	338 (47,3%)	
12 horas	387 (52,1%)	10 (35,7%)	377 (52,7%)	1
Mediana entre el establecimiento de salud y su domicilio	12 (3,2%)	12 (3,2%)	12 (3,2%)	0,258
Evaluación profesional				
Médico, enfermera, nutricionista (%)	486 (65,4%)	17 (60,7%)	469 (65,6%)	<0,001
Médico, nutricionista, asistente social, psicólogo. (%)	257 (34,6%)	11 (39,3%)	246 (34,4%)	<0,001
Inasistencia al tratamiento				
Primera fase (%)	387 (52,1%)	12(42,9%)	375 (52,4%)	<0,002
Segunda fase (%)	356 (47,9%)	16 (57,1%)	340 (47,6%)	<0,001
Visitas domiciliarias				
Número de visitas (%)	3	3	3	0,001

Valor P<0.05

Del total de pacientes el 12% fue atendido en un puesto de salud y 52,1% lo hizo en un EESS con horario de atención de 6 horas.

La mediana de la distancia entre el domicilio y el establecimiento de salud fue de 12 cuadras, con un mínimo de 1 cuadra y un máximo de 22 cuadras.

Los pacientes fueron evaluados por médico, enfermera y nutricionista en un 65,4%, mientras que el 34,6% fueron evaluados por los antes mencionados y además por el psicólogo y asistente social.

En cuanto a la asistencia al tratamiento, la mediana del total de días no concurridos durante la 1ra fase de tratamiento fue de 6 días con un mínimo de un día y un máximo de 50 días y durante la 2da fase de tratamiento la mediana fue de 6 días con un mínimo de un día y un máximo de 35 días.

En relación a las veces que hubo irregularidad al tratamiento durante la 1ra fase fue de 2 a 20 veces y en la 2da segunda fase fue de 4 a 10 veces, ambas con una mediana de 2 irregularidades.

Con respecto a la visita domiciliaria ante la inasistencia del paciente al tratamiento, la mediana fue de 8 días con un mínimo de un día y un máximo de 25 días; siendo la mediana del número de visitas realizadas de 3, con un mínimo de una sola visita y un máximo de 9 visitas.

Al comparar la proporción de las variables en ambos grupos (casos y controles) hubo diferencia significativa en relación a la evaluación profesional, siendo en menor proporción en el grupo de casos versus grupo control, así la evaluación por médico, enfermera, nutricionista, psicólogo y asistente social se dio en el 39,3% de los casos versus 34,4% de los controles, así mismo la evaluación por médico, enfermera y nutricionista se dio en el 60,5% de los casos versus el 39,5% de los controles.

También se observa diferencia significativa entre casos y controles en relación a la mediana del número total de días de inasistencia al tratamiento, así la mediana de inasistencia en la primera fase fue de 9 días en los casos versus la mediana de 6 días en el grupo control.

Lo mismo se dio en la segunda fase de tratamiento, siendo de 11 días la mediana en el grupo de casos y de 6 días en el grupo control. Un punto adicional sobre la visita domiciliaria, también mostro diferencia significativa con relación al tiempo transcurrido entre la inasistencia y la primera visita domiciliaria, siendo la mediana de 12 días en el grupo de casos versus la mediana de 2 días en el grupo control.

Tabla N° 4. Factores de riesgo individual (relacionados al paciente) y asociados al abandono del tratamiento antituberculoso

Característica	Análisis bi variado		Análisis multi variado	
	OR (IC 95%)	Valor P	OR (IC 95%)	Valor P
Sexo masculino	1.15 (0.64-1.76)	0.897	1.57 (0.98-1,89)	0.015
IMC< 18,5	1.6 (0.99-1.98)	0.078		
Vivir en la zona menos de 10 años	1.2 (1.45-2.73)	<0.001	1 (1.7-3.9)	<0.001
Tener un bajo nivel de conocimientos	4.2 (1.8-5.2)	<0.001	1.98 (1.56-3.62)	0.045
Tener un bajo ingreso económico	1.6 (1.69-2.34)	0.002	1.35 (1.21-2.65)	0.034
Vivir en hacinamiento	1.7 (1.22-2.57)	0.004		
Tener enfermedad con presencia de cavitación	0.96 (0.7-1.9)	0.955		
Presentar disnea	2.1 (1.1-4.2)	0.022	1.64 (1.18-4.86)	<0.001
Consumo de alcohol	3.8 (2.8-5.2)	<0.001	2.64 (1.74-4.01)	<0.001
Consumo de tabaco	5.4 (1.8-4.8)	<0.001	1.89 (1.69-2.89)	<0.001
Consumo de PBC	6.9(2.9-4.9)	<0.001		
Consumo de marihuana	6.2 (2.3-5.4)	<0.001		

Intervalo de confianza de 95 %
 Valor OR | Inferior | Superior
 Valor P<0.05

Se incluyó variables cuyo valor de p fue < 0.05 en el análisis univariado, así como las creadas a criterio del investigador por ser consideradas de interés, trabajo inestable, índice de masa corporal menor de 18.5, enfermedad multibacilar (2+ y 3+).

En el análisis bivariado, se observó que los factores asociados al riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso (variables con valor significativo de OR, con IC al 95% y valor de p <0.05) fueron: vivir menos de 10 años en la zona, tener trabajo/ingreso inestable, vivir en condiciones de hacinamiento, enfermedad multibacilar, disnea, consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de PBC, consumo de marihuana. No hubo factores asociados a la protección del cumplimiento del tratamiento.

Al ingresar estas variables a un modelo multivariado se confirmó la influencia de las variables asociadas al riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso como: vivir menos de 10 años en la zona (OR:1, IC: 1.7-3.9), trabajo / ingreso inestable (OR: 1.35, IC: 1.21-2.65), disnea (OR:1,64, IC: 1.18-4.86), consumo de alcohol (OR:2.58, IC:1.79-3.71), consumo de

tabaco (OR:1,89, IC: 1.69-2.89), añadiéndose la variable sexo masculino la que mostro cambio en su significancia estadística (OR: 1.57 IC: 1.07-2.31).

Tabla N° 5. Factores de riesgo relacionados al establecimiento de salud asociados al abandono del tratamiento

Característica	Análisis bi variado		Análisis multi variado	
	OR (IC 95%)	Valor P	OR (IC 95%)	Valor P
No tener evaluación completa (médico, enfermera y nutricionista)	5.2 (3.2-8.9)	<0.001	5.4 (3.11-5.4)	0.002
No tener evaluación completa (médico, enfermera, nutricionista, psicólogo y servicio social)	1.9 (1.98-3.89)	<0.001		
Vivir a más de 12 cuadras de distancia de EESS	0.89 (0.69-1.89)	0.067		
Más de 5 días de inasistencia en Fase 1	0.98 (0.98-4.68)	<0.001		
Más de 5 días de inasistencia en Fase 2	0.78 (2.45-9.64)	<0.001		
Visita por inasistencia luego de 4 días	198.4 (42.5-98.5)			
No acudir luego de la primera visita por inasistencia	2 (1.85-4.62)	0.005	4.1 (1.45-13,2)	0.0001

Intervalo de confianza de 95 %

Valor OR

Inferior

Superior

Valor P<0.05

Se incluyó variables con valor de p <0.05 y las creadas a criterio del investigador por ser de interés como: más de 6 días de inasistencia en la primera y segunda fase de tratamiento, más de 6 irregularidades en la fase uno y más de 3 irregularidades en la fase dos; visita por inasistencia luego de 3 días, vivir a más de 12 cuadras de distancia del EESS y no acudir luego de la 1ra visita por inasistencia.

En el análisis bivariado, todas mostraron ser factores asociados al riesgo de abandono del tratamiento (variables con valor significativo de OR con IC al 95% y p <0.05).

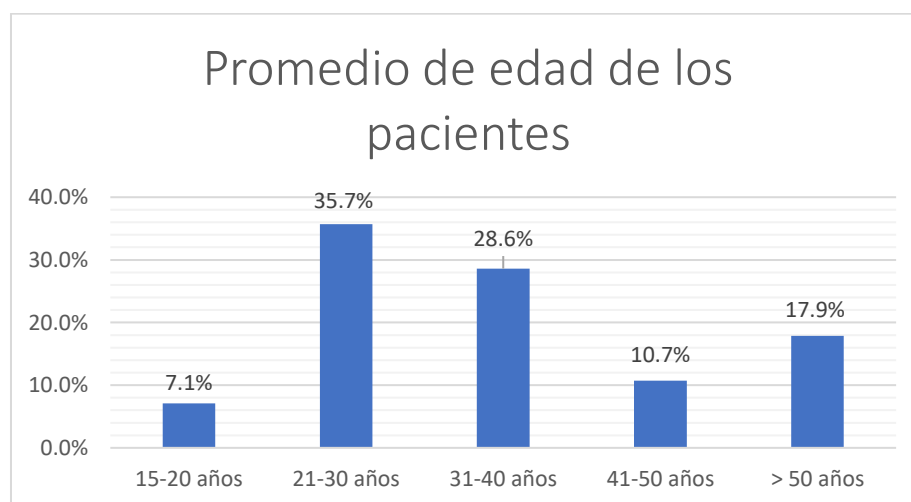
No hubo factores de protección que disminuyan el abandono del tratamiento. Al ingresar estas variables a un modelo multivariado se confirmó la influencia de las variables asociados al riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso como: no tener evaluación por médico,

enfermera y nutricionista (OR: 0,89, IC: 0.69-1.89), tener más de tres irregularidades en la primera fase (OR: 0,98, IC: 0.98-4.68) y no regresar para el tratamiento después de la primera visita por inasistencia (OR: 4,1, IC: 1.45-13,2).

Tabla 6: Rango de edad de los pacientes que abandonan el tratamiento de TB sensible en la provincia de Ica.

Promedio de edad	Frecuencia	Porcentaje
15-20 años	2	7.1%
21-30 años	10	35.7%
31-40 años	8	28.6%
41-50 años	3	10.7%
> 50 años	5	17.9%
Total	28	100%

Grafica 1: Rango de edad de los pacientes que abandonan el tratamiento de TB sensible en la provincia de Ica.



Interpretación:

Dentro de los promedios de la edad de los pacientes que abandonan el tratamiento de tuberculosis se encuentran el mayor grupo entre los 21 y 31 años con 35.7%, seguido de los 31-40 años 28.6%, luego de >50 años 17.9%, de 41-50 años 10.7% de los totales de la población.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El proceso de análisis de los diferentes resultados encontrados en nuestra investigación y al momento de realizar las comparaciones con nuestro estudio establecen que:

En nuestra investigación donde planteamos como nuestro objetivo general es determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes nuevos con BK+, esquema TB sensible en la ciudad de Ica nuestros resultados expresados en la tabla 4 nuestros datos establecieron que los principales factores asociados que se encuentran en relación al abandono del tratamiento son vivir menos de 10 años en la zona (OR:1, IC: 1.7-3.9), trabajo / ingreso inestable (OR: 1.35, IC: 1.21-2.65), disnea (OR:1,64, IC: 1.18-4.86), consumo de alcohol (OR:2.58, IC:1.79-3.71), consumo de tabaco (OR:1,89, IC: 1.69-2.89), añadiéndose la variable sexo masculino la que mostro cambio en su significancia estadística (OR: 1.57 IC: 1.07-2.31).

Al realizar la comparación de nuestros resultados con otras investigaciones relacionadas con el objetivo general tenemos la de investigación de Zevallos R (2), en su estudio encontró que los factores de asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis en los pacientes son sexo femenino OR: 1.57/1.07-2.31, estancia domiciliaria menor de 5 años con un OR: 2/1.5-2.9, el nivel de educación de secundaria completa como mínimo OR: 2.51/1.82-3.45, estos resultados concuerdan de manera relativa con los encontrados en nuestro estudio ya que solo coinciden con la relación del tiempo de estancia o lugar de residencia.

Así mismo tenemos la investigación realizada por Del Rio M (59), en su estudio realizado en Ica los principales factores de riesgo que se presentaron para el abandono del tratamiento fueron consumo de drogas OR: 6.67 con un valor de $P=0.027$, IMC <18.5 con un OR: 7.61, presencia de hemoptisis OR: 19.89, y radiografía con cavernas OR: 27.95, no coincidiendo ninguno de estos factores de riesgo con los

encontrados en nuestro estudio con lo que se demuestra que los cambios que se presentan en las circunstancias del abandono del tratamiento de tuberculosis se van modificando a lo largo del tiempo.

En el planteamiento del objetivo que determinan las características generales de la población que se encuentran expresados en la tabla 1 de nuestro estudio donde nuestros resultados demostraron que, del total de pacientes, el 21,3 % pertenecen al género femenino. La mediana de la edad es de 43 años con un mínimo de 16 y un máximo de 76 años. La mayoría son convivientes con, (47,2%), tienen secundaria completa (42,4%) y no tienen hijos (29,2%). En relación con la condición laboral, el 25% informó tener trabajo estable, el 44,5% trabajo informal y el 26,6% estar desempleado.

En cuanto al tiempo de residencia 30 años; el 38,5% tenía la vivienda ubicada en zona urbana marginal y en 28,7% hubo hacinamiento. Por otro lado, el 24,7% refirió tener antecedente de tuberculosis familiar.

Al comparar las proporciones de las variables en ambos grupos (casos y controles) hubo diferencia significativa en relación al nivel educativo secundario incompleto el cual se encontró en mayor proporción en el grupo de casos (57,2%) que en el grupo control (41,8%); así como el relacionado a la situación laboral informal /desempleado el que se encontró en mayor proporción en el grupo de casos (42,9%), versus grupo control (26%).

Al comparar estos resultados con los de Anduaga B (1), donde el mayor de los casos de abandono fueron los varones 62.5%, el 57.4% de los pacientes eran solteros, un nivel de educación secundaria, 73.5%, 27.2% presentaban comorbilidades, algunos presentaban hábitos nocivos como el alcoholismo, la drogadicción, consumo de tabaco son otros factores. Todos estos datos coinciden de manera relativa con los encontrados en nuestro estudio con lo que certifica las diferencias que existen entre las poblaciones y en los periodos de tiempo que se presentan los diferentes estudios.

En cuanto a lo planteado en nuestro objetivo específico de los factores relacionados con el establecimiento de salud para el abandono del tratamiento antituberculoso expresado en la tabla 5 tenemos que nuestros resultados demuestran que no tener evaluación por médico, enfermera y nutricionista (OR: 0,89, IC: 0.69-1.89), tener más de tres irregularidades en la primera fase (OR: 0,98, IC: 0.98-4.68) y no regresar para el tratamiento después de la primera visita por inasistencia (OR: 4,1, IC: 1.45-13,2).

Estos resultados al ser comparados con la investigación Zevallos R (2), establecieron que los factores que se relacionan con el abandono del tratamiento de los pacientes de tuberculosis que son condicionados por las condiciones del establecimiento de salud donde el no recibir la atención por parte del personal de salud se encuentra considerado como un factor de riesgo con un valor de OR: 6.4/4.4-9.3, así mismo se consideran la asistencia irregular al tratamiento con más de 3 faltas con un valor de OR: 3.1/1.4-6.6, y el no retorno del paciente a su tratamiento después de haber recibido la visita del personal de salud.

Todos estos resultados que se presentan coinciden con los que se han presentado en nuestro estudio donde se tienen en consideración que cuando el personal de salud no realiza un buen control del paciente este generalmente termina dejando el tratamiento.

Así mismo en la investigación que se presentó por Culqui D (34), donde en sus resultados expreso que los principales factores que se relacionan con el abandono del tratamiento causado por las condiciones del establecimiento de salud tenemos que más del 50% de los pacientes abandono por falta de control del personal de salud y por el factor relacionado con horarios inadecuados de atención con un OR: 9.95/1.97-50.21 con un IC 95%. Todos estos resultados coinciden de manera parcial a el presentado por nuestra investigación en el punto considerado como atención del personal de salud mientras que no se coinciden con los horarios de atención.

CONCLUSIONES

Los principales factores asociados al abandono del tratamiento de antituberculoso en los pacientes con esquema TB sensible de la provincia de Ica durante el 2018-2019, son vivir menos de 10 años en la zona, trabajo / ingreso inestable, disnea, consumo de alcohol, consumo de tabaco, añadiéndose la variable sexo masculino la que mostro cambio en su significancia estadística.

En cuanto a las principales características sociodemográficas que presentan los pacientes que abandonan el tratamiento en el esquema TB sensible fueron del género femenino, con un promedio de edad de 43 años, que se encuentran con un grado de instrucción de secundaria completa, no presentan hijos, en la mayoría de los casos el trabajo es informal, la mayoría vive en una zona urbano marginal, y en hacinamiento.

En relación a las características clínicas de los pacientes que abandonaron el tratamiento en la mayoría de los casos presentaban un IMC<18.5, presentan como principal habito nocivo el consumo del alcohol, presentan cavitaciones en las radiografías de tórax y en el control de la baciloscopia presentan un BK de ++.

Los principales factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso que se relacionan con el establecimiento de salud se encuentran la falta de atención por parte del médico, enfermera y nutricionista, la mayoría abandona en la primera fase por falta de seguimiento por parte del personal de salud al paciente.

RECOMENDACIONES

La principal recomendación en cuanto a los diferentes factores asociados al abandono del tratamiento el personal de salud debe de considerar un enfoque multidisciplinario ya que las características abarcan no solo los factores sociodemográficos, sino que se enfocan en los hábitos de los pacientes que llegan con la enfermedad.

Es algo relevante y nuevo las causas que se relacionan al abandono del tratamiento en relación a la variabilidad biológica, el promedio de edad que representa un factor alarmante ya que son personas mayores, así como los ingresos económicos y el grado de instrucción con lo que se debe de enfocar el trabajo en una mejor evaluación del personal médico en la elaboración de la historia clínica del paciente.

El personal de salud de realizar un trabajo permanente con los pacientes que lleguen con el diagnóstico de la enfermedad más la presencia de un habito nocivo, ya que son las principales causas de que los pacientes presenten complicaciones y lleguen a presentar el abandono del tratamiento.

Las causas que se relacionan con el personal de salud se deben de hacer formas de evaluación del personal para que brinden las atenciones de manera integral y obligatoria a los pacientes por las diferentes áreas mediante las interconsultas, al mismo tiempo se deben programar visitas domiciliarias para medir la calidad de vida del paciente de manera constante ya que se ha identificado como una causa de abandono del tratamiento e insatisfacción de los pacientes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Andagua B. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de atención primaria de salud. Lima [citado 2019 Enero 24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000100005
2. Zevallos R. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la red de salud de San Juan de Lurigancho. [Internet]. 2016 [citado 2019 Enero 24. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1030/Factores_ZevallosRomero_Maritza.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Zulema T, Tania H. Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento. [Internet]; 2011 - 2015 [citado 2019 Enero 24. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482015000100008
4. Gonzales T. Influencia de los factores de riesgo epidemiológicos en el abandono del tratamiento de personas afectadas por la tuberculosis pulmonar, Lima Este. [Internet]. 2013 [citado 2019 Enero 24. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8645/Gonz%3a1lez_TJ%20c3%81.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Llanos T. Factores asociados al abandono de tratamiento en personas afectadas por tuberculosis en la micro red Chiclayo 2015. [Internet]. 2015 [citado 2019 Enero 25. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/532/Llanos%20%20-%20%20Trujillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Miranda M – Factores asociados al abandono y apego del tratamiento de la tuberculosis pulmonar. [Internet]. 2016 [citado 2019 Enero 24. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020145318.PDF>

7. Centro de control de enfermedades de américa latina. Atención medica en tuberculosis. [Internet]. 2017 [citado 2019 Enero 25. Disponible en: <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/infectioncontrol/default.htm>.
8. Burkhart PV SE. Adherencia a las terapias de largo plazo. [Internet]. 2015 [citado 2019 Enero 24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14667488>.
9. Centro de control de enfermedades. Terminología de control de tuberculosis. [Internet]. 2018 [citado 2019 Enero 24. Disponible en: <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/glossary.htm>.
10. Ministerio de Salud. Estrategia sanitaria de control de tuberculosis. [Internet].; 2013 [citado 2019 Enero 24. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>.
11. HL. R. Bases epidemiológicas del control de tuberculosis / unión internacional contra la tuberculosis. [Internet].; 2014 [citado 2019 Enero 24. Disponible en: https://tbrieder.org/publications/books_spanish/epidemiology_sp.pdf.
12. Faucci A KDLDH. Principios de medicina interna / control de la tuberculosis. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 25. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1717>.
13. Urribaren T. control de la tuberculosis. [Internet].; 2016 [citado 2019 Enero 25. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/bacteriologia/tuberculosis.html>.
14. Organización mundial de la salud. Proyecto global contra la tuberculosis. [Internet].; 2016 [citado 2019 Enero 25. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43103/9241562854.pdf?sequence=1>.
15. Centro de control de enfermedades. Medios de control y diagnóstico de la tuberculosis. [Internet].; 2017 [citado 2019 Enero 26. Disponible en:

https://www.cdc.gov/tb/esp/publications/factsheets/testing/diagnosis_es.htm.

16. Ascencios L QNMTLEVLJOB. Vigilancia de la resistencia medicamentos antituberculosos Perú. [Internet].; 2016 [citado 2019 Enero 25. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000300004.

17. MINSA - Perú. Conociendo la tuberculosis. [Internet].; 2017 [citado 2019 Enero 25. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/Contenido.aspx?op=1>.

18. MINSA - ESNPCT. Situación de la tuberculosis en San Juna de Lurigancho. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 26. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>.

19. Instituto Nacional de Estadística e informática MINSA Perú. Compendio estadístico MINSA 2015. [Internet].; 2019 [citado 2019 Enero 25. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1097/libro.pdf.

20. MINSA. Dirección de salud IV San Juan de Lurigancho / oficina de epidemiología. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 25. Disponible en: http://www.limaeste.gob.pe/Virtual2/Direcc_Oficinas/OEP/Situacion_Salud/Analisis_Situac_Salud/ASIS%202015%20FINAL.pdf.

21. MINSA / dirección general de economía. Dirección general de personas/ impacto de la tuberculosis. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 26. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>.

22. A V. La carga de la enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del aseguramiento universal/ salud pública. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 27. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a15v26n2.pdf>.

23. GA. A. Situación de la tuberculosis en el Perú y la política nacional para su control "Evaluación y análisis de indicadores epidemiológicos y

operacionales". [Internet].; 2014 [citado 2019 Enero 23. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384/2777>.

24. Calvo B BR. Tuberculosis diagnóstico, tratamiento, control del abandono. [Internet].; 2018 [citado 2019 Enero 21. Disponible en: <https://www.neumosur.net/files/EB03-43%20TBC%20dco%20tto.pdf>.

25. Ministerio de Salud Argentina. Control y prevención de la tuberculosis / problema de salud pública. [Internet].; 2016 [citado 2019 Enero 22. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000049cnt-guia_de_diagnostico_tratamiento_y_prevenion_de_la_tuberculosis_2015.pdf.

26. MINSA - Perú. Plan estratégico de respuesta contra la tuberculosis en el Perú 2010 - 2019. [Internet].; 2019 [citado 2019 Enero 24. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/175.pdf>.

27. K. T. Tuberculosis: detección de casos, tratamiento, vigilancia, preguntas y respuestas. Pan American Health Org. [Internet].; 2016 [citado 2019 Enero 24. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/742>.

28. Organización Panamericana de la Salud. Plan regional de tuberculosis. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 25. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-11-s.pdf>.

29. Torres G HM. Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento/ Chile. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 26. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v31n1/art08.pdf>.

30. Quintero C RJOJ. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. [Internet].; 2013 [citado 2019 Enero 23. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/7628/6b34ac7bcb9a77dd5bd9e3b42efef9d85b91.pdf>.

31. E. D. Factores que inducen el abandono al el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte y

Rimac/ Univ. Ricardo Palma. [Internet].; 2014 [citado 2019 Enero 22. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/310>.

32. PC. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculoso. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 21. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/download/507/519/>.

33. Shargie E LB. Determinantes del tratamiento y adherencia en paciente con tuberculosis positiva en Etiopía. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17298164>.

34. Culqui D GCRSJSLea. Factores de pronóstico del abandono de tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú/ Revista Panamericana de la Salud. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 25. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n1/14-20/>

35. Pineda NIS, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. [Internet].; 2017 [citado 2019 Enero 26. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n4/271-278/>.

36. Barriga L EJ. Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en la provincia de Granada/ España. [Internet].; 2014 [citado 2019 Enero 27. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713001893>.

37. Soza P PSBM. Dropout from tuberculosis treatment in Nicaragua / resultados comparativos / revista panamericana de la salud. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 28. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n4/271-278/>.

38. Cáceres F OL. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso/ Biomédica. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 28. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/170>.

39. U T. Nivel de conocimientos en pacientes afectados de tuberculosis en el centro de salud Maria Teresa de Calcuta/Univ. Ricardo Palma. [Internet].; 2015 [citado 2019 enero 28. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/467>.
40. Andagua B MQBRCDVMWRea. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria de Lima /Perú. [Internet].; 2016 [citado 2019 Julio 25. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000100005.
41. Tijero T. Relación entre la adherencia y el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el centro de salud Primavera El Agustino /UNMSM. [Internet].; 2016 [citado 2019 Julio 25. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/519/tacuri_tm.pdf;jsessionid=B56E732A3C7E4C2F2CAE4A933EB78508?sequence=1.
42. Xu W LWZYZLSHWJ. Adherence to ant tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients a qualitative and quantitative study. [Internet].; 2015 [citado 2019 Junio 22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19765290>.
43. Ferrer X KATJJJMMEA. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago de Chile. [Internet].; 2017 [citado 2019 Junio 22. Disponible en: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/507>.
44. Arriola H CCQFTD. Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculosos/ Revista Herediana. [Internet].; 2015 [citado 2019 Julio 24. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2011/febrero/07%20AN TITUBERCULOSO.pdf>.

45. Salazar G URZRRCMF. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín/ Colombia. [Internet].; 2014 [citado 2019 Agosto 25. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/451>.
46. M. ZTGyTH. Perfil del paciente con tuberculosis que abandona. [Internet].; 2015 [citado 2019 Agosto 13. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v31n1/art08.pdf>.
47. Chang B ea. Factores de riesgo de la tuberculosis entre Silicoticos. [Internet].; 2014 [citado 2019 Junio 22. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a05v33n1.pdf>.
48. Adejumo O DOOAATAEAR. Factors affecting treatment interruption among TB patients in Lagos Nigeria: Is there any need for treatment supporters. International journal of clinical medicine. [Internet].; 2016 [citado 2019 Junio 12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5715566/>.
49. G. G. Relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud de Jicamarca MINSA. UNIV Ricardo Palma. [Internet].; 2013 [citado 2019 junio 11. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/301>.
50. Álvarez G AJDJF. Percepciones y practicas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas México/ REV Salud pública de México. [Internet].; 2015 [citado 2019 Junio 10. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v42n6/3977.pdf.
51. Munro S LSHEMFAVJ. Patient's adherence to tuberculosis treatment a systematic review of qualitative research. [Internet].; 2017 [citado 2019 Junio 12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17676945>.
52. Mesen A CG. Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis. Estudio de un caso urbano el Cantón Desamparados Costa Rica. [Internet].; 2017 [citado 2019 Junio 16.

Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592005000100007.

53. Quevedo C SRVPC. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de paciente con tuberculosis pulmonar en centros de salud / Rev Herediana. [Internet].; 2015 [citado 2019 Junio 11. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2536>.

54. Dante R. Culqui C. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. [Internet].; 2018 [citado 2019 Agosto 10. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-factores-asociados-al-abandono-tratamiento-articulo-S0300289612000075>.

55. V. R. abandono del tratamiento antifimico de pacientes con tuberculosis pulmonar en Ensenada BC / Universidad de Baja California. [Internet].; 2016 [citado 2019 Junio 11. Disponible en: http://www.raquelmuniz.com/wp/wp-content/uploads/2019/04/2013_11_11_Tesis-Alejandra-Garcia_final.pdf.

56. Manjarrez Morales EM, Serrano Montes V, Cano Pérez G, Verduzco Guerrero E, Escandón Romero C, Escobedo de la Peña J. Principales causas de abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar/ México. [Internet].; 2014 [citado 2019 Agosto 09. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/lil-177090>.

57. Rodriguez A MC. Adherence to drug therapy and its determinats factors in patients with tuberculosis in a health center in Santiago of Cali/ Revis. Colomb. [Internet].; 2014 [citado 2019 Agosto 08. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74182014000100007.

58. Meza C, Peralta P. Adherencia terapeutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro red La Palma, Ica 2017. Rev. Panacea [Internet].; 2018 [citado 2019

Agosto 08. Disponible en:
<https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/37/36>

59. Del Rio M, Gomez D, Factores de riesgo que influyen en el fracaso del tratamiento individualizado de tuberculosis multidrogorresistente en la provincial de Ica, 2000-2014. Rev. Panacea. [Internet].; 2018 [citado 2019 Agosto 08. Disponible en:
<https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/17/17>

ANEXOS

anexo 1: Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

CODIGO N°

NOMBRES Y APELLIDOS
 DNI..... N° HISTORIA CLINICA.....
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... HORARIO ATENCION.....
 DIRECCIÓN.....LOCALIDAD.....
 SECTOR.....DISTANCIA AL EESS (cuadras).....
 FECHA INGRESO..... FECHA EGRESO.....

EDAD (Años cumplidos)		<input type="text"/>
SEXO	1. Masculino	<input type="checkbox"/>
	2. Femenino	<input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	1. Casado	<input type="checkbox"/>
	2. Conviviente	<input type="checkbox"/>
	3. Soltero	<input type="checkbox"/>
	4. Viudo	<input type="checkbox"/>
	5. Divorciado/separado	<input type="checkbox"/>
GRADO DE INSTRUCCIÓN (año terminado)	1. Analfabeta	<input type="checkbox"/>
	2. Primaria	<input type="checkbox"/>
	3. Secundaria	<input type="checkbox"/>
	4. Superior/Técnico	<input type="checkbox"/>
ESTADO LABORAL	1. Estudiante	
	2. Dependiente	
	3. Independiente-formal	
	4. Independiente-informal	<input type="checkbox"/>
	5. Desempleado	<input type="checkbox"/>
FAMILIA	1. Sin hijos	
	2. 1 hijo	
	3. 2 a más hijos	
IMC (peso/talla²)	1. Bajo peso = IMC <18.5	<input type="checkbox"/>
	2. Normal = IMC 18.5 – 24.9	<input type="checkbox"/>
	3. Sobrepeso = IMC 25 – 29.9	<input type="checkbox"/>
	4. Obesidad = IMC ≥ 30	<input type="checkbox"/>
CONSUMO DE TABACO	1. Actual	<input type="checkbox"/>
	2. Pasado	<input type="checkbox"/>
	3. Nunca	<input type="checkbox"/>
CONSUMO DE ALCOHOL	1. Actual	<input type="checkbox"/>
	2. Pasado	<input type="checkbox"/>
	3. Nunca	<input type="checkbox"/>
CONSUMO DE DROGAS	1. Actual	<input type="checkbox"/>
	2. Pasado	<input type="checkbox"/>
	3. Nunca	<input type="checkbox"/>

HACINAMIENTO (> de 3 personas por habitación)	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTE DE TB EN LA FAMILIA	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
RESULTADO BACTERIOLÓGICO AL INICIO DEL TRATAMIENTO	1. + <input type="checkbox"/> 2. ++ <input type="checkbox"/> 3. +++ <input type="checkbox"/>
TIEMPO DE ENFERMEDAD (semanas)	
SINTOMATOLOGIA	1. Tos productiva <input type="checkbox"/> 2. Pérdida de peso <input type="checkbox"/> 3. Anorexia <input type="checkbox"/> 4. Diaforesis <input type="checkbox"/> 5. Sensación alza térmica <input type="checkbox"/> 6. Hemoptisis <input type="checkbox"/> 7. Dolor de tórax <input type="checkbox"/> 8. Disnea <input type="checkbox"/> 9. Debilidad <input type="checkbox"/>
EVALUACIÓN PROFESIONAL	Médico-Enfermera-Nutricionista <input type="checkbox"/> 1. ≤1Semana <input type="checkbox"/> 2. >1 Semana <input type="checkbox"/> 3. No completo evaluación <input type="checkbox"/> Médico-Enfermera-Nutricionista-Psicólogo-Social <input type="checkbox"/> 1. ≤1Semana <input type="checkbox"/> 2. >1 Semana <input type="checkbox"/> 3. No completo evaluación <input type="checkbox"/>
IRREGULARIDAD AL TRATAMIENTO (≥ a 3 días)	Ira fase <input type="checkbox"/> 1. (1 vez) <input type="checkbox"/> 2. (2 a 4 Veces) <input type="checkbox"/> 3. (> de 5 veces) <input type="checkbox"/> 2da fase <input type="checkbox"/> 1. (1 vez) <input type="checkbox"/> 2. (2 a 4 veces) <input type="checkbox"/> 3. (> de 5 veces) <input type="checkbox"/>
TOTAL DIAS DE INASISTENCIA AL TTO	1. (1ra fase) <input type="checkbox"/> 2. (2da fase) <input type="checkbox"/>
DÍAS TRANSCURRIDOS ENTRE INASISTENCIA Y PRIMERA VISITA	
Nº VISITAS DE SEGUIMIENTO	1. (1ra fase) <input type="checkbox"/> 2. (2da fase) <input type="checkbox"/>
CONDICION DE EGRESO	1. Terminó tratamiento <input type="checkbox"/> 2. Abandono <input type="checkbox"/>

Anexo 2: Informe de antiplagio



Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
Software Antiplagio



INFORME DE REVISIÓN

Se ha realizado el análisis con el software antiplagio de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", por parte de los docentes responsables, al documento cuyo título es:

**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
ESQUEMA TB SENSIBLE DE LOS PACIENTES NUEVOS BK (+) EN LA CIUDAD DE
ICA 2018 - 2019**

Presentado por:

ISMAEL ENRIQUE ANTEZANA ROCA

Del nivel **PREGRADO** de la facultad de **MEDICINA HUMANA** obteniéndose como resultado una coincidencia de **6.95%** otorgándosele el calificativo de:

APROBADO

Se adjunta al presenta el reporte de evaluación del software antiplagio.

Observaciones:

Se aprueba la Tesis, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 30 de Marzo de 2021

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DAC"
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Dra. CARMEN ROSARIO VERA CACERES
Directora de la Unidad de Investigación

CARMEN ROSARIO VERA CACERES
COORDINADOR
SOFTWARE ANTIPLAGIO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

LUIS MARTIN BERNAOLA VIZARRETA
ASESOR
SOFTWARE ANTIPLAGIO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA