



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Prevalencia Epidemiológica de las personas con Tuberculosis
pulmonar y Extra pulmonar atendidos en el Puesto de Salud
Collanac - Pachacamac 2017-2020

TESÍS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Gutierrez Jara, Alex (ORCID: 0000-0002-4396-1894)

ASESOR:

Mgr. Quiñones Castillo, Karlo Ginno (ORCID: 0000-0002-2760-6294)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo de salud

**LIMA - PERÚ
2020**

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a toda mi familia y en especial a mi abuelita Belén que desde el cielo derrama su bendición para que todo vaya bien en las cosas que nos podamos proyectar, tomando en cuenta que el fin del proyecto es colaborar con la mejoría de la salud pública en el ámbito de la enfermedad infectocontagiosa de la localidad de Manchay.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a mi hermano Crisologo y al profesor del curso Karlo Ginno, sin el apoyo de ellos no hubiese podido lograr realizar este trabajo de investigación basado en una enfermedad que abarca de mucho conocimiento y esfuerzo por la coyuntura en el cual nos encontramos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	11
II. MARCO TEÓRICO	17
III. METODOLOGÍA	29
Diseño de Investigación Básica	29
Población y muestra	30
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
Métodos de análisis de los datos	31
Aspectos éticos	32
IV. RESULTADOS	33
V. DISCUSIÓN	44
VI. CONCLUSIONES	52
VII. RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS	55
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Operacionalización de variables	29
TABLA 2. Prevalencia de pacientes con TBC atendido dentro del Establecimiento.	33
TABLA 3. Tipo de tuberculosis de los pacientes con TBC atendidos dentro del Establecimiento.	34
TABLA 4. Órganos afectados en tuberculosis extrapulmonar atendidos en el Establecimiento	35
TABLA 5. Características biológicas de pacientes con TBC atendidas dentro del Establecimiento	36
TABLA 6. Características sociales del paciente TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento	38

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Prevalencia de pacientes con TBC atendido dentro del Establecimiento.	
33	
<i>Figura 2.</i> Tipo de tuberculosis de los pacientes con TBC atendidos dentro del Establecimiento.	34
<i>Figura 3.</i> Órganos afectados en tuberculosis extrapulmonar atendidos en el Establecimiento.	35
<i>Figura 4.</i> Edad de pacientes con TBC pulmonar atendidos dentro del Establecimiento	37
<i>Figura 5.</i> Edad de pacientes con TBC extrapulmonar atendidos dentro del Establecimiento	37
<i>Figura 6.</i> Sexo de pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento.	40
<i>Figura 7.</i> Grado de instrucción, pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento.	40
<i>Figura 8.</i> Lugar de procedencia, pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento.	41
<i>Figura 9.</i> Ocupación de pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento	42
<i>Figura 10.</i> Estado Civil, pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar atendidos dentro del Establecimiento	42
<i>Figura 11.</i> Vacuna BCG de pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento.	43

RESUMEN

Este trabajo es un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y Epidemiológico, tuvo por objetivo: Determinar la prevalencia epidemiológica de las personas con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar atendidos en el puesto de salud Collanac de enero 2017 - junio del 2020. La población en estudio estuvo conformada por todas los enfermos de tuberculosis de dicho Puesto de salud, diseño muestral se trabajó con 59 personas con tuberculosis, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión determinados en la investigación.

Se aplicó técnica de observación y como instrumento ficha de registro de datos, organizado en 4 grupos con preguntas de tipo nominal y ordinal según la variable de estudio, utilizando Excel para consolidar los datos y poder facilitar la aplicación estadística descriptiva. Concluyendo sobre prevalencia de la persona con Tuberculosis en el Puesto de Salud mencionado, fue de 8.57 por 10 000 habitantes, predominó la tuberculosis pulmonar con 64.4%, el órgano más afectado en tuberculosis extrapulmonar fue a nivel pleural con 61.9% de los casos encontrados, las Características Biológicas; 50.8% fueron de 30 a 59 años, 57.6% sexo masculino y las Características Sociales; 83.1% grado de instrucción secundaria, 64.4% son Portada I Manchay, 39% trabajadores dependientes, 49,1% convivientes, 96.6% vacunados de BCG.

Palabras claves: epidemiología, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.

ABSTRACT

This work is an observational, retrospective, descriptive and epidemiological study, its objective was to: Determine the epidemiological prevalence of people with pulmonary and extrapulmonary tuberculosis treated at the Collanac health post from January 2017 - June 2020. The study population consisted of for all tuberculosis patients at said Health Post; the sample design was carried out with 59 people with tuberculosis, fulfilling the inclusion and exclusion criteria determined in the research.

Observation technique was applied and data record sheet instrument was applied, organized into 4 groups with nominal and ordinary questions according to the study variable, using Excel to consolidate the data and facilitate the descriptive statistical application. Concluding on the prevalence of the person with Tuberculosis in the aforementioned Health Post, it was 8.57 per 10 000 inhabitants, pulmonary tuberculosis predominated with 64.4%, the organ most affected in extrapulmonary tuberculosis was at the pleural level with 61.9% of the cases found, Biological Characteristics; 50.8% were from 30 to 59 years old, 57.6% were male and Social Characteristics; 83.1% secondary education grade, 64.4% are Portada I Manchay, 39% dependent workers, 49.1% cohabitants, 96.6% vaccinated with BCG.

Key words: epidemiology, lung and extrapulmonary tuberculosis.

I. INTRODUCCIÓN

En el proceso histórico de la humanidad y las primeras civilizaciones, se han preocupado principalmente por la salud del ser humano, siempre comparados con otros factores determinantes como los económicos, sociales y culturales. Es así como la trascendencia de salud ha afectado durante años a las distintas comunidades, selectivamente a las menos privilegiadas, debido a la situación de vida que llevan y a factores ambientales, que han acondicionado para su transmisión de la tuberculosis, posicionándose en el primer lugar en las estadísticas de morbilidad, sobre todo en los países subdesarrollados (1).

En las nuevas investigaciones de tuberculosis se demuestra que hubo la mayor cantidad de muertes del siglo XXI por esta epidemia, también se llegó a encontrar las bacterias resistentes a los medicamentos iniciales al tratamiento y el hallazgo del VIH/SIDA. (2).

Se dice que actualmente la tercera parte de las personas en el mundo están contagiado con TBC, la cual constituye un almacenamiento para producir casos nuevos y la tuberculosis ocupa entre las primeras causas de mortalidad por ser una enfermedad infectocontagiosa y atacando a las personas más vulnerables por la condición en la cual se encuentran, más de diez millones al año son contagiados por esta enfermedad. (3) (4).

La tuberculosis (TB) es una enfermedad muy contagiosa, se puede prevenir, curar con un buen componente social (5). Según aproximaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia al año de la TBC a nivel global está reduciendo pausadamente, considerando el 1,5% desde el año 2000; por otro lado la cantidad de pacientes con TBC se viene elevando. entonces para el 2015 se tiene un aproximado de 10.4 millones de infectados por la TBC, 580 mil infectados con TBC Multidrogoresistente (TBC MDR), 1.2 millones de nuevos infectados de TBC/VIH y 1.8 millones de muertes por esta enfermedad, por eso se considera la enfermedad que dado más muertes a comparación de VIH y la malaria. (6).

En relación a la enfermedad de la TBC, la OMS ha condicionado un plan “Fin de la Tuberculosis” donde los objetivos al 2035, en relación al año 2015, son: i) disminuir en un 95% la defunciones por TBC; ii) disminuir la causa de las consecuencias de TBC en un 90% y iii) proponer que ninguna familia le ocasione gastos ante esta enfermedad de la TBC (que todo se podría costear con algún fondo público o donativos y reducir el gasto por el tratamiento y servicios que originen la tuberculosis) (7).

Los 3 principales objetivos para lograr la meta a través del plan estratégico “Fin de la Tuberculosis”, son: Pilar 1: Prevención y atención integral de la TBC centralizado en el enfermo; Pilar 2: Políticas eficaces y sistemas de soporte, y Pilar 3: búsqueda de nuevas incidencias para el logro de un mejor estudio (8)(9). Informe de los datos tomados por la (OMS) demuestran que aproximadamente la causa de la TBC en el 2015 fue de 10.4 millones de incidencias nuevas lo cual el 56% en varones ,345 féminas y el 10% en infantes. Los pacientes VIH/SIDA un aproximado de 1,2 millones (11%) dentro de los diagnosticados totales de TBC (10).

En todo el mundo, en número de causas de TBC nos da una amplia diferencia con relación a otros países. El alto índice de pacientes encontrados de TBC se informó en los continentes Asiático - Sudoriental - Pacífico Occidental (58%) y África (28%). Donde se encontró que en 22 países del mundo tenían alta incidencia de la enfermedad (con porcentajes mayores a 150 paciente por cada 100 mil habitantes anualmente), el cual Sudáfrica y Swazilandia son los países con mayor casos en todo el mundo (relativamente más de mil pacientes por cada 100 mil habitantes cada año). El continente Americano es el que tiene mayores casos dentro de rango de incidencia de 50 pacientes por 100 mil habitantes (11)

El continente Americano alberga al 5% de los pacientes con TBC mundialmente y lo cual el 50% se encuentran entre los países Brasil, Perú, Bolivia y Haití anualmente. El Perú se encuentra en la segunda tasa de incidencia más elevada de tuberculosis en el continente Americano y el Caribe, para el 2017 se han notificado 30 008 pacientes con TBC con número de causas de 97 casos por 100 000 habitantes y Cuenta con el mayor número de casos e incidencia más alta de

tuberculosis multidrogoresistente en la Región (12).

Perú cuenta con el 13% de pacientes con TBC dentro del continente Americano; la ciudad de Lima cuenta con el 50% de pacientes con TBC dentro del país y el 70% son pacientes con TBC Multidrogoresistente (TB-MDR) y Extensamente resistente (TB-XDR). La ciudad de Lima está distribuido por 9 Redes de Salud que brindan la atención primaria de salud; siendo la Red de Salud Lima Norte VI Túpac Amaru (distritos de Comas, Carabaylo e Independencia) es donde se encuentra el mayor porcentaje de casos de tuberculosis, TB-MDR y TB-XDR (12).

El Perú está en puesto 15 de muertes ocasionados por la tuberculosis y el puesto 27 de la mayor enfermedad medida por año de vida saludable perdida (AVISA). Por consecuencia la mayor parte de afectados son las personas más vulnerables de los países subdesarrollado (13)

En el Perú la tuberculosis se determina por distintas regiones considerando su estado de salud dentro del año 2015, el 80% de los pacientes con TBC en este año, fueron informados de la siguiente manera en orden decreciente por diez regiones de salud distintas: la ciudad de Lima (Lima Este, Lima Ciudad y Lima Sur), Callao, La Libertad, Loreto, Ica, Lima Provincias, Junín, Lambayeque, Arequipa y Ucayali. Lima ciudad y la Región Callao informaron el 59,3% de todos los pacientes con TBC en todo el Perú para el año 2015 considerando también los nuevos casos, dentro del género y a los grupos de edad se encontraron 27 299 pacientes nuevos identificados en el año 2015, 16 680 (61,1%) fueron hombres. En personas menores de 15 años no existe diferencia en cuanto al género. Entre las edades de 15 y 24 años ayudaron en gran cantidad para la examinación de casos (29%) y la población económicamente activa, entre 15 y 64 años, constituye el 84% (13).

El Perú a través de la Ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú (14) y su Reglamento (Decreto Supremo 021-2016) (15), declara de interés nacional la lucha contra la TB en el país, realizando de esta manera que la supervisión y monitoreo de la TBC sea para el estado una política

independiente a los gobernantes que están de turno. Los casos encontrados y afectados por la TBC son captados y de inmediato se inicia tratamiento gratuito recopilando la información necesaria para el ingreso al sistema de salud. El 73% es atendido por el MINSA, el 19% por el Seguro Social (ESSALUD), el 7% en el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el 1% en las Sanidades de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas. Las atenciones en instituciones privadas son mínima ya que los medicamentos están prohibido vender de forma liberada en nuestro país. Los casos encontrados por las instituciones privadas son derivadas al Es Salud y el MINSA, ya sea pacientes con TBC sensible o TBC Multidrogoresistente.

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa encontrada hace muchos años atrás habiendo encontrado adelantos científicos y alcanzado su nivel social, continúa siendo una constante amenaza peligrosa para nuestra salud. Se acuerda una alianza política con todas los países para lograr, establecer una estrategia para mejorar los servicios de salud y darle fin a esta enfermedad de la tuberculosis (16).y no es ajeno la presencia de esta enfermedad en nuestra localidad, donde todas las personas diagnosticadas con tuberculosis son tratadas en nuestro puesto de salud.

El puesto de salud Collanac Pachacamac se ubica en la localidad de Manchay distrito de Pachacamac, provincia de Lima, región Lima; fue fundada el 17 de abril de 1994, el puesto de salud es categoría I2 y la población que pertenece a su jurisdicción es de 17637 habitantes y está distribuido en los siguientes sectores: Pedregal, Florida, Palmera, Captus, 24 de junio, Ficus, Santa rosa , Sol de Pachacamac, Sol de San Fernando, Sol de Manchay, San judas Tadeo, Señor de los Milagros, Miguel Grau Y Pampa chica (17).

En el Perú la TBC pulmonar y extrapulmonar es una situación problemática de la salud y el personal de enfermería tiene un rol muy importante frente a esta realidad, ya que tienen una alta responsabilidad en todo el ámbito promocional y preventivo de la salud y es donde participan activamente en la mejoría de la salud de su localidad.

Sobre la base de la realidad problemática presentada se planteó el problema

general de la investigación. ¿Cuál es la prevalencia epidemiológica de las personas con TBC pulmonar y extra pulmonar examinados en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac Enero 2017- junio del 2020? Y los problemas específicos ¿Cuál es las dos formas de tuberculosis es más frecuente en personas examinadas en el Puesto de salud Collanac Pachacamac 2017-2020? ¿Cuál de los géneros presentó mayor frecuencia de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar? ¿Cuál es el órgano más afectado en tuberculosis extrapulmonar? ¿Cuál es la prevalencia de la TBC pulmonar y extrapulmonar según sus características biológicas y sociales (edad, sexo, grado de instrucción, procedencia, ocupación y estado civil)?

Este trabajo de investigación está justificado por los problemas encontrados de casos de tuberculosis en la jurisdicción y no solo ahí esto se refleja a nivel nacional e internacional, los índices de mortalidad y morbilidad ocasionan un gran gasto al estado y por ende la prevalencia de esta enfermedad es muy alta, es importante seguir con la línea de investigación sobre la tuberculosis. Sin embargo a pesar que se realiza diferentes estrategias a nivel nacional mundial para poder erradicar o disminuir los casos de tuberculosis, se siguen presentando muchos casos en especial la de tipo extrapulmonar debido a su difícil diagnóstico.

El trabajo de investigación nos ayudó a determinar la prevalencia epidemiológica de las personas con TBC pulmonar y extra pulmonar examinados en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac durante el periodo Enero 2017-Junio del 2020, el cual proporcionará datos importantes y válidas para el programa de TBC (ESNPCT), así mismo nos mostrará la problemática actual y así poder tomar decisiones oportunas para mejorar y solucionar los inconvenientes de dicho problema.

El personal de salud podrá crear metas que puedan disminuir la propagación de esta enfermedad infectocontagiosa. De la misma manera el trabajo de investigación nos ayudara como referencia o fuente bibliográfica para otros trabajos que se puedan realizar en el futuro y poder considerar la mejora calidez de vida a una persona enferma.

Se plantea a continuación la hipótesis, que se evidencia una prevalencia de personas diagnosticadas con tuberculosis pulmonar respecto a la tuberculosis extrapulmonar atendida en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac entre las fechas de enero 2017-junio del 2020.

Los objetivos que se plantearon en el presente trabajo de investigación fue: Como objetivo general: Determinar la prevalencia epidemiológica de las personas con TBC pulmonar y extra pulmonar examinados en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac durante el periodo Enero 2017-Junio del 2020. Como objetivos específicos: 1. Establecer cuál de las dos formas de tuberculosis es más frecuente en personas examinadas en el Puesto de salud Collanac Pachacamac 2017-2020. 2. Determinar cuál de los géneros presentó mayor frecuencia de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. 3. Determinar el órgano más afectado en tuberculosis extrapulmonar. 4. Identificar la prevalencia de la TBC pulmonar y extrapulmonar según sus características biológicas y sociales (edad, sexo, grado de instrucción, procedencia, ocupación y estado civil).

II. MARCO TEÓRICO

Al revisar diferentes trabajos de investigación relacionados al nuevo trabajo de estudio; en el marco internacional se reportaron trabajos de investigación como en Colombia, Méndez, Y. y Caicedo, E. (2018); quienes realizan una “Comparación de factores socioeconómicos y diagnósticos relacionados con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, en Boyacá, durante 2015” que tuvo como objetivo comparar estos factores tanto sociales y económicas con los diferentes métodos de diagnóstico. El tipo de estudio fue observacional, retrospectivo. La población y muestra se brindó la información por la Secretaría de Salud de Boyacá donde se reportaron los casos posibles de TBC por un sistema SIVIGILA. Tuvieron 103 pacientes diagnosticados por TBC en el departamento de Boyacá, Colombia; se dividió en grupos según el tipo de tuberculosis y se excluyeron la información duplicada. Donde se observó que el tipo de tuberculosis que presentó mayor casos fue la tuberculosis pulmonar y las personas con tuberculosis extrapulmonar necesitaban un tratamiento más especializado y los órganos más afectados fueron; a nivel meníngeo, pleural y osteoarticular, también se pudo observar que la desnutrición tiene una alta relación con el tipo de tuberculosis pulmonar. Concluyeron que el abordaje de los factores socioeconómicos frente a la epidemiología de la tuberculosis es de mucha importancia para poder controlar a esta enfermedad (18).

En El Salvador, Alvarenga, A. y Cruz, M. (2017); en un estudio “Prevalencia de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en pacientes del hospital nacional Rosales en los años 2014 y 2015” con el objetivo de determinar cuál de los dos tipos de tuberculosis como TB pulmonar y extrapulmonar es el más prevalente en los pacientes del Hospital Nacional Rosales en los años 2014 y 2015, también se determinó el género donde se presentó con mayor frecuencia la tuberculosis. El tipo de estudio que se realizó fue documental retrospectivo, sincrónico y descriptivo, donde su población fueron todas las personas con sospecha de tuberculosis en los diferentes ocupaciones del nosocomio durante los años 2014 y 2015 obteniendo un total de 1657 y toda la información que se recopiló fue a través de los datos brindados por el paciente sospechosos de tuberculosis que se atendieron en los diferentes ocupaciones del nosocomio durante los años

2014 y 2015 Concluyendo que la forma de TBC que prevaleció fue la TBC pulmonar a pesar de que el número de muestras de la tuberculosis extrapulmonar que se procesaron es mayor en comparación al número de muestras de tuberculosis pulmonar, y también se observó que la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar el año 2014 el que presentó mayor prevalencia fue la tuberculosis pulmonar con un porcentaje de 18.09% en comparación con la tuberculosis extrapulmonar que solo presento 2.77% y el género que presento mayor porcentaje de pacientes de TBC durante los años 2014 y 2015 fue el género masculino en ambos años(19).

En Ecuador, Correa, V. y Farez, M. (2017); en un estudio “Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil” con el objetivo de conocer las características epidemiológicas en las personas diagnosticadas con TBC en el Establecimiento Salud de la ciudad de Guayaquil. Concluye que el mayor porcentaje de casos con tuberculosis son hombres, con respecto a su edad se observó que las personas de 40 años presentaron el mayor porcentaje; el estado civil el más frecuente fue de unión libre, el grado de instrucción fue a nivel secundario, y un porcentaje mínimo tiene un empleo , seguido de aquellos que no tienen un empleo estable y las enfermedades asociadas más frecuentes fueron en primer lugar el VIH, seguido de la Diabetes Mellitus y en un porcentaje mínimo fue la Hipertensión Arterial (20).

Y en el ámbito nacional tenemos estudios realizados en Chimbote, Blas, R. y Liñan, J. (2016). En el estudio “Perfil epidemiológico de la persona con TBC examinados en el Establecimiento de salud Coishco 2011 – 2015”, que tuvo como objetivo determinar el perfil epidemiológico de los usuarios diagnosticados con tuberculosis que fueron atendidos en el Centro de Salud Coishco durante el periodo 2011 – 2015. El tipo de estudio realizado fue descriptivo, epidemiológico de corte transversal donde la muestra de estudio fue todas las personas diagnosticadas con TBC (56 personas) de la ESNPCT en el periodo 2011- 2015. Concluyendo que la prevalencia de todos los casos de TBC de los pacientes que fueron atendidas en el Establecimiento de Coishco 2011 – 2015, fue de 7.13 por 10 000 habitantes, con respecto al tipo de TBC el que domino fue la TBC

pulmonar con el 83.9% del total de pacientes; la edad donde fue alto el porcentaje es entre los 15 – 24 años con un 33.9%, el sexo que presento mayor porcentaje fue el masculino con 57.1% y en un 50% se observó más casos en aquellas personas con y sin antecedente familiar, el grado de instrucción el 60.7 % se presentó a nivel de la secundaria, el 80.4% provienen del lugar del trabajo realizado, el 33.3% de los casos con tuberculosis son estudiantes, el estado civil se evidencio que el 57,1% son solteros, las personas con más de 6 contactos represento un 42.9%.con respecto a los riesgos sociales; un 12.5% de las personas con tuberculosis consumía alcohol y un 5.4% consumía drogas, el 8.9% estuvo asociado a VIH/SIDA, en cuanto al tratamiento se evidenció que el 83.9% de las personas con tuberculosis son casos nuevos, un 98.2% de las personas con tuberculosis tenía un esquema para tuberculosis sensible, un 60.7% se curó de la enfermedad y por último el porcentaje de muertes de pacientes diagnosticadas con TBC atendidos en dicho Establecimiento entre los años 2011 – 2015, fue de 0.25 por 10 000 habitantes (2 fallecimientos); 0.64 por 10 000 habitantes en 2012 y 0.63 por 10 000 habitantes en 2015(21).

En Lima, Carrasco, S. (2016) en el estudio de “Perfil epidemiológico y clínico de la tuberculosis en los pacientes del centro de salud santa fe callao durante enero 2011 – diciembre 2015” que tuvo como objetivo determinar el perfil epidemiológico y clínico de la Tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Fe – Callao 2011 - 2015. El tipo estudio que se realizo tuvo un enfoque cuantitativo epidemiológico, fue observacional, descriptivo de corte transversal y retrospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 113 pacientes atendidos durante el periodo enero 2011 a diciembre 2015. Utilizaron como técnica la observación y el instrumento de recolección de datos fue una ficha epidemiológica del MINSA. Donde se observó que la prevalencia decreció durante los años 2011- 2015 de 29.6% a 19.6% respectivamente. con respecto a las características epidemiológicas: las personas adultas presentaron mayor numero 32%,de casos Adultos, el sexo que presento mayor número de casos fue masculino 65%, con vacuna BCG fue de 94%, el estado nutricional fue normal con un 56%.en cuanto a las características clínicas: la TBC más frecuente fue la TBC pulmonar con 76%,las personas que recibieron un esquema de tratamiento fue un 90% el de tipo sensible, los casos nuevos represento un

76%, las personas que lograron curarse un 73% y no presentaron comorbilidades en un 63%. el lugar de procedencia que presentó mayor número de casos fue de la Urb. Santa Marina Sur y también se evidenció que no presentaron vulnerabilidad ni hábitos nocivos (22).

Como parte de las teorías relacionadas de esta investigación se detallan algunos conceptos como:

La prevalencia epidemiológica se refiere a una probabilidad estática de una condición dada (estar enfermo) en un determinado momento en el tiempo. Sin embargo, no calcula el riesgo de contraer la enfermedad (59).

La prevalencia se refiere al número de individuos que, en relación con la población total, padecen una enfermedad determinada en un momento específico. Debido a que un individuo sólo puede encontrarse sano o enfermo con respecto a cualquier enfermedad, la prevalencia representa la posibilidad de que un individuo sea un caso de dicha enfermedad en un momento específico (52).

La prevalencia es una proporción que indica la frecuencia de un evento. En general, se define como la proporción de la población que padece la enfermedad en estudio en un momento dado, y se denomina únicamente como prevalencia (p). Como todas las proporciones, no tiene dimensiones y nunca puede tomar valores menores de 0 o mayores de 1. A menudo, se expresa como casos por 1 000 o por 100 habitantes (52).

La epidemiología es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o fenómenos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios (53).

Las Características Biológicas, se define como patrón de características físicas y anatomofisiológicas que definen al ser humano. Incluyen: edad, sexo, estado civil, lugar de residencia entre otros.

Edad: Tiempo cronológico de vida de una persona transcurrida desde su nacimiento hasta el momento actual en que se realiza la recolección de datos (54).

Sexo: es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y que poseen a partir de su nacimiento (54).

Antecedente Familiar: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia. Así mismo se les conoce como antecedentes médicos familiares (52).

Las Características sociales es un conjunto de indicadores que representan las principales características sociales. Para efectos de la investigación se consideran las siguientes:

Grado de Instrucción: Es el nivel de instrucción académica que una persona ha recibido (55).

Procedencia: Lugar donde la persona afectada con tuberculosis vivió mayor tiempo (56).

Ocupación: Actividad predominante que desempeña una persona para su desarrollo y productividad en un tiempo y espacio determinado (57).

Estado civil: Es la situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio que existen en cada país (58).

La TBC es la enfermedad infectocontagiosa causada etiológicamente es contraído por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, comúnmente daña el órgano pulmonar (tuberculosis pulmonar), sin embargo podrían dañar otras zona del cuerpo, la parte cerebral, mamas, pleura, parte ósea, estomago, los riñones y la zona lumbargica a ese grupo se denomina (tuberculosis Extrapulmonar) (24).

En el año de 1882, Robert Koch descubrió que el causante de la TBC y lo llamo *Bacterium tuberculosis* (25). En 1896 por Lehmann y Neumann cambian el nombre inicial por de *Mycobacterium tuberculosis*. La palabra *Mycobacterium* significa hongo-bacteria, y este significado se debe a la forma que se desarrolla al procedimiento de la cultivación, que de alguna otra forma tiene el aspecto de hongo (26).

Las mycobacterias tiene la capacidad de sobreviven por mucho tiempo entre las cosas que no se mueven, no les llegue la iluminación, y tienen mayor resistencia a los ácidos, álcalis. También son resistente a la desecación y la congelación, pero la luz ultravioleta y el calor (>65° C durante 30 minutos) las inactiva (27).

El modo de contagio y la fisiopatología de la tuberculosis se describen a continuación: el tipo de transmisión más común es a través de las vía respiratorias. El paciente enfermo, al expulsar fluidos a través de la acción de estornudar, al hablar, reír, cantar y con más importancia al toser, hacen que elimine pequeñas gotas (gotas flugge) de un tipo de aerosoles, acumuladas de microbacterias. Se estimula una cierta cantidad entre 10 a 200 microgotas la cual produce el contagio (31). También se dan otras formas de contagio que puede ser 1) vía cutáneomucosa, 2) vía digestiva, también por animales infectado con *Mycobacterium Bovis*, esto ocasiona que el ser humano pueda adquirir la enfermedad en los organos del sistema respiratorio y digestivo. Este modo de infección produce complicaciones por la ingesta del mycobacterium en los enfermos con sida; la afectación también puede ser a otros órganos del sistema urinario, sistema reproductor e incluso atravesando la placenta la cual se denomina TBC congénita. (28).

La fisiopatología de la tuberculosis puede determinarse en 3 etapas principales: Infección primaria, Infección latente e Infección activa

El *Micobacterium tuberculosis* desarrolla una enfermedad inicial que a veces ocasiona la infección aguda. Esta entre alrededor del 95% que la enfermedad no produce la sintomatología y al terminar entra a un periodo latente. Con diferentes

porcentajes de las enfermedades latentes inicia nuevos cambios a través de la sintomatología de la infección. (29) (30).

La enfermedad no se contagia en la fase de estadio primario y no se transmite en el periodo latente.

Infección primaria

La infección requiere la aspiración de microorganismo para que ingresen a los órganos respiratorios y se puedan almacenar dentro de los pulmones y al borde de ellos. Los fluidos de aerosoles de gran tamaño se alojan en las vías y no contraen la infección. Por otro lado infección inicia a través de un solo núcleo de gotas, que traslada unos pocos microorganismos. Tal vez un solo microorganismo puede ocasionar la enfermedad en pacientes vulnerables y los pacientes menos vulnerables a través de la exposición pueden adquirir la enfermedad.

La diseminación hematológica es menos posible en pacientes con inmunidad parcial debida a la vacunación o a una infección natural anterior con M. tuberculosis o micobacterias ambientales (29) (30).

Infección latente

La infección latente ocurre después de la mayoría de las infecciones primarias. Aproximadamente un alto porcentaje de los pacientes activos, que es un 95% y al borde de las tres semanas va aumentando progresivamente, donde la parte inmunitaria contrae el aumento de los bacilos, por el lado sintomatológico resalta con anticipación. Tomando en cuenta la infección de bacilos afectando a los pulmones y en distintos órganos, sufre una transformación granular de células epitelioides. Estos bacilos que ocasionan la infección se mantiene impregnados en cualquier material durante varios años, esto a la vez hace una resistencia del huésped y aumenta los microbios para ocasionar la probabilidad de contraer la enfermedad, la cual continúe latente. Los focos infecciosos pueden ocasionar cicatrices fibronodulares en los ápices de uno o ambos pulmones (focos de Simon, que comúnmente se generan como resultado de la llegada por vía hematológica desde otro sitio de infección) o mínimas zonas de consolidación (focos de Ghon). Un foco de Ghon con infección ganglionar es un complejo de

Ghon que, si se calcifica, se llama complejo de Ranke. La prueba de la tuberculina y los ensayos de liberación de interferón gamma en sangre (IGRA) se positivizan durante la fase latente de la enfermedad. Los sitios de infección latente son determinantes dinámicos, no del todo inactivos como se creía anteriormente.

Con menor frecuencia, el foco de infección primario progresa de inmediato y causa una infección aguda con neumonía (a menudo cavitaria), derrame pleural y aumento significativo del tamaño del mediastino o los ganglios linfáticos hiliares (que, en los niños, pueden comprimir los bronquios). Los derrames pleurales pequeños son sobre todo linfocíticos, contienen típicamente pocos microorganismos y los resuelven en pocas semanas. Esta continuidad puede observarse con mayor frecuencia en niños pequeños y en pacientes inmunodeficientes infectados recientemente o reinfectados (29) (30).

Enfermedad activa

La gente de la población sana que está enferma por la tuberculosis tiene un porcentaje de formación entre el 5 al 10% de la infección adquirida aunque esto varía según su edad o algún otro factor de riesgo.

En los pacientes con infección adquirida están entre el 50 al 80 %, a la vez esta enfermedad puede reactivarse dentro de los 2 primeros años o también pueden ocasionar después de muchos años

El alojamiento de esta enfermedad puede almacenarse y a la vez reactivarse en mayor prevalencia está al alrededor y borde de los pulmón.

Las enfermedades que ocasionan el deterioro de la inmunidad celular (que es muy necesario para combatir contra la TBC) mantienen significativamente la reactivación. Por lo tanto, los enfermos con el VIH que no reciben oportunamente los retrovirales pueden tener un riesgo del 10% anual de contraer la infección. (29) (30).

Los síntomas más generales que presenta la TBC, es manifestado por:

expectoración con flema, tos frecuente por mas de 15 días (sintomático respiratorio), elevación de la temperatura, durante la noche, hemoptisis, inapetente a los alimentos y pérdida de peso, sudoración nocturna, angina torácica, sensación de fatiga.

La Dirección de la Estrategia Prevención y Control de Tuberculosis – MINSA 2020 sugiere que para el diagnóstico se debe de realizar lo siguiente:

Las personas que tienen algún tipo de sintomatología tienen que acudir algún establecimiento cercano donde serán examinados por el personal de turno. La cual se realizara las pruebas que mencionaremos:

Examen de muestra de esputo llamada baciloscopía: Es la manera más adecuada de identificar personas con tuberculosis. Esto se realiza dejando muestra de esputo con el fin de obtener mayor cantidad de bacilos y poder identificar la enfermedad utilizando el instrumento del microscopio. Las muestras deben ser recolectadas en frascos de plástico, secos, limpios con tapa rosca y de boca ancha.

Se tiene que realizar 2 muestras de esputo: primera muestra de esputo después de la evaluación médica y la siguiente muestra al otro día, previo ante de los alimentos o también después de media hora de haber dejado la primera muestra. La muestra de cultivo del esputo: este procedimiento es más sencillo que la baciloscopía para obtener el resultado, esto se da durante las 8 semanas. Esto nos ayudara a determinar o confirmas nuestra duda sobre la tuberculosis tomando en cuenta que sus resultados de baciloscopia fueron negativos, a la vez podemos realizar un seguimiento para obtener un diagnóstico.

Radiografía de tórax: Es un procedimiento importante y esencial para realizar un diagnóstico de la tuberculosis, la cual nos permite observar la dimensión de afectación a los pulmones ocasionados por esta enfermedad la cual puede dejar consecuencias.

La Prueba subcutánea de la tuberculina o PPD: denominada también como el Método de Mantoux en honor al científico Charles Mantoux que se incluye en esta prueba cv- en 1908. Se inicia insertando en la zona dérmica del brazo un componente inocuo llamada “tuberculina”. Esta componente está compuesto por proteico purificado del cultivo del Mycobacterium tuberculosis (por esa razón se denomina PPD), donde esperas 3 días para verificar los resultados. (31).

La tuberculosis por su localización puede ser de dos formas:

La Tuberculosis pulmonar son los que mayormente afectan a los pulmones. Es la forma más frecuente de esta infección y usualmente constituye más del 80 %de los caso. Es el modelo de TBC que causa el contagio. La persona con esta enfermedad comúnmente tienen problemas respiratorios o dificultad respiratoria y los exámenes de Rayos X son anormales y por ende se consideran probables o sospechosos de la enfermedad (32).

La TBC extrapulmonar se conceptualiza, a través de los criterios de formación según la OMS, donde las enfermedades producida por Mycobacterium tuberculosis donde perjudican a los tejidos y órganos que están fuera del del parénquima pulmonar. Representando un 20-25% de los pacientes infectados por TBC. (33)

La TBC extrapulmonar es el logro de infección hematogena y linfática del bacilo de M. tuberculosis. Como respuesta a esta infección se creó la anti TNF alfa, IL-12 e interferón gamma, logrando obtener una protección ante esta bacteria, logrando conseguir la disminución de este tipo de infección a través de las vacunas enfrentando a esta enfermedad más prevalente por años y décadas teniendo en cuenta que los más afectados pueden ser los niños y adulto mayor y pudiendo reactivar la enfermedad de la TBC (34).

Los factores que integran al riesgo se determinan para la formación de TBC extrapulmonar las cuales son: la edad, el sexo femenino, la adquisición de otras enfermedades como el SIDA y las enfermedades crónicas de paciente como es la insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus o la presencia de

inmunodepresión. La mitad de edad de los enfermos con TBC extrapulmonar es alta que en los enfermos con TBC pulmonar. Los pacientes que formaron TBC extrapulmonar se consideran en la parte Pleural o Meníngea los más determinados son los jóvenes que aquellos con afectación ganglionar, osteoarticular, genitourinaria y gastrointestinal (35).

Instituir el diagnóstico se necesita un mayor porcentaje de sospecha. El retraso de una evaluación para el diagnóstico de una TBC extrapulmonar hace que conlleve a elevar los casos de más enfermos y muertes. Los pacientes que contraen síntomas o algún signo se pueden encontrar de una forma inesperada y otros se visualizan con placas de Rayos X de funcionamiento Anormal y la muestra baciloscópica comúnmente resulta negativo, lo cual hace que los diagnósticos no sean oportunos. En todo momento debemos sospechar la adquisición de TBC pulmonar mediante placas Radiográficas y muestra de esputo llevados al cultivo. (36).

No obstante para obtener un buen diagnóstico se necesita de una localizar al micobacterium de la tuberculosis. La tinción es un buen aliado para encontrar el bacilos ácido alcohol resistente (BAAR), empleando una forma peculiar creada por Ziehl Nelsen y Auramina, permitiendo obtener un diagnóstico rápido. Lo cual debe existir entre 5000-10.000 bacilos/ml en la muestra. Por esta razón se necesita una mayor muestra para detectar la presencia del bacilo para la TBC extrapulmonar por ello se requiere muestras obtenidas de tejidos por biopsia (sensibilidad >70-80%), que en aquellas muestras de líquidos biológicos (5-20%). Tomando en cuenta que los porcentajes de las variables es (30-50%). El cultivo microbiológico se realiza a través de una referencia. Obteniendo entre 10-100 bacterias/ml de muestra. Esto nos ayuda también a realizar la prueba de sensibilidad a los distintos fármacos. La parte que lo hace defectuoso es ser lento, tomándose el tiempo de 2-6 semanas para el desarrollo de este bacilo por cultivo sólido. Para poder obtener resultados en menos tiempo se realiza a través de cultivos líquidos donde el desarrollo es entre 7-10 días antes que los cultivos sólidos (37).

El tratamiento de la tuberculosis

Dentro del tratamiento su administración es de forma integral para las personas

diagnosticadas con TBC, debe recibir un manejo integral dentro del establecimiento, tomando en cuenta el tiempo que dura su tratamiento; evaluación médica, entrevista por enfermería, asistencia social, evaluación nutricional, psicología, salud sexual y reproductiva, atención de las enfermedades de comorbilidades y exámenes auxiliares basales, según corresponda para el monitoreo en el tratamiento de TB sensible y TB resistente, donde se evidencia diferentes esquemas de tratamiento antituberculosos de acuerdo al perfil de la prueba de sensibilidad (38).

Para el presente estudio se utilizó algunas características epidemiológicas como Grupo étnico, Sexo, Nivel de instrucción, ocupación, estado civil, vacuna BCG y lugar de procedencia que se pueda observar en el tipo de tuberculosis en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac 2017-2020, los rangos de edad según la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis – MINSA (39): (0-11), (12-17), (18-29), (30-59) y (60- +).

III. METODOLOGÍA

Diseño de Investigación Básica

La investigación se define como “un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplica al estudio de un fenómeno” (47).

El presente trabajo es un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo.

Es descriptivo porque su propósito es la descripción de la variable de una población de estudio en un periodo corto de tiempo, tal cual sin modificación (47).

TABLA 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Prevalencia epidemiológica	La prevalencia epidemiológica se refiere a una probabilidad estática de una condición dada (estar enfermo) en un determinado momento en el tiempo. Sin embargo, no calcula el riesgo de contraer la enfermedad (59).	Biológicas Sociales Tipo de tuberculosis	Edad Genero Antecedente familiar Grado de instrucción Procedencia Ocupación Estado civil BCG Pulmonar Extrapulmonar

Población y muestra

Población

La población estuvo integrado por 59 pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar, que han sido registrados en el Puesto de salud Collanac Pachacamac entre las fechas de periodo enero 2017 - Junio del 2020.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con TBC inscritos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de TBC del Puesto de Salud Collanac Pachacamac entre las fechas periodo 2017-2020. – SIGTB.
- Pacientes con historial clínico con información completa para los diagnósticos de TBC en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac entre las fechas periodo 2017 – 2020.

Criterios de Exclusión:

- Paciente que tengan un historial clínico con información incompleta y no se visualice correctamente.
- Pacientes diagnosticados con tuberculosis que no pertenecen a la jurisdicción.

Muestra

La muestra estuvo formado por 59 personas todas diagnosticadas con tuberculosis que fueron registrados en el Puesto de salud Collanac - Pachacamac durante el periodo de 2017 – 2020, y enmarcaron con los cumplimientos de criterios de inclusión y exclusión determinados en la investigación.

Muestreo

Conceptualiza como una unión de varias técnicas estadísticas que estudian la forma de seleccionar una muestra representativa de la población y menciona que el muestreo no probabilístico son aquellos en los que no conocemos la probabilidad de que el elemento de la población pase a formar parte de la muestra ya que la selección de los elementos muestrales depende en gran

medida del criterio o juicio del investigador (48).

En el presente estudio se trabajó con todos los pacientes registrados en el puesto de salud con el diagnóstico de tuberculosis, por lo tanto es un muestreo de tipo no probabilístico, por conveniencia.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En esta oportunidad el trabajo de investigación que realizamos utilizamos la técnica de observación y como instrumento una ficha de registro de datos, el cual está organizado en 4 grupos con interrogantes de un modo nominal y ordinal, donde se realiza la distribución dependiendo de la variable la cual se va a estudiar como la prevalencia epidemiológica de la TBC pulmonar y extrapulmonar en los enfermos examinados en el establecimiento de Salud Collanac - Pachacamac, con sus dimensiones, características epidemiológicas, donde podemos considerar a las personas su grupo étnico, sexo, nivel de instrucción, ocupación, estado civil y vacunación BCG; en el espacio (lugar de procedencia); en la frecuencia (prevalencia). Se empleó la modalidad de Análisis de lo prescrito en las historias clínicas del paciente diagnosticado con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados en el periodo 2017 – 2020 en el puesto de salud Collanac Pachacamac y recabada la información a través de la Ficha epidemiológica de pacientes con TBC.

El Instrumento fue elaborado basándose en la Norma Técnica Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis 2013 y fue utilizado con el fin de obtener la forma epidemiológica de pacientes con TBC en dicho establecimiento (Chimbote) 2011-2015 (21).

El presente instrumento fue modificado para nuestro estudio

Métodos de análisis de los datos

Para el método e información estadístico se utilizó Excel, para poder consolidar los datos obtenidos y poder facilitar la aplicación de la estadística descriptiva.

Aspectos éticos

Se toma como un punto de referencia la información obtenida a través de la revisión de la Historias Clínicas del Puesto de Salud Collanac - Pachacamac. Se respetó la fidelidad a los pacientes que brindaron sus datos para poder contribuir a los estudios realizados en el dicho Establecimiento, la cual ayudara a tomar decisiones que puedan contribuir a la mejora identificar casos más frecuentes.

IV. RESULTADOS

TABLA 2. Prevalencia de pacientes con TBC atendido dentro del Establecimiento.

PERIODO	POBLACIÓN	CASOS DE TB	PREVALENCIA
2017	16842	14	8.31
2018	17100	15	8.77
2019	17233	16	9.28
2020	17637	14	7.93
TOTAL	68812	59	8.57

Fuente: SIGTB Data – appsalud.minsa.gob.pe N° poblacional 2017-2020.

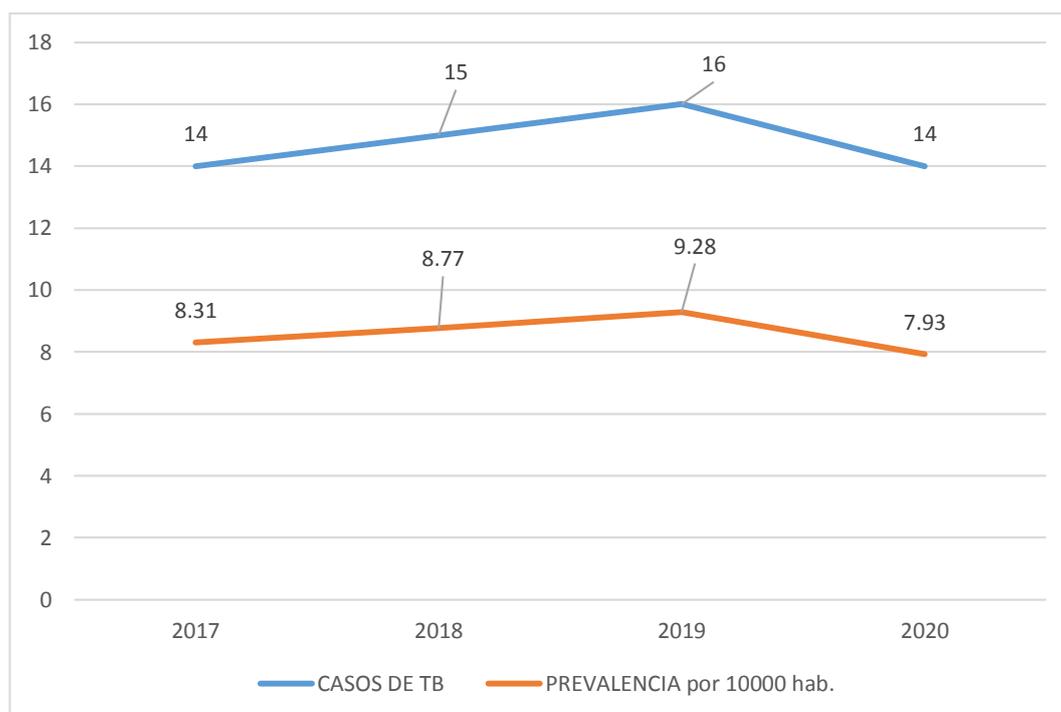


Figura 1. Prevalencia de pacientes con TBC atendido dentro del Establecimiento.

TABLA 3. Tipo de tuberculosis de los pacientes con TBC atendidos dentro del Establecimiento.

TIPO DE TUBERCULOSIS	2017		2018		2019		2020		TOTAL	
	Nº	%								
TB Extra pulmonar	4	28.6	6	40.0	6	37.5	5	35.7	21	35.6%
TB Pulmonar	10	71.4	9	60.0	10	62.5	9	64.3	38	64.4%
TOTAL	14	100.0	15	100.0	16	100.0	14	100.0	59	100.0%

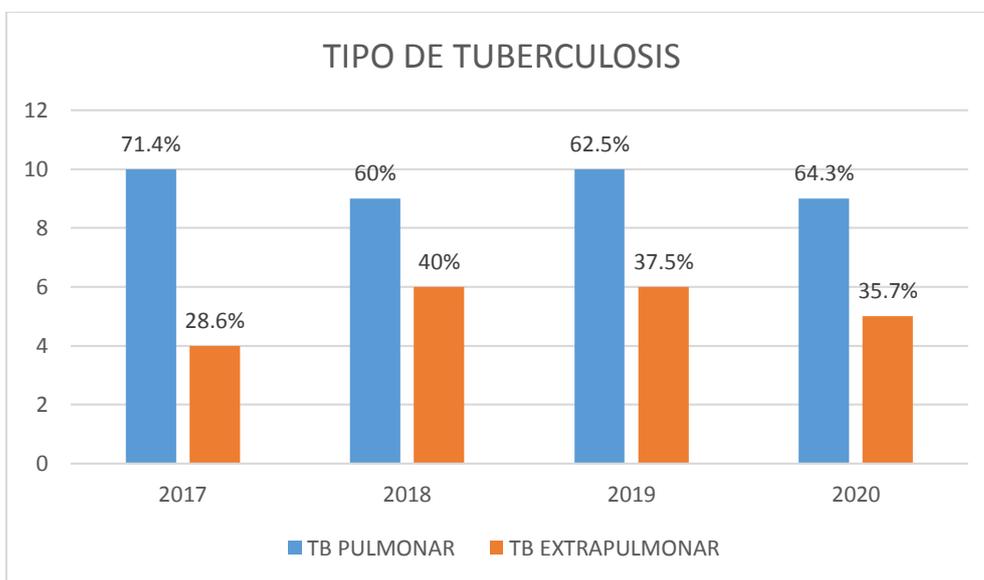


Figura 2. Tipo de tuberculosis de los pacientes con TBC atendidos dentro del Establecimiento.

Se observa la distribución de casos según Tipos de Tuberculosis, donde se evidencia que el mayor porcentaje de pacientes tiene Tuberculosis Pulmonar con 64.4% y solo un 35.6% de Tipo Extrapulmonar.

TABLA 4. Órganos afectados en tuberculosis extrapulmonar atendidos en el Establecimiento

ORGANOS AFECTADOS EN TB EXTRAPULMONAR	2017		2018		2019		2020		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MAMA	2	50.0	1	16.7	1	16.7	1	20.0	5	23.8
PLEURA	2	50.0	4	66.6	4	66.6	3	60.0	13	61.9
ESTOMAGO	0	0.0	1	16.7	1	16.7	1	20.0	3	14.3
TOTAL	4	100.0	6	100.0	6	100.0	5	100.0	21	100.0%

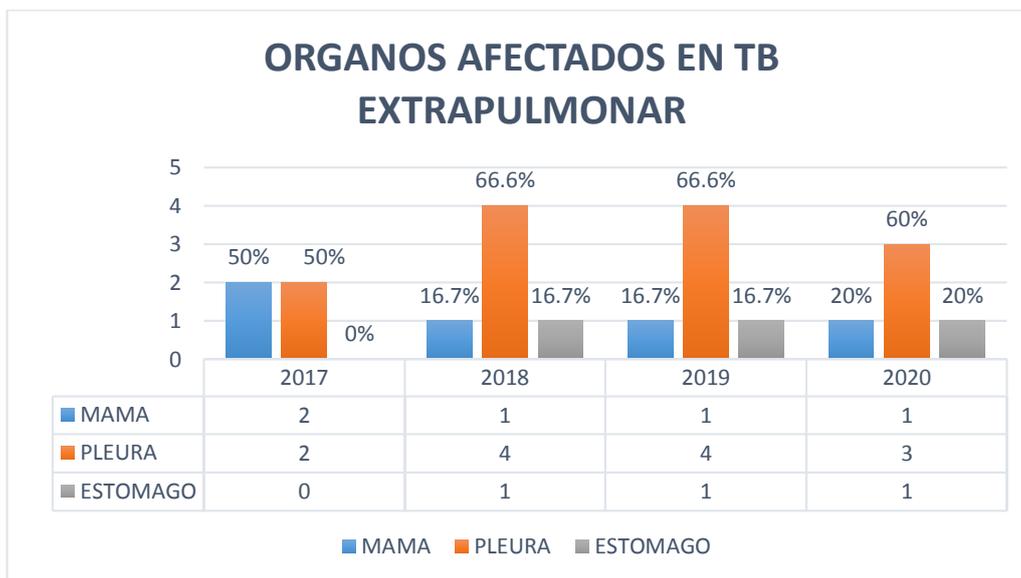


Figura 3. Órganos afectados en tuberculosis extrapulmonar atendidos en el Establecimiento.

Se puede observar los órganos más afectados en la tuberculosis extrapulmonar, donde se evidencia que los casos más frecuentes es a nivel de la pleura con un 61.9%, seguido en la mama con 23.8% y en último lugar en frecuencia es el estómago 14.3%

TABLA 5. Características biológicas de pacientes con TBC atendidas dentro del Establecimiento

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS	2017				2018				2019				2020				TOTAL	
	TB PULMO		TB EXTRAP		TB PULMO		TB EXTRAP		TB PULMO		TB EXTRAP		TB PULMO		TB EXTRAP			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD																		
0 a 11 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 a 17 años	1	10	0	0	1	11.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3.4
18 a 29 años	4	40	2	50	3	33.3	2	33.3	5	50	3	50	5	55.6	2	40	26	44.1
30 a 59 años	4	40	2	50	5	56.6	4	66.7	5	50	3	50	4	44.4	3	60	30	50.8
+ 60 años	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.7
TOTAL	10	100	4	100	9	100	6	100	10	100	6	100	9	100	5	100	59	100
SEXO																		
Masculino	8	80	1	25	7	77.8	2	33.3	8	80	1	16.7	5	55.6	2	40	34	57.6
Femenino	2	20	3	75	2	22.2	4	66.7	2	20	5	83.3	4	44.4	3	60	25	42.4
TOTAL	10	100	4	100	9	100	6	100	10	100	6	100	9	100	5	100	59	100

Se observa que la edad donde se presenta mayor casos de tuberculosis es entre los 30 a 59 años con 50.8% y el sexo donde se presentó mayor casos es el masculino con un 57.6%

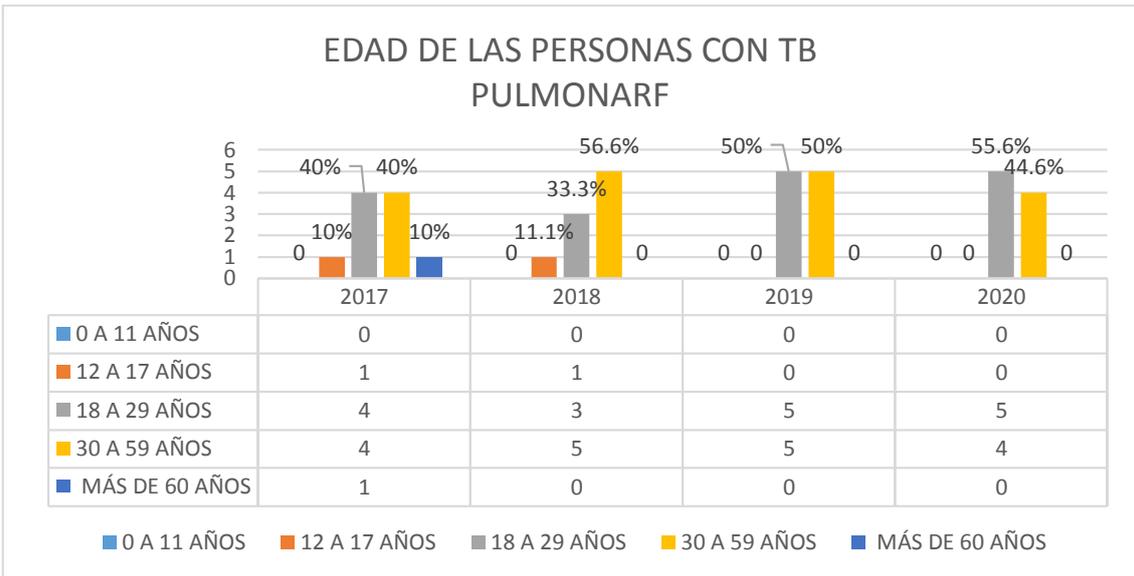


Figura 4. Edad de pacientes con TBC pulmonar atendidos dentro del Establecimiento

Se observa que la edad donde se presentó mayor casos de tuberculosis pulmonar es entre los 18 a 59 años.

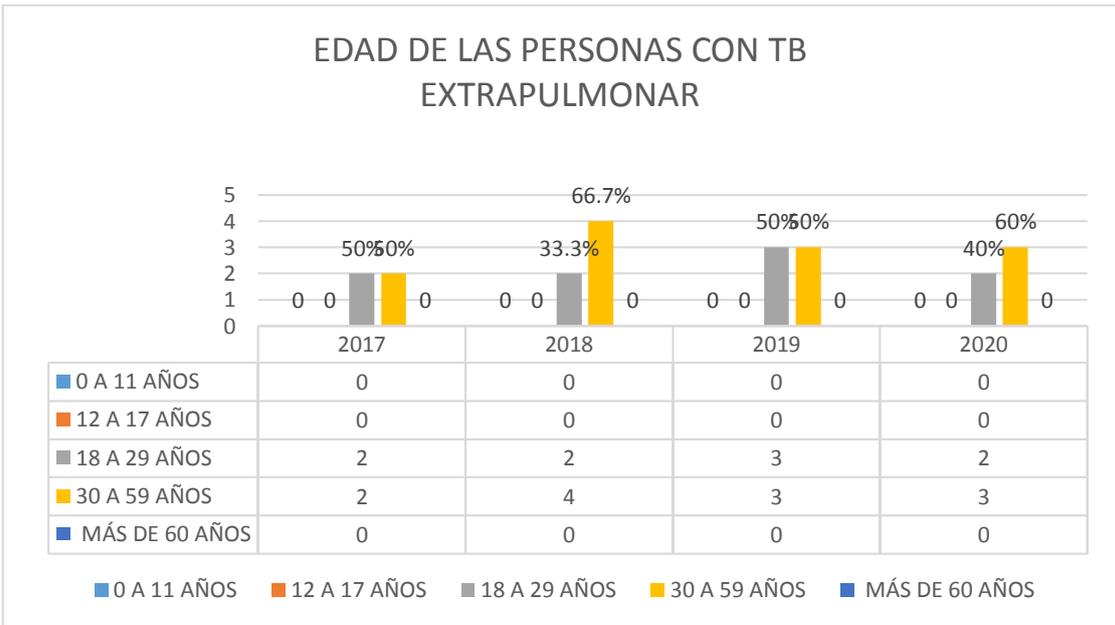


Figura 5. Edad de pacientes con TBC extrapulmonar atendidos dentro del Establecimiento

Se observa que la edad donde se presentó mayores casos de tuberculosis extrapulmonar es entre los 30 a 59 años.

TABLA 6. Características sociales del paciente TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento

CARACTERÍSTICAS SOCIALES	2017				2018				2019				2020				TOTAL		
	TB PULMO		TB EXTRAP		TB PULMO		TB EXTRAP		TB PULMO		TB EXTRAP		TB PULMO		TB EXTRAP		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
GRADO DE INSTRUCCIÓN																			
Superior	2	20	1	25	2	22.2	1	16.7	2	20	1	16.7	0	0	1	20	10	16.9	
Secundaria	8	80	3	75	7	77.8	5	83.3	8	80	5	83.3	9	100	4	80	49	83.1	
Primaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sin instrucción	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LUGAR DE PROCEDENCIA																			
Portada I Manchay	6	60	3	75	5	55.6	4	66.6	7	70	4	66.6	6	66.7	3	60	38	64.4	
Ayacucho	2	20	0	0	2	22.2	1	16.7	1	10	1	16.7	1	11.1	1	20	9	15.3	
Pucallpa	1	10	0	0	1	11.1	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0	3	05.1	
Huancavelica	1	10	0	0	1	11.1	0	0	0	0	0	0	1	11.1	1	20	4	06.8	
Iquitos	0	0	1	25	0	0	1	16.7	1	10	1	16.7	1	11.1	0	0	5	08.4	
OCUPACIÓN																			
Trabajador Dependiente	5	50	1	25	5	55.6	3	50	4	40	1	16.7	3	33.3	1	20	23	39	
Trabajador Independiente	0	0	0	0	1	11.1	0	0	1	10	0	0	1	11.1	0	0	3	05.1	
Ama de casa	0	0	2	50	2	22.2	2	33.3	1	10	3	50	3	33.3	2	40	15	25.4	

Desempleado	3	30	0	0	0	0	0	0	0	4	40	1	16.7	2	22.2	1	20	11	18.6
Estudiante	2	20	1	25	1	11.1	1	16.7	0	0	1	16.7	0	0	1	20	7	11.9	
ESTADO CIVIL																			
Soltero (a)	5	50	2	50	2	22.2	1	16.7	6	60	2	33.3	2	22.2	2	40	22	37.3	
Casado	2	20	0	0	3	33.3	2	33.3	0	0	0	0	0	0	1	20	8	13.6	
Conviviente	3	30	2	50	4	44.4	3	50	4	40	4	66.7	7	77.8	2	40	29	49.1	
Separado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Viudo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
VACUNA BCG																			
Si	9	90	4	100	9	100	5	83.3	1	100	6	100	9	100	5	100	57	96.6	
No	1	10	0	0	0	0	1	16.7	0	0	0	0	0	0	0	0	2	03.4	

Se puede observar las características sociales de los enfermos con TBC pulmonar y extrapulmonar, la cual se evidencia que según el grado de instrucción hay un alto porcentaje de pacientes que tienen un nivel secundario 83.1%, seguido del nivel superior en 16.9%. En cuanto al lugar de procedencia se observó que la mayor incidencia de pacientes con TBC son procedentes de Portada I Manchay 64.4%, seguido de la región de Ayacucho con 15.3%, y la ocupación en la que se observa el mayor porcentaje de pacientes con TBC están en los trabajadores dependiente en un 39%, seguido de Ama de casa con un 25.4%; en cuanto al estado civil se evidencio con mayor porcentaje en los pacientes con TBC son los que conviven con un 49.1%, seguido de solteros (a) 37.3% y por ultimo aquellos pacientes que tuvieron su vacuna de BCG presentaron alto porcentaje de incidencia de casos de tuberculosis con 96.6%.

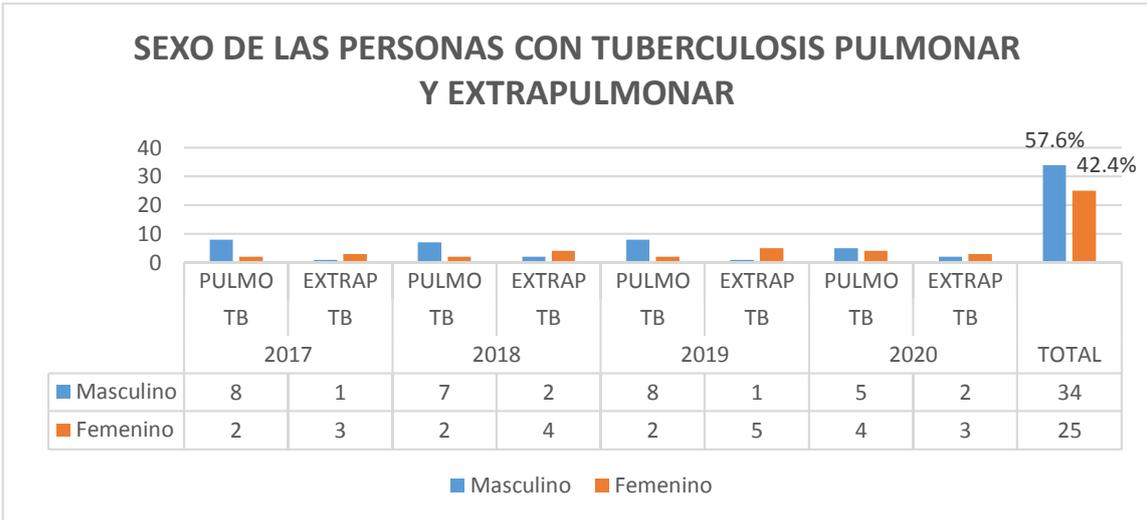


Figura 6. Sexo de pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento.

Observamos que los casos de tuberculosis con más prevalencia es la condición Masculino con un 57.6% del total de casos de TB, además se evidencia que el tipo pulmonar es el más frecuente.

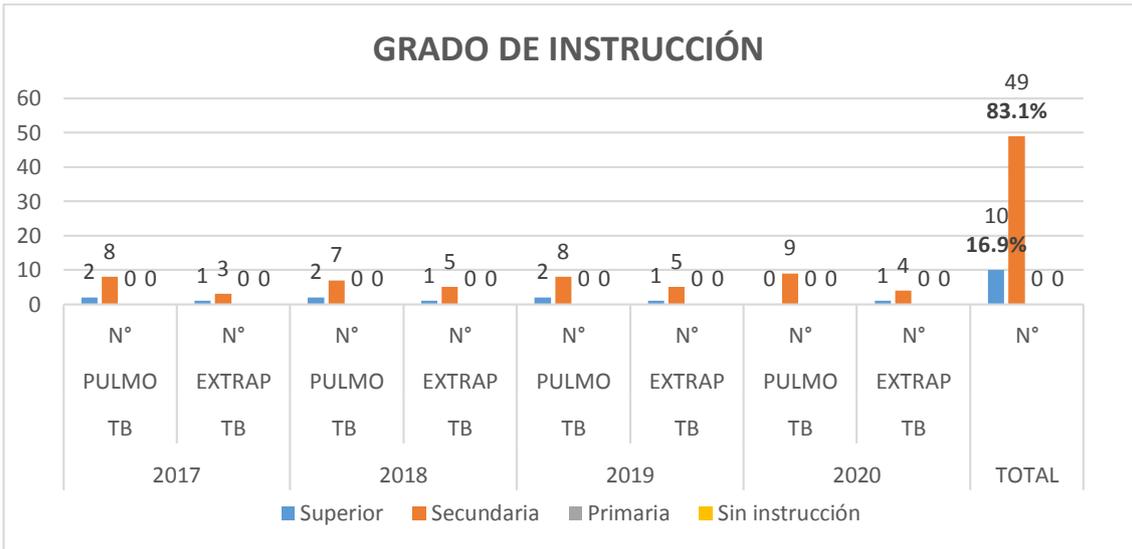


Figura 7. Grado de instrucción, pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento.

Se visualiza de los casos de TBC con mayor frecuencia en cuanto al grado de instrucción, fue el nivel secundario con un 83.1%, seguido del nivel superior con un 16.9% y en cuanto al tipo de tuberculosis con relación al grado de instrucción se observó mayor prevalencia en la de tipo pulmonar.

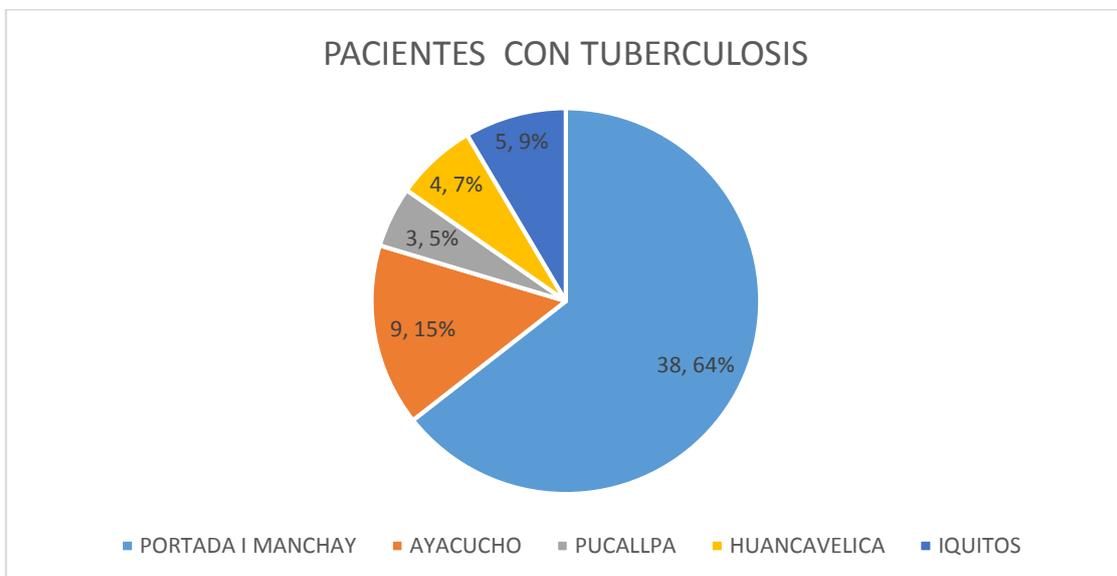
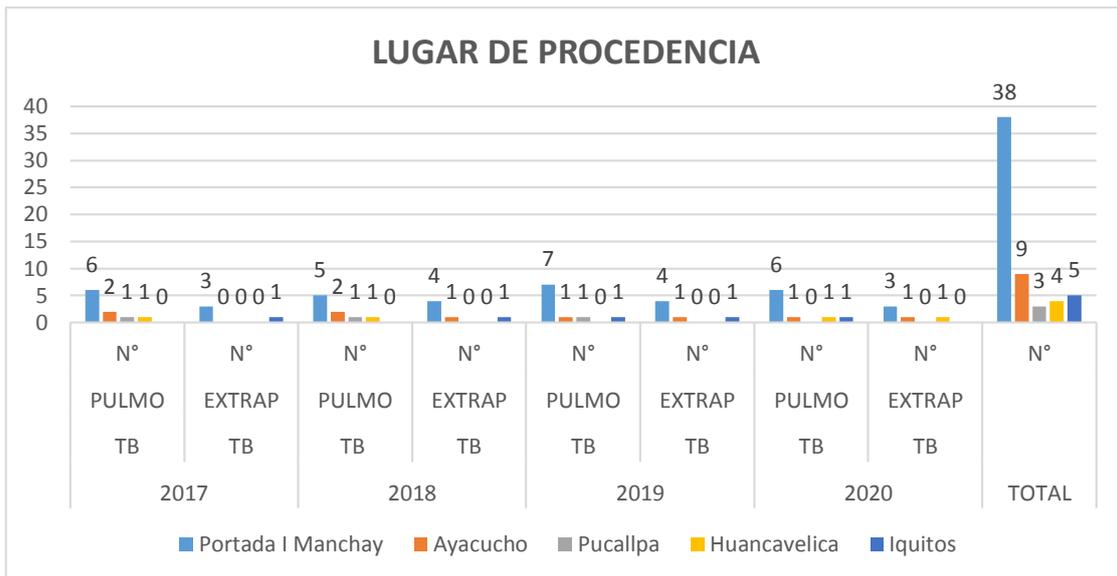


Figura 8. Lugar de procedencia, pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento.

Se puede observar que el alto porcentaje de prevalencia de pacientes enfermos con TBC proceden de Portada I Manchay con un 64.4%, seguido de la región de Ayacucho 15.3% y en menor porcentaje procedentes de las regiones de Iquitos, Huancavelica y Pucallpa. También se puede observar que el lugar de procedencia en relación al tipo de tuberculosis se evidencia mayor frecuencia en la de tipo pulmonar.

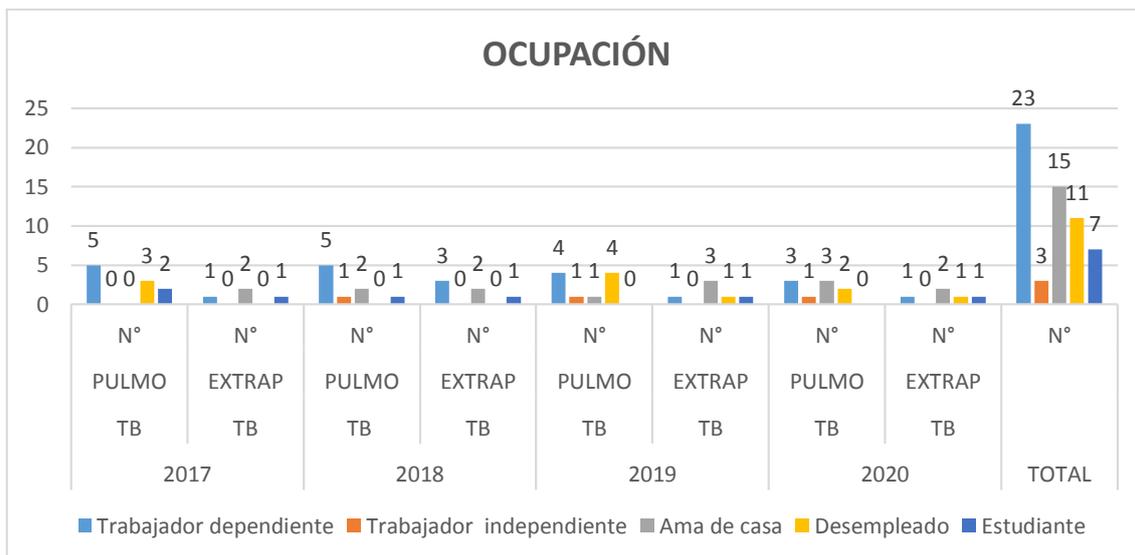


Figura 9. Ocupación de pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento

Se observa que la ocupación de la personas con tuberculosis, se presentó con mayor frecuencia en los trabajadores dependientes en un 39%, seguido de Ama de casa con 25.4% y en relación al tipo de tuberculosis se observó que el de tipo pulmonar es la que se presentó con mayor frecuencia.

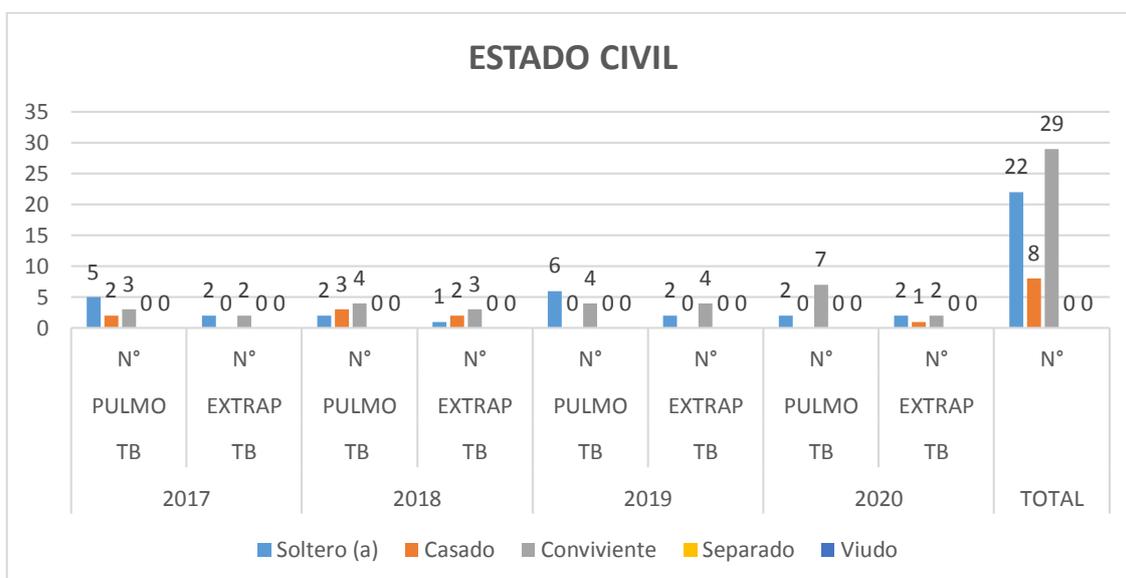


Figura 10. Estado Civil, pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar atendidos dentro del Establecimiento

Se observa que el estado civil de las personas con tuberculosis, se presentó con mayor frecuencia en los convivientes en un 49.1%, seguido de los solteros con 37.3% y en relación al tipo de tuberculosis se observó que el de tipo pulmonar es la que se presentó con mayor frecuencia.

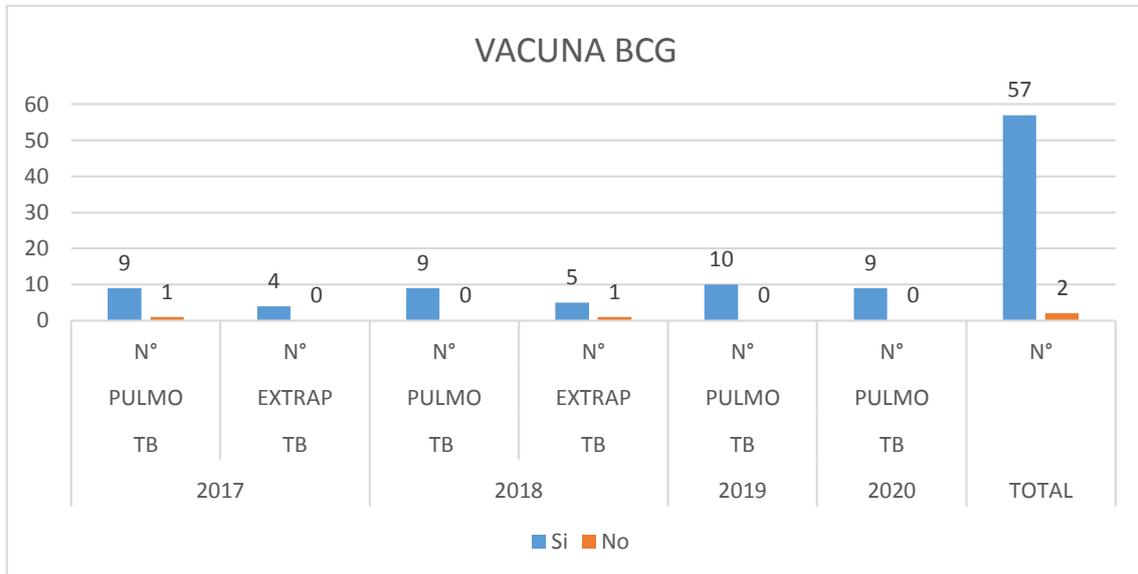


Figura 11. Vacuna BCG de pacientes con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados dentro del Establecimiento.

Se puede observar que las personas vacunadas de BCG presentaron tuberculosis en un 96.6%.

V. DISCUSIÓN

La Prevalencia de la enfermedad de la Tuberculosis en el Establecimiento del Salud Collanac Pachacamac, se evidencia que en el periodo enero 2017 a junio del 2020, fueron afectados 59 casos de TBC informando un equivalente de prevalencia de 8.57 por 10 000 hab., en el cual la equivalencia alto se evidencio en el año 2019 (9.28 por 10 000 hab.) donde la equivalencia baja fue en el año 2020(7.93 por 10 000 hab.), debido a que los datos obtenidos de total de pacientes con tuberculosis fue hasta junio del 2020. Asimismo, se evidencio que esta tasa estuvo en crecimiento desde el 2019 de 8.31 a 9.28 por 10 000 habitantes en 2019.

La información captada discrepa a los de Blas, R. y Liñan, J.(2016), donde detalla que la información de la prevalencia de TBC en el Establecimiento Coishco (Chimbote) 2011 - 2015, que al evidenciar los casos que se presentaron 56 pacientes de TBC donde representa un equivalente de incidencia del 7.13 por 10 000 hab., la equivalencia alta se demostró en el año 2013 (8.92 por 10 000 hab.) y el equivalente bajo se observa en el año 2012 (3.84 por 10 000 hab.), de este modo el equivalente fue bajando desde el 2011 de 7.70 a 7.59 por 10 000 habitantes en 2015 (21).

Asimismo Carrasco, S. (2016) reporta que la prevalencia de los enfermos con TBC dentro del Establecimiento Santa Fe – callao entre las fechas de Enero 2011 – Diciembre 2015, se observó que en el 2011 fue de 16.5 %; 2012, 12.3%; 2013, 12.5%; 2014, 12.6% y en el 2015, 10.9%. Donde difiere a nuestro estudio ya que se evidencia un decrecimiento desde 2011 al 2015 (22).

Según MINS/DGIESP/DPCTB/IO 2016-2018. se observó que la prevalencia de tuberculosis en el Perú, tiene una tendencia al crecimiento el cual se asemeja a nuestro estudio, mencionan que las 5 regiones donde se observa mayor caso de tuberculosis son: A la cabeza Lima seguida de callao, la libertad, Loreto, Ica (39).

Se observa el Tipo de TBC de las Personas atendidas en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac entre las fechas de Enero 2017– Junio 2020, se evidencia que prevalece la tuberculosis pulmonar con el 64.4% y la Tuberculosis extrapulmonar 35.6%. Y observamos que esa tendencia se mantuvo durante el periodo 2017 – 2020.

En el estudio de Blas, R. y col. (2016) podemos observar resultados similares al nuestro ya que las formas de TBC de la población fueron atendidas en el Establecimiento dentro del año 2011 – 2015, siendo la más frecuente la TBC pulmonar con un porcentaje de 83.9%, y luego la TBC extrapulmonar acumula un 16.1% (21).

La información captado son casi iguales a los de Carrasco, S. (2016) donde se observa que los casos según Tipos de TBC en el Establecimiento de Salud Santa Fe Callao 2011-2015, donde prevalece el tipo de tuberculosis pulmonar con 76% y solo un 24% el de tipo Extrapulmonar (22).

También podemos observar en el estudio de Ticona, L. (2014) que la frecuencia y evidencia clínica de la TBC extrapulmonar dentro de los años 2008 al 2012 en el nosocomio Goyeneche de Arequipa, se muestra que la TBC pulmonar tiene una prevalencia de 83.17 %, y la tuberculosis extrapulmonar es de 16.83%. La prevalencia ha mostrado una tendencia ha bajado en casos de tuberculosis extrapulmonar en el momento de los estudios, el cual difiere a nuestro estudio ya que pudimos observar una constante en cuanto a la prevalencia (23).

Cabe mencionar que en la India Naranje, P. (2019) demostró que los niños presentan alta incidencia de TBC a nivel de los pulmones seguidos por los ganglionares, pleural y la pared torácica (40).

En el Perú La Vigilancia epidemiológica- CDC- MINSA 2019, informo sobre la incidencia de la TBC pulmonar dentro del periodo 2013- 2018 es de 68.3% y la tuberculosis extrapulmonar es de 31.7%, donde evidenciamos que los resultados son similares a nuestro estudio.

Se pudo observar en los diferentes estudios que se revisó que el tipo de tuberculosis más común es la de tipo pulmonar, esto se debe a que la TBC pulmonar es la más contagiosa y el modo de transmisión es la vía aérea y el órgano más afectado es el pulmón.

Se evidencia que los órganos afectados en tuberculosis extrapulmonar en el puesto de salud Collanac Pachacamac en el periodo Enero 2017 – Junio 2020, fueron; pleura, Mama, Estómago. Donde se evidencia que los casos más frecuentes es a nivel de la pleura con un 61.9%, seguido en la mama con 23.8% y en último lugar en frecuencia es el estómago 14.3%, también podemos observar que durante el año del 2017 no se presentó ningún caso de tuberculosis a nivel del estómago y que los picos más altos de tuberculosis pleural fue durante el año 2018 y 2019.

Los resultados obtenidos se asemejan al de Carrasco, S. (2016), en el cual se evidencia la separación de los casos según forma de TBC Extrapulmonar en el Establecimiento de Salud Santa Fe Callao en las fechas 2011- 2015, donde predominó la Tuberculosis Pleural con 9%, seguida de la Ganglionar con 8% y con un menor porcentaje están los otros tipos (mama derecha, intestinal, cervical, urinario y genital) con un 4% (22).

Y en el estudio de Ticona, L.(2014) los resultados fueron similares ya que la localización más frecuente de TBC extrapulmonar en el tiempo 2008 al 2012 del nosocomio Goyeneche de Arequipa muestran la ubicación de la tuberculosis extrapulmonar fue de 44.55% a nivel Pleural, 10.43% Ganglionar, 9.48% fue renal o enteroperitoneal, también se observó que 6.16% tuberculosis miliar, en 4.74% Meningocefálica, y en mínimo porcentaje fue a nivel testicular, laríngeo y cutáneo 3.32% cada uno (23).

La tuberculosis tiene un gran impacto dentro de la medicina actual y es necesario los que laboran en el puesto de salud conozca la patología. Por ello es de importancia conocer la entidad patológica en especial las manifestaciones extrapulmonares; lo cual ha dado lugar a nuevas y variadas maneras de presentación y dentro de ellas la más frecuente a nivel pleural ya

que por contigüidad a los pulmones se puede manifestar con mayor frecuencia (41).

Se observa las formas biológicas de los enfermos con TBC examinados en el Puesto de Salud Collanac - Pachacamac durante el periodo enero 2017 – junio 2020, en la edad y el sexo, donde se evidencia que la edad donde se presentó mayor casos de tuberculosis es entre los 30 a 59 años con 50.8% y el sexo donde se presentó mayor casos es el masculino con un 57.6%, también se observa que el tipo de tuberculosis pulmonar es más frecuente tanto en edad como en sexo. Se observa que la edad donde se presentó mayor evidencia de TBC pulmonar es entre los 30 a 59 años. Se observa que la edad donde se presentó mayor casos de tuberculosis extrapulmonar es entre los 30 a 59 años.

Los resultados obtenidos difieren al estudio de Blas, R. y col. (2016), en caso a la Edad de los enfermos con TBC atendidas en el Establecimiento de Salud de Coishco 2011 – 2015 se encontró que la edad predominante, de 15 - 24 años (33.9%), a continuación los de 25 a 34 años (17.9%), también de 35 a 44 años (14.3%), luego de mayores de 55 años (12.5%), y el resto de las edades 10 a 14,5 a 9 y menores de 5 años en menor frecuencia (21)

Con respecto al grupo etáreo, la OMS, afirma que la TBC abarca su mayoría a los adultos jóvenes el cual se asemeja a los objetivos trazados en el presente estudio (42).

Se observa que el sexo de los enfermos con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados en el Puesto de Salud Collanac - Pachacamac Enero 2017 – Junio 2020, fue más frecuente en el sexo masculino con un 57.6% del total de casos de TB, además se evidencia que el tipo pulmonar es el más frecuente.

Cabe mencionar que los resultados son similares al de Carrasco, S. (2016) el cual reporta que el sexo con más frecuencia de casos de TBC del C.S santa fe – callao entre las fechas de Enero 2011 – Diciembre 2015, fue el sexo masculino 65% (22), pero difieren al estudio de Soto, M. (2016) donde demuestran que el 63.3% se presentó en mujeres (49).

Romero, L. (2016) en un estudio realizado en Santiago de Cuba concluye que el sexo donde se presentó el alto índice de porcentaje de enfermos con tuberculosis del sexo masculino en un 79%, teniendo resultados similares al nuestro (50),

Con respecto al sexo, hay mayor evidencia en el sexo masculino. Posiblemente las personas masculinas son más afectadas que las mujeres, este accionar al parecer puede ser predominante por los hábitos sociales de los diferentes sexos. También se puede ir influenciado por la parte laboral del hombre, donde se observa que las mujeres se dedican con mayor frecuencia a la actividad de ama de casa, cuidar a los hijos, velar por toda la tranquilidad del hogar (43).

Se observa las características sociales de las personas con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac dentro de las fechas Enero 2017 – Junio 2020, en el cual se evidencia que según el grado de instrucción se presentó una alta tasa de pacientes que tienen un nivel secundario 83.1%, en cuanto al lugar de procedencia se evidencia que la alta tasa de casos de tuberculosis tiene como lugar de procedencia Portada I Manchay 64.4%, seguido de la región de Ayacucho con 15.3%, y la ocupación en la que se observa alta tasa de casos de TBC es en los trabajadores dependiente en un 39%, seguido de Ama de casa con un 25.4%; en cuanto al estado civil se evidencio que la alta tasa de casos se evidencio en las personas que conviven 49.1%, seguido de solteros (a) 37.3% y por ultimo aquellos pacientes que tuvieron su vacuna de BCG presentaron alta tasa de casos de tuberculosis 96.6%.

Estos resultados se asemejan a Márquez, C. y Col. (2020), el cual concluye que los niños y adolescentes que acudían a sus centros educativos, procedentes de otras comunidades más alejadas tenían una alta prevalencia de tuberculosis en comparación con los que vivían en la misma comunidad del centro educativo (44).

Se observa el Grado de Instrucción de los enfermos con Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar examinados en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac Enero 2017 – Junio 2020. se evidencia que los casos de tuberculosis donde se

presentó con mayor frecuencia en relación al nivel de instrucción fue el nivel secundario con un 83.1%, seguido del nivel superior con un 16.9% y en cuanto a la forma de TBC que se relaciona con nivel de instrucción se observa mayor prevalencia en la de tipo pulmonar.

Estos resultados son similares al estudio de Blas, R. y colaboradores (2016), donde se evidencia que los resultados en relación al grado de Instrucción de los enfermos con tuberculosis, dentro de la fecha 2011 – 2015, donde se frecuenta los pacientes con nivel de instrucción secundaria (60.7%), continuando con los de nivel de instrucción primaria (19.6%), luego de nivel de Instrucción Superior (14.3%) y por ultimo sin nivel de instrucción (5.4%) (21).

También se puede evidenciar resultados similares en el estudio de Choque, L. (2013) donde se evidencio que el sexo masculino (53,8%), la edad predominante fue adulto joven (53,8%), la ocupación estudiantes (29,9%), cicatriz de Vacuna BCG (86,3%), forma TBC Pulmonar (74,4%) (45).

Posiblemente las personas con el nivel de instrucción secundaria al tener un grado de conocimiento ligeramente más alto, ni bien observan alguna sintomatología que afecta su salud acude rápidamente algún Centro de salud menos distante a tu domicilio y es donde se diagnostica tempranamente la enfermedad, los pacientes con grado de instrucción superior al saber un poco más se preocupan por su salud y cuidando su integridad física lo cual realizan su tratamiento de inmediato al adquirir esta enfermedad. Los pacientes sin grado de instrucción son los que están en mayor riesgo debido a que su grado de instrucción de saber sobre la enfermedad es baja y por ende no acude al establecimiento de salud.

(46).

Se observa el lugar de procedencia de los enfermos con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar examinados en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac enero 2017 – Junio 2020. Que el mayor incidencia de casos de TBC tiene como lugar de procedencia Portada I Manchay con un 64.4%, seguido de la región de Ayacucho 15.3% y en menor porcentaje procedentes de las regiones de Iquitos,

Huancavelica y Pucallpa. También se puede observar que el lugar de procedencia en relación al tipo de tuberculosis se evidencia mayor frecuencia en la de tipo pulmonar. Estos resultados difieren a todos los estudios que se revisó.

Respecto a la ocupación de las personas con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac durante el periodo enero 2017 – Junio 2020. Donde se observa que la ocupación de la personas con tuberculosis, se presentó con mayor frecuencia en los trabajadores dependientes en un 39%, seguido de Ama de casa con 25.4% y en relación al tipo de tuberculosis se observó que el de tipo pulmonar es la que se presentó con mayor frecuencia.

Los resultados obtenidos difieren al de Carrasco, S. (2016) En el que se observa que la ocupación de los personas del establecimiento de salud santa fe – callao dentro de la fecha de enero 2011 – diciembre 2015 prevaleció en los trabajadores independientes 24%

Se observa el estado civil de los enfermos con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados en el Puesto de Salud collanac pachacamac enero 2017 – junio 2020. Donde existe el mayor porcentaje de pacientes que conviven de 49.1%, seguido de los solteros con 37.3% y en relación al tipo de tuberculosis se observó que el de tipo pulmonar es la que se presentó con mayor frecuencia.

Los resultados varían relativamente al de Blas, R. y col. (2016), ya que se observó respecto a su condición de Estado del paciente con TBC, predomina los pacientes solteros (57.1%), luego los pacientes que conviven (19.6%) los pacientes separado (8.9%), y por último los pacientes viudos y casados representan el 7.1%.

Con respecto a la vacuna BCG en los enfermos con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac Enero 2017 – Junio 2020, tienen el antecedente de haberse vacunado un 96.6%.

Sotomayor, C. (2019) menciona que el uso de las vacunas en niños

inmunocomprometidos tiene un alto riesgo de presentar complicaciones severas por el la vacuna BCG e incluso causar muerte y mencionan que su uso no previene la tuberculosis, sino evita complicaciones severas de esta enfermedad (51).

En los diferentes estudio revisados los resultados son similares a nuestro estudio, esto nos indica que la vacuna BCG no previene la Tuberculosis, sino que protege a la persona contra la diseminación de la enfermedad en todo el organismo, además cualquier persona puede padecer Tuberculosis, independientemente de si está o no vacunado, lo que significa que la BCG no da inmunidad, por lo que una persona puede contagiarse.

VI. CONCLUSIONES

Primera

La consideración de la Prevalencia epidemiológica en personas con TBC pulmonar y extrapulmonar examinados en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac durante el periodo Enero 2017 a Junio del 2020, fue de 8.57 por 10 000 hab, tomando en cuenta que es la primera investigación que se realiza en este establecimiento.

Segunda

La Tuberculosis más frecuente, la que domina dentro de los 2 tipos y la que prevalece con un mayor porcentaje es la TBC pulmonar con 64.4% de pacientes identificados en el Puesto de Salud Collanac – Pachacamac durante el periodo Enero 2017 a Junio 2020.

Tercera

La parte biológicas; el 50.8% se determina entre las edades de 30 a 59 años, considerando que el porcentaje es alto en estas edades por desconocimiento de esta enfermedad. El 57.6% son del sexo masculino por ser las personas que tienen menos información sobre esta enfermedad

Cuarta

El órgano más afectado en tuberculosis extrapulmonar fue a nivel de la pleura con 61.9% de los pacientes examinados en el Puesto de Salud Collanac – Pachacamac.

Quinta

Dentro del fondo social; se evidencio un 83.1%, con un nivel de instrucción secundaria, el 64.4%, es de Portada I Manchay, el 39% son trabajadores dependientes, el 49,1% son convivientes, un 96.6% tienen vacuna de BCG.

VII. RECOMENDACIONES

Primera

Se sugiere tomar decisiones ya que la prevalencia está en un porcentaje paralelo entre los 4 años a través de medidas preventivas y promocionales en salud basada en esta enfermedad infectocontagiosa, donde el profesional de salud realice distintas actividades de estrategias y programas educativos enfocados en la tuberculosis, así como campañas informativas, con el fin de disminuir los casos en esta Localidad.

Secunda

Tomando en cuenta que la mayor frecuencia de tuberculosis es la pulmonar se recomienda continuar con investigaciones similares y así se pueda tener mejor conocimiento y nos permite tener una información actualizada sobre la tuberculosis en el ámbito local, regional y nacional.

Tercera

Con los datos obtenidos en el presente trabajo en relación al género, donde presento con mayor frecuencia en tuberculosis pulmonar y extrapulmonar fue el sexo masculino, se recomienda al puesto de salud Collanac – Pachacamac; planificar, organizar, ejecutar y evaluar la elaboración de una estrategia sanitaria frente a la tuberculosis y poder actuar oportunamente en el diagnóstico, manejo y seguimiento de la enfermedad.

Cuarto

Dentro de la determinación del órgano más afectado que fue la Pleura se sugiere organizar a través de la Municipalidad buscar estrategias para la capacitación a los dirigentes de los distintos sectores de la localidad, para brindar información sobre la enfermedad infectocontagiosa que es la Tuberculosis a los pobladores.

Quinto

Tomando en cuenta dentro del fondo social se sugiere realizar talleres y sesiones educativas en la población para lograr darles mejor información y

puedan tomar conciencia de la magnitud de contagio que produce esta enfermedad.

REFERENCIAS

1. Bhalla AS, Goyal A, Guleria R y Gupta AK. Chest tuberculosis: Radiological review and imaging recommendations. *Indian J Radiol Imaging*. 2015; 25:213–25. Available in: <http://www.ijri.org/article.asp?issn=0971-3026;year=2015;volume=25;issue=3;spage=213;epage=225;aulast=Bhalla>
2. León P, Pría M, Perdomo VI y Ramis AR. Aproximación teórica a las desigualdades sociales en la tuberculosis como problema de salud. *Rev. Cubana Salud Pública [Internet]*. 2015. Sep [citado 3/02/2018];41(3):532-546. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300011&lng=es
3. Furin J, Cox H y Pai M. Tuberculosis. *The Lancet*. March 20, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30308-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30308-3)
4. Cruz A, Pérez A, Plascencia C y Hernández P. Desde las primeras nociones sobre la tuberculosis hasta la estrategia "fin de la tuberculosis": desafíos sociales para la infancia en México. *Rev. Cubana Med Trop [Internet]*. 2017 Ago. [citado: 2/02/2018]; 69(2):01-15. Disponible en: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602017000200010&lng=pt.
5. Wingfield T, Tovar MA, Huff D, Boccia D, Saunders MJ, Datta S, et al. Beyond pills and tests: addressing the social determinants of tuberculosis. *Clin Med (Lond)*. 2016; 16(Suppl 6):s79-s91. Doi: 10.7861/clinmedicine.16-6-s79.
6. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2016*. Geneva: WHO; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23098en/s23098en.pdf>.
7. Nathavitharana RR, Fiedland J. A tale of two global emergencies: tuberculosis control efforts can learn from the Ebola outbreak. *Eur Respir*

J. 2015; 46: 293-336

8. World Health Organization. The End TB Strategy. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [Internet]. Geneva: WHO; 2015. [Citado el 1 de agosto de 2016] Disponible en: http://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf?ua=1.
9. Uplekar M, Weil D, Lonnroth K, Jaramillo E, Lienhardt C, Dias HM, et al. WHO's new End TB Strategy. *The Lancet*.385 (9979):1799-801. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60570-0.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2016 [Internet]. Ginebra: OMS [citado: 26/01/2018]. Disponible en: Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf
11. Organización Mundial de la Salud, Global tuberculosis report 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf. 2015.
12. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto “Fortalecimiento de la prevención y control de la tuberculosis y sus comorbilidades en Lima Norte: Comas y Carabayllo. Lima, Perú: OPS, 2017” disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34501/OPSPER17034-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C y Mendoza A. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. 2017 Lima Perú. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*.
14. Congreso de la República. Ley N° 30287 Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú 2015. [Citado el 5 de agosto de 2016]. Disponible

en: http://190.223.45.115/newtb/Archivos/Ley_30287_Ley_TB.pdf.

15. Reglamento de la Ley N°30287. Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú. [Internet]. El peruano. 15 de mayo del 2016; 587360-8. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normas legales/2016/DS_021.pdf
16. Paneque E, Rojas L y Pérez M. La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad, 2018. Rev. Haban Cienc Méd. 17(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300353#B6
17. MINSA. Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional GEO-RIS PACHACAMAC disponible en: <https://www.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=a3cde5a7dc4b4018a6ae79bb1daf46b0>
18. Méndez Y, Caicedo E y Urrutia J. Comparación de factores socioeconómicos y diagnósticos relacionados con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, en Boyacá. 2015. Universidad Médica Colombia. octubre-diciembre. 2018.
19. Alvarenga A y Cruz M. Prevalencia de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en pacientes del hospital nacional rosales en los años 2014 y 2015. Universidad de el salvador facultad de medicina escuela de tecnología médica licenciatura en laboratorio clínico. El Salvador. Setiembre 2017.
20. Correa P y Farez V. Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil. Universidad católica de Santiago de Guayaquil facultad de ciencias médicas carrera de enfermería “san Vicente paúl”. Guayaquil, Ecuador 13 de marzo del 2017.
21. Blas R y Liñán J. Perfil epidemiológico de la persona con tuberculosis atendido en el Centro de Salud Coishco 2011 – 2015. Universidad nacional

del santa facultad de ciencias escuela académico profesional de enfermería.
Nuevo Chimbote- Perú 2016.

22. Carrasco S. Perfil epidemiológico y clínico de la tuberculosis en los pacientes del Centro de Salud Santa Fe – Callao durante enero 2011 – diciembre 2015. Facultad de obstetricia y enfermería escuela de enfermería USMP. Lima-Perú 2016.
23. Ticona L. Prevalencia y características clínicas de la Tuberculosis extrapulmonar en los años 2008 al 2012 en el Hospital Goyeneche de Arequipa. Universidad Católica de Santa María Facultad de Medicina Humana. Arequipa - Perú 2014
24. Rivera D. y Camargo D. Genes de Mycobacterium tuberculosis involucrados en la patogenicidad y resistencia a antibióticos durante la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, Méd Uis. 2015. 28 (1): 39-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a04.pdf>
25. Churchyard G, Kim P, Shah S, Rustomjee R, Gandhi N, Mathema B, Dowdy D, Kasmar A y Cardenas V. What We Know About Tuberculosis Transmission: An Overview. J Infect Dis. 2017 Nov.
26. WHO Global tuberculosis report 2018. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (fecha de ingreso julio 2020).
27. Pfyffer G, Brown y Wallace R. Mycobacterium: General characteristics, isolation, and staining procedures. En: Murray P.R., editor. *Manual of Clinical Microbiology*. 2003. 8th ed. American Society for Microbiology, Washington, DC: 532-559.
28. Michelsen SW, Soborg B, Diaz LJ, et al. The dynamics of immune responses to Mycobacterium tuberculosis during different stages of natural infection: a

longitudinal study among Greenlanders. PLoS One 2017; 12: e0177906.

29. Nardell E y Tierney D. Tuberculosis (TBC). Harvard Medical School. Abril 2018.
30. Lyon S y Rossman M. Pulmonary Tuberculosis. American Society for Microbiology. February 2017. Available in: <https://www.asmscience.org/content/journal/microbiolspec/10.1128/microbiolspec.TNMI7-0032-2016>
31. MINSA, Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/Contenido.aspx?op=1>
32. Unión internacional contra la tuberculosis y enfermedades respiratorias. Manejo de tuberculosis. 6ta edición. París-Francia. 2010
33. Ismail N, Mvusi L y Nanoo A, et al. Prevalence of drug-resistant tuberculosis and imputed burden in South Africa: a national and sub-national cross-sectional survey. Lancet Infect Dis 2018.
34. Fisher D, Elwood K. Nonrespiratory tuberculosis. In: Canadian Thoracic Society, Canadian Lung Association, and the Public Health Agency of Canada, editors. Canadian Tuberculosis Standards. 7th Edition. Ottawa: Canadian Thoracic Society; 2013.
35. García J, Álvarez H, García L, Mariño A, Fernández A y Sesma P. Extrapulmonary tuberculosis: epidemiology and risk factors. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011.
36. Ramírez L, Menéndez S y Noguero A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Hospital Canto blanco-Hospital Universitario La Paz, Madrid. 2015
37. Dheda K, Lenders L, Magombedze G, et al. Drug penetration gradients associated with acquired drug resistance in patients with tuberculosis. Am J

Respir Crit Care Med 2018.

38. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. aprobada por Resolución Ministerial N°752 – MINSA.2018
39. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis – MINSA .Fecha de acceso 14 de julio del 2020.
40. Priyanka N y Seith A. Chest Tuberculosis in Children. The Indian Journal of Pediatrics. February 2019
41. Kritsaneepaiboon S, Mariaem A, Tatco V, Lim C y Nathan D. Concepción Extrapulmonary involvement in pediatric tuberculosis. *Pediatr Radiol*. Sep.2017.
42. Pascual J, Carrillo R, Hontañón V y Martínez M. Treatment of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018 Oct.
43. CUBA EDUCA. (2015) Género y Tuberculosis. Disponible en: <http://www.cubaeduca.cu/medias/pdf/salud/Genero-TB.pdf>. Fecha de Acceso: 15 de julio del 2020.
44. Marquez C, Mucunguzi A y Balze L. The age-specific burden and household and school-based predictors of child and adolescent tuberculosis infection in rural Uganda. Washington University, Department of Medicine. January 29, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228102>
45. Choque L y Yaneth. Perfil epidemiológico y clínico de pacientes con tuberculosis en la micro red cono norte Tacna- 2012. Universidad Nacional Jorge basadre grohmann Tacna facultad de ciencias de la salud. Tacna-Perú 2013.
46. Ossalé A, Koné A, Akoli E, Bopaka R, Lankoandé S y Horo. Extrapulmonary

tuberculosis versus pulmonary tuberculosis: epidemiological, diagnosis and evolutive aspects. Rev. Pneumol Clin. 2018 Dec.

47. Rojas M. Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. 2015 Rev. Electrón. vet. España.
48. Canal N. Técnicas de muestreo – sesgos más frecuentes. Cap. 9. Diciembre 2006.
49. Soto C, Chávez M y Arrasco J. Tuberculosis en trabajadores de salud en el Perú, 2013-2015. 2016. Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública.
50. García R y Bacardí P. Morbilidad por tuberculosis: Aspectos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos. Santiago de Cuba. 2007-2011. Medisan Santiago de Cuba. 2016.
51. Sotomayor C, Palma J. Vacunación BCG e inmunodeficiencias primarias: ¿Es momento de un cambio? Rev. Chilena de pediatría. 2019.
52. Moreno A, López S, Corcho A. Principales medidas en epidemiología [Publicación periódica en línea] 2000. [28 de agosto]; 42 (4). Disponible en <https://scielosp.org/pdf/spm/v42n4/2882.pdf>
53. Hernández G y Colab. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública [Publicación periódica en Línea] 2012. [28 de agosto]; 14 (2). Disponible en <https://scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a12.pdf>
54. Lilienfeld A. Fundamentos de epidemiología. 1998. Ed. Ciencias de la salud Addison – Wesley iberoamericana, S.A – USA.
55. Institutos Nacionales de Salud. Definición de antecedentes familiares. 2008. En: <http://www.nci.nih.gov/diccionario/?CdrID=302456>. Fecha de acceso: 8 de diciembre del 2015

56. Enciclopedia Concisa Sopena. Diccionario Ilustrado de la Lengua Española. 1995. Volumen II. Editorial Sopena S.A. España.
57. Eustat. Nivel de Instrucción. 2004. En: http://www.eustat.es/documentos/idioma_c/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html. Fecha de acceso :8 de diciembre del 2015
58. Sensagent. Definición de ocupación. 2009. <http://diccionario.sensagent.com/ocupaci%C3%B3n/es-es/>. Fecha de acceso :9 de diciembre del 2015
59. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&lang=es

ANEXOS

“Prevalencia Epidemiológica de las personas con Tuberculosis pulmonar y Extra pulmonar atendidos en el Puesto de Salud Collanac - Pachacamac 2017-2020”

Alex Gutierrez Jara

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es la prevalencia epidemiológica de las personas con tuberculosis pulmonar y extra pulmonar atendidos en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac en el periodo enero 2017- junio del 2020?</p>	<p>objetivo general: Determinar la prevalencia epidemiológica de las personas con tuberculosis pulmonar y extra pulmonar examinados en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac durante el periodo Enero 2017- Junio del 2020</p> <p>objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Establecer cuál de las dos formas de tuberculosis es más frecuente en personas examinadas en el Puesto de salud Collanac Pachacamac 2017-2020 -Determinar cuál de los géneros presentó mayor frecuencia de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. -Determinar el órgano más afectado en tuberculosis extrapulmonar. -Identificar la prevalencia de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar según sus características biológicas y sociales (edad, sexo, grado de instrucción, procedencia, ocupación y estado civil) 	<p>se evidencia una prevalencia de personas diagnosticadas con tuberculosis pulmonar respecto a la tuberculosis extrapulmonar atendida en el Puesto de Salud Collanac Pachacamac durante el periodo Enero 2017-Junio del 2020</p>	<p>Tipo de estudio</p> <p>observacional, retrospectivo y descriptivo</p> <p>Variable</p> <p>Prevalencia epidemiológica de las personas con tuberculosis pulmonar y extra pulmonar</p> <p>Población y muestra</p> <p>La población está conformada por todas los pacientes diagnosticas con tuberculosis de un total de 59, que han sido registrados en el Puesto de salud Collanac Pachacamac durante el periodo de enero 2017 -junio del 2020.</p>

FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE LA PERSONA CON TB:

N° de ficha_ Fecha de registro: _____

I. Fecha de diagnóstico de TB:

201_____											
E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D

II. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS:

2.1. Edad:

- 0-11 ()
- 12-17 ()
- 18-29 ()
- 30-59 ()
- 60 + ()

2.2. Sexo: Masculino () Femenino ()

III. CARACTERÍSTICAS SOCIALES:

3.1. Grado de instrucción:

- Sin Instrucción ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

3.2. Lugar de procedencia:...

3.3. Ocupación:

- Trabajador Independiente () ¿a qué se dedica?...
- Trabajador Dependiente ()
- Desempleado ()
- Ama de Casa ()
- Estudiante ()

3.4. Estado Civil:

- Soltero (a) ()
- Conviviente ()
- Casado ()
- Separado ()
- Viudo ()

3.5. Vacuna BCG

Si ()

No ()

IV. Tipo de tuberculosis:

- Tuberculosis Pulmonar ()
- Tuberculosis Extrapulmonar ()

DATOS

PUESTO DE SALUD COLLANAC											
AÑO	PACIENTES	EDAD	GENERO	PROCEDENCIA	PESO	TALLA	BCG	OCUPACION	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ORGANO AFECTADO
2017	1	24	M	PORTADA I MA	55	1,68	SI	OBRERO	SOLTERO	SEC. COMP	
	1	19	F	PORTADA I MA	45	1,54	SI	ESTUDIANTE	SOLTERA	CURSANDO SUPERIOR	
	1	35	M	AYACUCHO	61	1,67	SI	OBRERO	CONVIVIENT	SEC.COMP	
	1	22	M	PORTADA I MA	48	1,68	SI	S/O	SOLTERO	3º DE SEC.(SEC. IMCOMP.)	
	1	45	M	PUCALLPA	63	1,67	SI	MADERERO	CONVIVIENT	SEC. COMP	
	1	21	F	PORTADA I MA	45	1,51	SI	S/O	SOLTERA	SEC. COMP	
	1	35	M	PORTADA I MA	58	1,64	SI	OBRERO	CASADO	SEC. COMP	
	1	41	M	HUANCAVELIC	62	1,69	SI	OBRERO	CONVIVIENT	SEC. COMP	
	1	24	M	PORTADA I MA	57	1,71	SI	ESTUDIANTE	SOLTERO	CURSANDO SUPERIOR	
	1	65	M	AYACUCHO	58	1,68	NO	S/O	CASADO	SEC.INCOMP.	
PACIENTES TB EXTRAPULMONAR											
	1	44	F	PORTADA I MA	51	1,65	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC. COMP	MAMA
	1	26	F	IQUITOS	48	1,51	SI	ESTUDIANTE	SOLTERA	CURSANDO SUPERIOR	PLEURA
	1	35	F	PORTADA I MA	50	1,48	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC. COMP	MAMA
	1	28	M	PORTADA I MA	49	1,67	SI	OBRERO	SOLTERO	SEC.COMP	PLEURA
2018 PACIENTES TB PULMONAR											
	1	16	M	PORTADA I MA	49	1,67	SI	ESTUDIANTE	SOLTERO	CURSANDO SECUNDARIA	
	1	25	F	PORTADA I MA	51	1,52	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC. COMP	
	1	28	M	AYACUCHO	59	1,68	SI	OBRERO	CONVIVIENT	SEC.COMP	
	1	42	M	PUCALLPA	51	1,68	SI	OBRERO	CASADO	TECNICO SUPERIOR	
	1	31	F	PORTADA I MA	53	1,58	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC.INCOMP.	
	1	38	M	HUANCAVELIC	61	1,67	SI	INDEPENDIE	CASADO	SEC. COMP	
	1	28	M	PORTADA I MA	75	1,69	SI	OBRERO	SOLTERO	SEC. INCOMP	
	1	51	M	PORTADA I MA	51	1,71	SI	ELECTRCISTA	CASADO	TECNICO SUPERIOR	
	1	41	M	AYACUCHO	47	1,69	SI	OBRERO	CONVIVIENT	SEC. COMP	
PACIENTES TB EXTRAPULMONAR											
	1	45	F	PORTADA I MA	46	1,58	SI	CASA	CASADA	SEC. INCOMP	ESTOMAGO
	1	25	F	PORTADA I MA	48	1,59	SI	ESTUDIANTE	SOLTERA	CURSANDO SUPERIOR	
	1	28	F	PORTADA I MA	49	1,6	SI	COBRADORA	CONVIVIENT	SEC.INCOMP.	PLEURA
	1	35	F	AYACUCHO	50	1,62	SI	CASA	CASADA	SEC. COMP	MAMA
	1	51	M	IQUITOS	55	1,67	NO	MADERERO	CONVIVIENT	SEC. INCOMP	PLEURA
	1	35	M	PORTADA I MA	56	1,68	SI	COBRADOR	CONVIVIENT	SEC.INCOMP.	PLEURA
2019 PACIENTES TB PULMONAR											
	1	21	M	PORTADA I MA	48	1,68	SI	OBRERO	SOLTERO	SEC. COMP	
	1	25	M	PORTADA I MA	50	1,67	SI	S/O	SOLTERO	SEC.INCOMP.	
	1	41	F	PUCALLPA	45	1,54	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC.INCOMP.	
	1	35	M	AYACUCHO	51	1,7	SI	COMERCIAN	CONVIVIENT	TECNICO SUPERIOR	
	1	41	M	PORTADA I MA	53	1,68	SI	OBRERO	CONVIVIENT	TECNICO SUPERIOR	
	1	36	M	PORTADA I MA	51	1,68	SI	OBRERO	SOLTERO	SEC. COMP	
	1	21	M	PORTADA I MA	49	1,65	SI	S/O	SOLTERO	SEC.INCOMP.	
	1	19	F	IQUITOS	45	1,45	SI	S/O	SOLTERA	SEC. COMP	
	1	25	M	PORTADA I MA	49	1,67	SI	S/O	SOLTERO	SEC.INCOMP.	
	1	35	M	PORTADA I MA	51	1,69	SI	OBRERO	CONVIVIENT	SEC. COMP	
PACIENTES TB EXTRAPULMONAR											
	1	21	F	PORTADA I MA	46	1,57	SI	ESTUDIANTE	SOLTERA	CURSANDO SUPERIOR	PLEURA
	1	38	F	IQUITOS	47	1,54	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC.INCOMP.	PLEURA
	1	22	F	PORTADA I MA	45	1,51Q	SI	S/O	SOLTERA	SEC.INCOMP.	PLEURA
	1	41	F	PORTADA I MA	47	1,51	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC. COMP	MAMA
	1	35	M	AYACUCHO	57	1,65	SI	OBRERO	CONVIVIENT	SEC. COMP	ESTOMAGO
	1	26	F	PORTADA I MA	46	1,51	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC. COMP	PLEURA
2020 PACIENTES TB PULMONAR											
	1	23	M	PORTADA I MA	53	1,74	SI	S/O	SOLTERO	SEC.INCOMP.	
	1	42	M	PORTADA I MA	58	1,69	SI	OBRERO	CONVIVIENT	SEC. COMP	
	1	35	M	IQUITOS	55	1,65	SI	AMBULANTE	CONVIVIENT	SEC.INCOMP.	
	1	29	F	PORTADA I MA	46	1,54	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC. COMP	
	1	31	F	AYACUCHO	47	1,61	SI	COBRADORA	CONVIVIENT	SEC.INCOMP.	
	1	45	M	PORTADA I MA	51	1,69	SI	CHOFER	CONVIVIENT	SEC. COMP	
	1	19	F	PORTADA I MA	48	1,64	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC.INCOMP.	
	1	21	M	PORTADA I MA	51	1,71	SI	S/O	SOLTERO	SEC. INCOMP.	
	1	25	F	HUANCAVELIC	50	1,61	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC. COMP	
PACIENTES TB EXTRAPULMONAR											
	1	24	F	AYACUCHO	48	1,59	SI	ESTUDIANTE	SOLTERA	CURSANDO SUPERIOR	PLEURA
	1	51	F	PORTADA I MA	51	1,56	SI	CASA	CASADA	SEC.INCOMP.	PLEURA
	1	41	M	PORTADA I MA	56	1,69	SI	CHOFER	CONVIVIENT	SEC. COMP	PLEURA
	1	25	M	HUANCAVELIC	57	1,71	SI	S/O	SOLTERO	SEC. COMP	ESTOMAGO
	1	32	F	PORTADA I MA	49	1,58	SI	CASA	CONVIVIENT	SEC. COMP	MAMA
LEYENDA:											
S/O :SIN OCUPACION											
SEC.COMP: SECUNDARIA COMPLETA											
SEC.INCOMP: SECUNDARIA INCOMPLETA											

“Año de la universalización de la salud”

Lima, 27 de mayo del 2020

Carta P. 232 – 2020 EPG – UCV LE

SEÑOR(A)

CD. Rudy Díaz Vigil

Jefe del Puesto de Salud de Collanac - DIRIS Lima Sur.

Asunto: Carta de Presentación del estudiante GUTIERREZ JARA ALEX.

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **GUTIERREZ JARA ALEX.**

Identificado con DNI N. °40765134 y código de matrícula N° 7002314673; estudiante del Programa de MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

PREVALENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PERSONAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRA PULMONAR ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD COLLANAC - PACHACAMAC 2017-2020

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda aplicar entrevistas y/o encuestas y poder recabar información necesaria.

Con este motivo, le saluda atentamente,


Dr. Raúl Delgado Arenas
JEFE DE UNIDAD DE POSGRADO
FILIAL LIMA – CAMPUS LIMA ESTE

LIMA NORTE Av. Alfredo Mendiola 6232, Los Olivos. Tel.:(+511) 202 4342 Fax.:(+511) 202 4343
LIMA ESTE Av. del Parque 640, Urb. Canto Rey, San Juan de Lurigancho Tel.:(+511) 200 9030 Anx.:2510.
ATE Carretera Central Km. 8.2 Tel.: (+511) 200 9030 Anx.: 8184
CALLAO Av. Argentina 1795 Tel.:(+511) 202 4342 Anx.: 2650.



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, GUTIERREZ JARA ALEX estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Prevalencia Epidemiológica de las personas con Tuberculosis pulmonar y Extra pulmonar atendidos en el Puesto de Salud Collanac - Pachacamac 2017-2020", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
GUTIERREZ JARA ALEX DNI: 40765134 ORCID 0000-0002-4396-1894	Firmado digitalmente por: GGUTIERREZJAR el 06-04- 2021 10:22:36

Código documento Trilce: INV - 0125984