



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRIA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Características epidemiológicas y características clínicas de los
pacientes con tuberculosis. Distrito 09D04/Salud, 2021.

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTOR:

Moncayo Tigre, Kevin (ORCID: 0000-0002-9503-6756)

ASESOR:

Dr. Luque Ramos, Carlos Alberto (ORCID: 0000-0002-4402-523X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Dirección de los Servicios de la Salud

PIURA-PERÚ

2022

Dedicatoria

A Dios quien ha sido mi guía, fortaleza y su mano de fidelidad y amor han estado conmigo hasta el día de hoy. A mis padres quienes, con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas. Finalmente quiero dedicar esta tesis a todos mis compañeros, por apoyarme cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, de verdad mil gracias, siempre los llevo en mi corazón

Agradecimiento

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes. Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que hacen el Centro de Salud, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro de su establecimiento de salud.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Cesar Vallejo, a mis docentes quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad. Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento al Dr. Luque Ramos, Carlos Alberto, principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	ii
Índice de contenidos	iii
Índice de tablas	iv
Índice de gráficos y figuras.....	v
Resumen.....	X
Abstract.....	Xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA	35
3.1 Tipo y diseño de investigación	35
3.2 Variables y Operacionalización.....	36
3.3 Población, muestra, muestreo, unidades de análisis.....	37
3.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos	37
3.5 Procedimientos	38
3.6 Método de análisis de datos	38
3.7 Aspectos Éticos	38
IV. RESULTADOS	45
V. DISCUSIÓN.....	50
VI. CONCLUSIONES	70
VII. RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS.....	72
ANEXOS.....	77

Índice de tablas

Tabla 1: Características Epidemiológicas: Distribución de los casos según el indicador Persona en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021.....	45
Tabla 2: Características Epidemiológicas: Distribución de los casos según el espacio/lugar en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021.	46
Tabla 3: Características Epidemiológicas: Distribución de los casos según la frecuencia en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021.....	47
Tabla 4: Características Epidemiológicas: Distribución de los casos según la condición de riesgo (población vulnerable) en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021.....	48
Tabla 5: Características Epidemiológicas: Distribución de los casos según la condición de riesgo (hábitos nocivos) en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021.	49
Tabla 6: Características clínicas: Distribución de los casos según la patología en estudio en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021.	49
Tabla 7: Características clínicas: Distribución de los casos según la comorbilidad de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021.....	50

Índice de gráficos y figuras

Gráfico 1: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según grupo etáreo en el Distrito 09D04 Salud, 2021.....	44
Gráfico 2: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según sexo en el Distrito 09D04 Salud, 2021.	45
Gráfico 3: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el nivel de instrucción en el Distrito 09D04 Salud, 2021.	46
Gráfico 4: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según la ocupación en el Distrito 09D04 Salud, 2021.	47
Gráfico 5: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el estado civil en el Distrito 09D04 Salud, 2021.	48
Gráfico 6: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según la vacunación de BCG en el Distrito 09D04 Salud, 2021.	49
Gráfico 7: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el estado nutricional en el Distrito 09D04 Salud, 2021.	50
Gráfico 8: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el lugar de procedencia en el Distrito 09D04 Salud, 2021.	51
Gráfico 9: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según la incidencia y la prevalencia en el Distrito 09D04 Salud, 2021.	52
Gráfico 10: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según los hábitos nocivos en el Distrito 09D04 Salud, 2021.....	53
Gráfico 11: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según Antecedentes de familiares o cercanos con Tuberculosis. En el Distrito 09D04 Salud, 2021.	54
Gráfico 12: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según tipos de Tuberculosis. En el Distrito 09D04 Salud, 2021.....	55
Gráfico 13: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes criterio diagnóstico en el Distrito 09D04 Salud, 2021.....	56
Gráfico 14: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según la	

Baciloscopia de diagnóstico en el Distrito 09D04 Salud, 2021.....	57
Gráfico 15: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el cultivo de diagnóstico en el Distrito 09D04 Salud, 2021.....	58
Gráfico 16: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el Perfil de sensibilidad en el Distrito 09D04 Salud, 2021.....	59
Gráfico 17: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el esquema de tratamiento en el Distrito 09D04 Salud, 2021.....	60
Gráfico 18: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según condición de ingreso en el Distrito 09D04 Salud, 2021.....	61
Gráfico 19: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según condición de ingreso en el Distrito 09D04 Salud, 2021.....	62

Resumen

El estudio se lo realiza para determinar las características epidemiológicas y características clínicas de la Tuberculosis en pacientes atendidos en el Distrito 09D04 de Salud durante el periodo del 2021. Los material y métodos utilizados en este estudio de tipo cuantitativa, no experimental de diseño descriptivo, correlacional y transversal. La población fue de 132 pacientes diagnosticados con tuberculosis en el año 2021. La técnica utilizada fue la observación y como instrumento la historia clínica. Obteniendo como resultados que existió una prevalencia decreciente de 25,4% al 21,2%; dentro de las características epidemiológicas: grupo etáreo de 45 a 54 años (34,09%). Características clínicas: Tuberculosis Pulmonar (96,97%), recibiendo tratamiento con esquema 1 (81,82%), casos nuevos (87,88%), curados (31,82%) y otras comorbilidades (49,24%). En conclusión, la prevalencia ha sido de tendencia decreciente, en las características epidemiológicas predominó el sexo masculino. En relación a las características clínicas destacó la Tuberculosis Pulmonar, baciloscopia negativas, condición de ingreso casos nuevos y condición de egreso curados. Los resultados refleja sobre los conocimientos, y actitudes en farmacovigilancia y conlleva la revisión de las políticas de capacitación en el tema para garantizar su cumplimiento mejorando las condiciones de ejecución y notificación de RAM's.

Palabras clave: Características Epidemiológicas, características Clínicas, Tuberculosis.

Abstract

The study is carried out to determine the epidemiological characteristics and clinical characteristics of Tuberculosis in patients treated in Health District 09D04 during the period of 2021. The materials and methods used in this study of a quantitative, non-experimental descriptive, correlational design and transversal. The population was 132 patients diagnosed with tuberculosis in 2021. The technique used was observation and the clinical history as an instrument. Obtaining as results that there was a decreasing prevalence from 25.4% to 21.2%; Within the epidemiological characteristics: age group 45 to 54 years (34.09%). Clinical characteristics: Pulmonary Tuberculosis (96.97%), receiving treatment with scheme 1 (81.82%), new cases (87.88%), cured (31.82%) and other comorbidities (49.24%). In conclusion, the prevalence has been a decreasing trend, in the epidemiological characteristics the male sex predominated. In relation to the clinical characteristics, Pulmonary Tuberculosis, negative smear microscopy, admission condition new cases and discharge condition cured stood out. The results reflect on the knowledge and attitudes in pharmacovigilance and entails the review of the training policies on the subject to guarantee their compliance, improving the conditions of execution and notification of ADRs.

Keywords: Epidemiological characteristics, Clinical characteristics, Tuberculosis

I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una patología que con prevención puede curarse, causada por *Mycobacterium Tuberculosis*. Alrededor de un tercio de la población mundial tiene TB latente con un riesgo de presentar el padecimiento durante toda la vida; el riesgo está en pacientes con un sistema inmunológico debilitado con enfermedades acompañantes como desnutrición, VIH, DM2 o hábitos tóxicos como el tabaco. (Alianza Alto a la Tuberculosis, 2015). Dentro de las manifestaciones clínicas de esta patología infecciosa esta la tos, fiebre, sudoración, pérdida de peso, las cuales pueden ser leves e inespecíficas durante meses, a veces retrasando el tratamiento y aumentando el riesgo de transmisión adicional. Desde el año 2.000, con los avances en el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad, el porcentaje de tasa de curación han sido elevadas y salvando la vida de millones de sujetos a nivel mundial. (Departamento de Salud Pública, 2016) Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en 2015 fueron adoptados por las Naciones Unidas (ONU) y establecieron el objetivo para 2030 donde proponen dentro de las metas erradicar al contagio mundial de tuberculosis. (OMS, 2017).

Así mismo, bajo el plan “Unidos para detener la tuberculosis”, la OMS tiene exclusivo interés en unir fuerzas para “no dejar a nadie atrás” a través de esquemas de combate”. estigmatización, discriminación, marginación “Y remoción de barreras que restringen el paso a la atención. (“Informe mundial de tuberculosis 2017”, sin fecha) Dentro de las estrategias a nivel mundial de Directly Observed Treatment, Short/ Course (DOTS) con el “Alto a la Tuberculosis”, contribuyeron con el descenso de los porcentajes de morbi-mortalidad debido a la tuberculosis con un 50% a partir de 1.990 al 2.015 donde la prevalencia en el año 2009 estuvo en el 35,5 por 1´000.000 hbts; por lo que la incidencia disminuye lentamente y estuvo en el 30,2 por 1´000.000 hbts (“Por un Ecuador libre de Tuberculosis, 2012”).

La elaboración de las características epidemiológicas y clínicas siendo importante ya que permitirá poseer estudio absoluto de mortalidad, morbilidad con el factor de riesgo, obteniendo como parte de las variables características geográficas. Conjuntamente, es esencial obtener 2 dimensiones, como características epidemiológicas, que considera al sujeto (edad, sexo, niveles de instrucción de educación, estado civil, ocupación, vacunación de BGC, estado nutricional); en los espacios (origen donde procede); frecuencia (incidencia con prevalencia) y como

condición de riesgo (comunidad vulnerable, hábitos nocivos). Para la identificación de la característica clínica, se consideraron la enfermedad en análisis (referencias en el núcleo familiar con Tuberculosis, esquema de procedimiento, la baciloscopia de diagnóstico, el tipo de Tuberculosis, criterios diagnósticos, cultivos de diagnóstico, los perfiles de sensibilidad, categoría de egreso e ingreso), antecedentes patológicos y como caso especial la comorbilidad. Es fundamental amplificar el diagnóstico epidemiológico situacional de la Tuberculosis, ya que posibilita conseguir información importante y aplicar el problema y con base a ello es llevar a cabo tácticas y/o ocupaciones promocionales y preventivas que favorezcan a reducir los casos, esto involucra detectar a la comunidad en peligro, donde recalca el servicio de enfermería, a manera de parte del equipo sanitario, quien se ocupa de guiar esfuerzos para detectar las comunidades vulnerables.

Esta patología en el Ecuador permanece como un problema dentro del campo de la salud pública, la región es considerada de mediana carga con Tuberculosis. Sin embargo, la participación continua del Ministerio de Salud Pública (MSP) ha autorizado aumentar los porcentajes de tratamiento y curación. De esta manera, el aumento en el porcentaje de curados, anduvo de 61% en el 2.007 (cohorte 2.005) al 73% en el 2.012 (cohorte 2.011), y el paciente tiene una gratuidad en el diagnóstico y método para los que padecen tuberculosis en todas las modalidades. En la actualidad el territorio ecuatoriano está entre los 3 países del área que no posee un detalle de espera para métodos especiales en la curación de la tuberculosis resistente (Tb-MDR). Fue Ecuador como único territorio a nivel mundial que incorporó como política de gobierno el beneficio del bono de cohesión al tipo de tuberculosis drogo resistente, lo cual limitó el abandono de método de 28,2 % a 7% en el primer año de estudio a lo largo de 2011 al 2012. (MSP, 2013)

La justificación teórica se enfoca que desde el año de 1.993 la OMS declara que la tuberculosis (Tb) como una patología re emergente que constituyéndose un complicación fundamental de la salud pública mundial, siendo la relación tuberculosis y las comorbilidades están afectando en especial a la comunidad económicamente activa, agravando el efecto sobre el sistema de salud, la sociedad, los recursos doctores y físicos inevitables para su procedimiento, incrementando los precios de dichos servicios al aumentar la demanda de medicamentos más especializados, secundario a la presencia de drogo resistencia o fracasa en el procedimiento de dichos

pacientes de esta forma como al aumentar el los días de hospitalización precisos para la curación de los pacientes. (Sarmiento, 2014)

Dentro de la justificación practica sobre la tuberculosis los resultados de los estudios van a permitir a las autoridades sanitarias del Ministerio de Salud aceptar tácticas y planes con el objetivo de desarrollar habilidades prácticas, cognitivas y actitudinales ante esta enfermedad, reiterando el valor en el desarrollo de la salud para minimizar la incidencia de Tuberculosis en la población y de esta forma optimizar las características de vida en la sociedad. (Acosta, 2015) En determinados estudios descriptivos sobre las propiedades epidemiológicas y de las propiedades clínicas del enfermo con diagnóstico de Tb en los centros hospitalarios estatales de segundo y tercer grado donde existen especialistas en esta enfermedad, siendo esta información importante para la salud nacional pública. El observar y diferenciar los componentes de peligro, como los precedentes de historia clínica de tuberculosis pulmonar (Tb) o de haber cohabitado dentro de familiares cercanos con Tuberculosis Pulmonar, asociado a los componentes sociales; y la averiguación sistemática de casos sospechosos con las propiedades previamente suscritas con espontanea demanda de los servicios sanitarios a lo largo de las visitas in situ en los domicilios, en equipos específicos y en eventos comunitarios, tienen la posibilidad de robustecer la iniciativa para el control de la Tb conjuntamente con las políticas públicas en regiones fronterizas. (MINSa, 2012)

Dentro de la justificación metodológica la realización de este análisis nos ayudará a obtener las propiedades clínicas y propiedades epidemiológicas de estos sujetos de estudio para cotejar con otros territorios de América Latina para presentar medidas que se nos aproximen a metas demostradas de eliminación de esta enfermedad. Gracias a su prevalencia alta y su efecto dentro del campo de la salud pública, el razonamiento de la dificultad y los componentes sociales y involucrados con el paciente asociados con su aparición es sustancial para la detección y el diagnóstico precoces. El presente análisis se lo hace con el objeto de poder detectar las propiedades clínicas y el perfil epidemiológico de los enfermos con Tb que hubieron sido atendidos, durante este período pude constatar cual es la epidemiología de los usuarios que acuden a diario a la organización hospitalaria. A través de indagación tenemos la posibilidad de detectar la población que tiene riesgo de tuberculosis, por medio de su grado socio-económico, grado de enseñanza porque en su mayor parte

son sujetos con estudios de segundo grado, según el conjunto etéreo las cuales son más propensos y son individuos con un gran peligro de contraer alguna patología, y cuales son más susceptibles a obtenerla, si muestra cierto tipo de enfermedad que lo comprometa. El brindar a su vez una profunda información a la comunidad sobre la enfermedad e incluso sobre el estado nutricional y tenga un tratamiento efectivo. Este análisis va a servir a los expertos en salud para que obtengan presente cuales son las propiedades epidemiológicas ya que son relevantes y poder contrarrestar cualquier elemento de peligro, así como además nos posibilita como expertos en el área sanitaria desempeñarnos en la zona educativa, investigativa y asistencial.

Para el impacto de este estudio podremos basarnos en el Informe “A Report for the Global TB Caucus” calcula los precios económicos internacionales de la TB. Para el lapso de los años 2000-2015 deduce que la mortalidad respectiva con tuberculosis produjo el déficit de 616 mil millones de US \$ ya que, a falta de actividades primordiales para frenar la patología, la futura mortalidad relacionada con la tuberculosis puede llevar a un quebranto adicional de 984 mil millones de US \$ en todo el mundo en el periodo 2015 y 2030, cantidad semejante al tamaño del patrimonio de Holanda en el año de 2.016. Por tal razón además de minimizar la calidad de vida de los sujetos, padecer esta patología constituye importantes costos económicos para los conjuntos familiares y a la sociedad; enfocándose que existe un coste directo por el gasto más enorme de las familias y el sistema en servicios sanitarios (medicamentos, atención médica y examen médicos). Además, tienen la posibilidad de detectar costes indirectos por el costo social de la defunción de un paciente y por el decrecimiento de las ganancias parientes por el menor rendimiento gremial y académico debido a que la población económicamente activa todavía es la más afectada por esta enfermedad ya endémica en nuestra región. (WHO. Global Tuberculosis Report 2017)

Para lo cual formularemos el problema general ¿Cual la relación entre las características clínicas y las características epidemiológicas de los usuarios con diagnóstico de Tuberculosis atendidos en los centros de salud del Distrito 09D04/Salud, 2021? Y como problemas específicos, i) ¿Cuáles serían las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis del Distrito 09D04/Salud, 2021? ii) ¿Cuáles son las características epidemiológicas de la variable persona de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar del Distrito

09D04/Salud, 2021?

El papel de los especialistas en medicina familiar en la atención primaria es sustancial para promover la investigación brindando una atención familiar, integral y social con la intervención activa del enfermo en la toma de decisiones, su concientización sobre la patología, es lo fundamental para la curación (MSP - Manual MAIS, 2012).

Las técnicas, métodos e instrumentos de información generada permitirán definir las características epidemiológicas, caracterizar al paciente clínicamente, detallar las características de Imagenología y laboratorio identificando los factores asociados para el desarrollo de Tb-DR; antecedentes que podrían ser manipulados dentro del programa de prevención de tuberculosis nacional implementando estrategias en grupos de comunidades específicas.

Se pretende que, en la identificación de las características clínicas conjuntamente con las epidemiológicas de la tuberculosis, contribuirá principalmente al sistema de salud como principal cuerpo de trabajo de prevención. A nivel local, se busca averiguar desde las propiedades de los enfermos con tuberculosis pulmonar en el diario proceso sanitario y patología, vinculando los componentes de peligro como una prioridad para coadyuvar con los centros de salud en el diagnóstico, la prevención, el procedimiento y el seguimiento del cumplimiento. Se investiga un abordaje de población en peligro para establecer el desarrollo de la patología y los esfuerzos encontradas a lo largo del procedimiento de la tuberculosis pulmonar que imposibilitan su recuperación, y además de contribuir a minimizar el desarrollo de la patología en nuevos pacientes inmunodeprimidos, generando seguridad más social y económico. Se plantea el objetivo general el siguiente determinar la relación entre las características clínicas y las características epidemiológicas de los pacientes con tuberculosis del Distrito 09D04/Salud durante el periodo 2021. A continuación, se detalla los objetivos específicos: i) Identificar las características clínicas de los pacientes con tuberculosis del Distrito 09D04/Salud durante el periodo 2021; ii) Identificar las características epidemiologías de los pacientes con tuberculosis del Distrito 09D04/Salud durante el periodo 2021.

Se cita la hipótesis nula: Existe relación entre las características clínicas y las características epidemiológicas en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis e hipótesis alterna: No existe relación entre las características clínicas y las

características epidemiológicas en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

II. MARCO TEÓRICO

Los antecedentes se realizó una búsqueda íntegra en los distintos repositorios con investigaciones y en bases de datos electrónicas hallando en el ambiente internacional, nacional y locales, son las siguientes:

Según Águila & cols (2017) en su investigación realizada en Cuba denominada “*Caracterización clínico epidemiológica de enfermos con tuberculosis en la parroquia de Cumanayagua. Provincia Cienfuegos. 2007 - 2017*” refieren que el objetivo de su estudio fue caracterizar la clínica y epidemiológicamente en enfermos con tuberculosis con un método de exploración observacional y descriptiva que cercó 24 casos diagnosticados con tuberculosis en la parroquia de Cumanayagua de la provincia Cienfuegos, en el período 2.007-2.017 siendo las variables analizadas el año del diagnóstico, clasificación según tipo de tuberculosis (extrapulmonar y pulmonar), grupo etáreo, sexo, trabajo, lugar del diagnóstico, áreas sanitarias, factor de riesgo asociado, signos y síntomas. La data fue recolectada en forma de periodos cronológicos e historias epidemiológicas organizadas dentro de la Unidad Municipal de Epidemiológica e Higiene de la ciudad. El proceso de datos se efectuó en Excel y se manejaron porcentajes e incidencias. Como resultado, la mayor incidencia de la enfermedad se presentó en el año 2013. El mayor número de reportes fue de pacientes de 55 a 59 años con baciloscopía positiva con un 66,7%. El 62,5% fueron diagnosticados en el segundo nivel de atención. Predominan los hombres, jubilados y trabajadores agrícolas. Los factores de riesgo más comunes son el tabaquismo y el abuso del alcohol. Los síntomas más comunes son tos, pérdida de peso, debilidad y aumento de la temperatura. En conclusión, la tuberculosis en la parroquia de Comanagua mostró concordancia con las características clínico epidemiológicas descritas en la literatura revisada; Problemas al momento del diagnóstico en el primer nivel de atención.

Hernández y cols (2012) en su estudio “Perfil clínico y social de pacientes con tuberculosis en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México” tiene como objetivo establecer el perfil clínico y social de los pacientes con tuberculosis de la unidad de medicina familiar (UMF) #33, Reynosa Tamaulipas en México, fueron hospitalizados durante el periodo de 2.008 a 2.012 teniendo como método el tipo de estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo; el objetivo fue establecer un perfil clínico y social de los enfermos con tuberculosis de la UMF. La colección de la

data se hizo con la “Tarjeta de registro y control” y “Estudio epidemiológico de tuberculosis” y administrado dentro del sistema nacional de salud; La información se obtiene de las historias clínicas en el campo de la medicina preventiva. Se incluyó el historial completo de los pacientes que recibieron tratamiento entre 2008-2012 y se rechazaron las fechas incompletas o faltantes. Las principales variables estudiadas fueron: procedencia, educación, ocupación, drogadicción, carga de bacilos al momento del diagnóstico y comorbilidades, entre otras. La investigación cumple con las normas nacionales e institucionales de investigación. De los resultados se incluyeron 169 HC, de los cuales el 56% eran hombres y el 44% mujeres. La edad promedio es de 32 años, el 18% de los trabajadores se han graduado de secundaria y el 18% de los trabajadores se han graduado de secundaria. Un tercio de los participantes eran del estado de Tamaulipas. Los principales trabajos son trabajadores de máquinas y amas de casa con un 22%. No son adictos a las drogas 94%, beben alcohol 4%, fuman 1% y otras drogas 1%. Las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes tipo 2, seguida del VIH/SIDA y la desnutrición. La tuberculosis se diagnosticó de forma ambulatoria en instituciones médicas en el 89% de los casos y se realizó por microscopía. El primer signo de la enfermedad es tos con esputo. Alta tasa de recuperación completa y 4% de suspensión del tratamiento.

García (2013) en su trabajo de investigación realizado en Perú denominado “Frecuencia y características clínico-epidemiológicas de la tuberculosis pulmonar de la comunidad adulta en la microrred metropolitana de la ciudad de Puno, durante el periodo 2.009-2.013” refiere como objetivo que se establezca la periodicidad y las características clínico-epidemiológicas de la tuberculosis pulmonar de la comunidad adulta en la Microrred Metropolitana de la ciudad de Puno durante el periodo 2009-2013. Siendo la metodología fue la revisión de los registros de pacientes del Programa de Control de la TBC de la microrred, para verificar que cumplieran criterios de selección. Se muestra los resultados mediante estadística descriptiva. Los resultados fueron 68 casos; fueron varones en 58.82% y mujeres en 41.18%, con edades comprendidas entre los 20 y 29 años en 48.53% de casos. La mayoría de casos eran estudiantes con un 48.53%, 14.71% comerciantes u obreros, en 11.76% realizaban labores del hogar, 69.12% de casos eran solteros, 14.71% eran casados o convivientes. La instrucción de los pacientes en su mayoría fue secundaria y superior en 92.65%, con un nivel socioeconómico bajo en 83.82%. Se identificó hacinamiento en 4.41% de viviendas. El

antecedente epidemiológico de contacto con sintomáticos respiratorios se encontró en 54.41% de casos, sobre todo por un familiar (30.71%); hubo antecedente personal de TBC en 7.35% de casos, que abandonaron el tratamiento. La forma de inicio de los síntomas, fue insidiosa en 95.59%, con tos en 97.06%, expectoración con un 67.65%, en 58.82% presentaron baja de peso y 10.29% presentaron hemoptisis. En el diagnóstico en el 85.29% se encontró BK positivo y 82.35% de los pacientes fueron sintomáticos respiratorios. El 85.29% de casos fueron considerados TBC sensibles, y el 4.41% fueron TBC MDR.

Castillo & Bravo (2016) describen en su estudio realizado en Cuenca - Ecuador "Caracterización clínica-epidemiológica de pacientes con coinfección tuberculosis pulmonar-VIH del Hospital José Rodríguez 2015-2016" Con el objetivo de Representar las características clínico-epidemiológicas de pacientes coinfectados por tuberculosis pulmonar y VIH, del Hospital José Rodríguez Mareduena desde enero de 2015 a diciembre de 2016. Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se basa retrospectivamente con un análisis de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que estuvieron hospitalizados con VIH, en el Hospital José Rodríguez Maridueña de enero de 2015 a diciembre de 2016. Así, declararon que la tasa de coinfección es del 44,9%; (IC 95% 37, 12-52,69), el análisis combinado de variables mostró que estos individuos tenían más de 37 años (tasa OR 3,45; IC 95% 1,37-8,68), con diagnóstico inicial (OR tasa 2,67; IC 95% 1,20-6,28), con diagnóstico inicial (OR tasa 2,67; IC 95% 1,20-6,28), otros métodos diagnosticados (tasa OR 3,23; IC 95% 1,35-7,76), carga viral inferior a 175.318 copias de ARN/ml (tasa OR 4,73; IC 95 % 1,77-12,6), CD4 inferior a 140 (tasa OR 2,94; IC 95 % 1,18-7, 29), sin TARGA (OR 3,00; IC 95 % 2,36-3,80). Se concluyó que el perfil de riesgo para esta coinfección debe ser de 37 años o más, Primaria, Diagnosticada por métodos distintos a la baciloscopia, Carga viral inferior a 175.318 copias de ARN/ml, Conteo de linfocitos TCD4 inferior a 140 células/mm³ sin corazón (100%).

Yáñez (2014) en su investigación realizada en Ambato – Ecuador "Determinar características epidemiológicas clínicas relacionadas con la TB en enfermos que atienden en el programa Tungurahua/Tuberculosis Control desde enero de 2.013 a diciembre de 2.014, ha implementado una investigación de estudio de documentos de enero de 2013 a diciembre de 2014 en usuarios con diagnóstico de tuberculosis en la provincia de Tungurahua. 82 pacientes, 49 personas han sido estudiadas con

tuberculosis pulmonar y cultura positiva, 33 con tuberculosis pulmonar con diferentes presentaciones. La incidencia de enfermedades, tasas de circulación y tasas anuales de mortalidad se crean en cada seis distritos que conforman la provincia de Tungurahua; De manera similar, el número de síntomas respiratorios se identifica y se analiza en cada consulta de 15 años, se han calculado los síntomas respiratorios, los baciloscopia, las pruebas de VIH. Se han establecido las principales características clínicas entre el grupo de pacientes enfermos, donde los dominantes son femeninos con una educación secundaria; La mayoría de las áreas urbanas, uno y dos distritos, un aspecto importante, ya que los indicadores nacionales mencionaron una mayor incidencia en pacientes sin ninguna guía en el pueblo de origen poco profundo. Se concluye que la tasa de tuberculosis pulmonar adicional en sus diferentes formas ha aumentado y presenta mayores datos de lo esperado de acuerdo con las reglas del programa de control de la tuberculosis (PCT).

Torres & cols (2013) en su estudio realizado en Ecuador *“Caracterización de la tuberculosis sensible en Ecuador: visión epidemiológica a un antiguo y latente problema de salud”* Se estima que durante el 2013, 9'000.000 de individuos contrajeron tuberculosis y murieron 1,5 millones, donde 360.000 estaban infectadas por el VIH. MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo realizado en enfermos diagnosticados con tuberculosis en Ecuador entre enero de 2009 y diciembre de 2013.% de la población con tuberculosis susceptible. RESULTADOS: Predominio masculino, con una media de 1.8 hombres / mujeres, entre las edades de 15 a 54 años, Guayas tiene más del 50% de los casos de tuberculosis; 75% de los casos se concentran en cinco provincias como Los Ríos, Guayas, , Pichincha, El Oro y Manabí. El fracaso del tratamiento promedio en Ecuador en 2011 fue del 6,6%, el abandono del hábito de fumar fue del 9,9% con una disminución gradual y la mortalidad disminuyó en más del 50%.

Daza & cols (2019) en su estudio realizado *“Tuberculosis pulmonar perfil clínico y epidemiológico. 2019”* Se refiere a lo que se lleva a cabo la encuesta en el caso de ningún centro de salud histórico de Guayaquil, provincia de Guayas, Ecuador. Incluye un estudio de superficie horizontal, que analiza los resultados del tipo de descripciones realizadas, sin intervención o pruebas y desarrollo como parte de los datos de recuperación de datos, diagnóstico de la tuberculosis de la tuberculosis. Departamento de Estadísticas del Centro Médico, podemos verlo. Mientras tanto, sobre un mundo de 8,000 casos servidos, 112 pacientes (1,4%), correspondientes a la tuberculosis. Es

decir, al menos uno de los 150 pacientes a menudo tiene esta patología. Es importante realizar el trabajo de investigación actual ya que difundir características diferentes, la epidemiología, concluyendo que el dolor en el pecho y las hemoptisis muestran un mayor síntoma relacionado, el edema pulmonar calcula las principales complicaciones, el género masculino y de edad del paciente sobre 40 que representan las condiciones más altas y más comunes. Para el desarrollo de la tuberculosis pulmonar.

Correa & Farez (2017) con su trabajo "*Caracterización epidemiológica de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro de salud en la ciudad de Guayaquil.*" Su objetivo general es establecer características epidemiológicas en pacientes con tuberculosis en la ciudad en la unidad médica de Guayaquil. Los materiales y los métodos han estado utilizando un estudio descriptivo con 53 usuarios desde octubre de 2016 a febrero de 2017 en Fever 3 Medical Center; Resultados principales: 32% de la patología relevante (VIH), la mayoría de los usuarios tienen un 89% diagnosticado por Baciloscopia; el 47,0% de los pacientes reciben tratamiento en la Fase 2, seguida del 34% en la primera etapa y los enfermos de TB-MDR con el 19%; Entre las diferencias demográficas, correspondientes a los hombres del 68%, el estado de matrimonio es del 42%, 36% correspondiente a los usuarios de más de 40 años, por su 38% de nivel académico, 38% que tiene un trabajo, 39% de peso normal, 8% de obesidad, 3% de malnutrición. En resumen, la tuberculosis se ha presentado con más frecuencia en los hombres, durante 40 años, también puede establecer que las patologías crónicas como el VIH/SIDA y la DM2 son los cambios más notables.

Sánchez & cols (2018) en su trabajo de investigación "*Caracterización epidemiológica en usuarios con tuberculosis pulmonar*" Su objetivo fue investigar las características epidemiológicas de los usuarios con tuberculosis en el Centro Médico Francisco de Orellana en los años 2.016-2.018; mediante el método de estudio observacional, analítico, cuantitativo y transversal, que incluyó a 125 pacientes desde el 1 de enero de 2.016 al 31 de diciembre de 2.018, utilizándose la estadística inferida y descriptiva. Estadísticas para procesamiento estadístico. Como resultado, la prevalencia de tuberculosis en el Centro Médico Francisco de Orellana de 2016 a 2018 fue del 4%. Los hombres representan el 62% y el adulto medio (41 ab60 años) es el más afectado con un 66,0%. La tos profusa, la producción de esputo y el agotamiento son los primordiales síntomas de esta patología (100%). El 79,0% (99) de la comunidad presentaba la asociación de factores de riesgo, siendo los más comunes la enfermedad

general (54%) y el tabaquismo de toda la vida (38%). Un total de seis pacientes presentaron complicaciones (5%), de las cuales el derrame pleural (50%) fue la más frecuente.

Las teorías concernientes al argumento se refieren de la variable y sus indicadores que ayudaron a manifestar los objetivos planteados, de las cuales se especificarán a continuación:

La variable *Características Clínicas* de la tuberculosis con sintomatología inicial y actual de la patología, síndromes que aumentan las afecciones al progreso de su diaria vida, patologías agrupadas y una salud autopercebida (buena, regular, mala, muy mala). (Ubago, 2005). En la infección primaria, el parénquima del pulmón y la faringe posterior son los más afectados. Los niños pequeños y los adultos son las mayores tendencias. Se caracteriza por lesiones tipo úlceras cortantes, que encierran el área de su estudio; Los bordes de estas úlceras sangran y sanan suavemente dentro de 10 a 20 días, lo que da como resultado un drenaje linfático cervical indoloro que se separa de la piel, lo que lleva a una necrosis y proliferación por drenaje. En las infecciones secundarias, las lesiones tuberculosas más frecuentes son las de tipo secundario (de aquí su nombre), en la mucosa oral hasta la infección pulmonar; Las lesiones se producen por inyección directa de micobacterias (esputo), cuando se permite alguna erosión previa de la mucosa, o por transfusión sanguínea o circulación linfática. Solo el 10% de las personas con la enfermedad de primula eventualmente desarrollarán tuberculosis. el 5% lo desarrollará en los primeros meses después de la infección inicial; Y el 5% volverá incluso décadas después.

Patología en estudio, la tuberculosis como infección de tipo bacteriana producida por un microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, donde los antecedentes familiares es factor de riesgo que desarrolle sus posibilidades de infectarse con otras patologías y es la motivación por cual los antecedentes familiares puede favorecer a pronosticar dicho riesgo es que las familias comparten sus genes, así como otros factores que afectarían la salud, el ambiente, hábitos y estilos de vida. Además, refiere a una observación en las relaciones entre los miembros familiares junto con sus antecedentes médicos de tuberculosis además los tipos de tuberculosis donde los respectivos exámenes tendrán diagnosticar tuberculosis extrapulmonar: tuberculosis en cualquier area del cuerpo que no sea en el tejido pulmonar (ej. sistema renal o la vía linfática). La tuberculosis miliar es una patología que se ha esparcido por todo el

organismo. La tuberculosis pulmonar es una patología de tuberculosis que se presenta en el área pulmonar, habitualmente provoca una tos que dura más de 14 días. La mayor parte de las patologías son tuberculosis pulmonares. La tuberculosis multirresistentes a fármacos es una patología causada por bacterias resistentes a más de una medicina comúnmente usada el tratamiento de la tuberculosis. (Moran 2001)

Antecedentes patológicos se refiere a todas las enfermedades que pueda haber padecido el paciente, la relación DM2 tipo y Tb se concreta en las población latinoamericanas, muestra que la gravedad de DM2 y el control de glicémico en la sangre pobre aumenta el riesgo de tuberculosis. (ONUSIDA, 2014) En teoría, la relación DM2 y la tuberculosis pueden aparecer complicaciones en diferentes niveles, los pacientes con DM2 pueden ser más susceptibles a la infección que aquellos sin diabetes mellitus 2, que muestran el riesgo de mayores infecciones potenciales (aunque incluso la prueba más baja es menor), Pueden crecer más rápido y la presentación de la tuberculosis clínica en las personas con DM puede variar y cambiar la sensibilidad y la especificidad de los algoritmos de diagnóstico convencionales. Este grupo de pacientes se observó la tasa de más fallas en el tratamiento, la resistencia para tratar el tratamiento anti-físico, finalmente, el tratamiento de la tuberculosis puede interferir con el tratamiento del DM a través de la medicina de interacciones. (ONU, 2011) La TB pulmonar combinada con DM2 tiene eventos clínicos más graves: cavitaciones, retrasando la transformación de los resultados de las celebridades, con una probabilidad de una mayor falla de recurrencia, recaída. (M.E, 2012)

Así mismo la variable referente a las *Características Epidemiológicas* son factores manifestados por los pacientes y definidas por el médico tratante, expresa el estado clínico global del paciente al momento de la ocurrencia de la patología Dentro del *grupo etéreo* tiene una tendencia totalmente estar a la mira a una incidencia elevada de la enfermedad con el aumento del grupo etéreo. También es una asociación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de lugar, tiempo y persona, considerando las características geográficas (Pérez-Guzmán C 2014)

Dentro de la dimensión de la *persona* es el grupo poblacional económica activa (adultos) con contacto más cercano, directo, más constante, más cotidiano con otros sujetos durante la jornada de labor además los individuos con la enfermedad que comparten los mismos ambientes, las mismas habitaciones, mismos centros de educativos, y otros lugares de reuniones sociales; los medios de transporte también son

focos de contagio por el hacinamiento en que se trasladan los pasajeros. (Davila,2015)
Lo que refiere a *espacio/lugar* refiere el área geográfica de donde procede el paciente con diagnóstico de tuberculosis y es significativo porque de ello acatan las condiciones de vida del enfermo con Tuberculosis, hacinamiento y ventilación, los cuales son particularidades que implican de la recuperación del enfermo. (Carrasco, 2016)

La *frecuencia* indica la prevalencia que refiere a la cantidad de casos de la afección tuberculosa en un período dado expresado por 100.000 hbts. Siendo la incidencia por año es la representación de nuevos casos y recidivas de la patología tuberculosa que surgen en un año lo cual se enuncia por 100.000 hbs. (Bermejo, Clavera, de la Rosa, Marín, 2007)

La *condicion de riesgo* están concernientes a hábitos nocivos, puesto que el consumo de sustancias psicotrópicas, bebidas alcoholicas y sobre avalar el acatamiento de la Norma Técnica del MSP del Ecuador. Se considera que se produce por el consumo de sustancias nocivas que aumenta el riesgo de sufrir un quebranto en la salud y entre estos hábitos se encuentran concernientes con el empleo de todo tipo de sustancias psicotrópicas, siendo el tabaco y el alcohol, por su gran generalización y aceptación en la sociedad, los que es preocupante a nuestro sistema y autoridades sanitarias. (Carrasco, 2016)

Además se observa un enfoque epistemológico porque la Tuberculosis es una de las afecciones más antiguas y que actualmente se presenta como dentro de las principales enfermedades causantes de morbi - mortalidad a nivel de Sudamérica por lo que el atento control de la estrategia (DOTS) tiene gran importancia para una apropiada identificación temprana de sujetos que padezcan esta patología. Además, se ha manejado los criterios clínicos con una lógica dialéctica para explorar las interacciones objeto-sujeto, comprender en todos los aspectos, con todas sus etapa preprodómica y considerar que los procesos de desarrollo de la enfermedad y el tratamiento ya que la realidad de un paciente con tuberculosis es compleja y contradictoria en constante movimiento. (Herrera y otros, 2003. P 102).

III METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: es aplicada, ya que según el CONCYTEC (2018) está dirigido a establecer a través del conocimiento científico, los medios (metodologías, protocolos y tecnologías) por el cual se pudo cubrir una necesidad específica y reconocida.

Diseño de investigación:

Según Hernández (2014) diseño es no experimental, transversal descriptivo correlacional, y no manipula la variable de la investigación.

3.2 Variable y Operacionalización

Variable N° 1: características clínicas

- **Definición conceptual:** síntomas de inicio y actual de la patología, síntomas que más afectaron al proceso de la vida diaria, enfermedades asociadas y salud autopercebida. (Ubago, 2005)
- **Definición operacional:** factores manifestadas por los pacientes y definidas por el médico tratante, expresa el estado clínico global del paciente al momento de la ocurrencia de la patología.
- **Indicadores 1:** Antecedentes familiares o cercanos con la enfermedad de la Tuberculosis, Tipos de Tuberculosis, Baciloscopias de diagnóstico, Criterio diagnóstico, Cultivos de diagnóstico, Esquema de tratamiento, Perfil de sensibilidad, Condición de ingreso y Condiciones de egreso
- **Indicadores 2:** Comorbilidad.
- **Escala de medición:** nominal, Cualitativa ordinal

Variable N° 2: Características Epidemiológicas

- **Definición conceptual** es una asociación en que 2 ó más casos que manifiesten características epidemiológicas de persona, lugar y tiempo, considerando las características geográficas (Pérez-Guzmán C 2014)
- **Definición operacional:** Compone la dimensión de la epidemiología que sistematiza el grupo a estudiarse en categorías que expresa la relación salud - patologías y su conducta en comunidades.
- **Indicadores 1:** edad, sexo, ocupación, vacuna de la BCG, nivel de instrucción, estado civil, estado de nutrición.

- **Indicadores 2:** origen de donde procede.
- **Indicadores 3:** incidencia y prevalencia
- **Indicadores 4:** población vulnerable y hábitos nocivos
- **Escala de medición:** nominal, Cualitativa ordinal

3.3 Población, muestra, muestreo

Población

Durante el año 2021 los centros de salud del distrito 09D04 atendieron 336 personas sintomáticas respiratorias durante el mes de enero a noviembre del 2021 y fueron diagnosticados como pacientes con tuberculosis 132 entre sensibles y multidrogoresistentes (TB-MDR)

Criterios de inclusión:

- Pacientes con servicio de consulta en los centros de salud del Distrito 09D04 salud durante el año 2021.

- Que tengan baciloscopia con diagnóstico de tuberculosis.

- Historia clínica con información completa.

Criterios de exclusión:

- Paciente con historia clínica no legible y con datos incompletos.

Muestra

La muestra es no probabilística puesto que no se empleó técnica estadística para calcular la muestra y tomándose el 100%, siendo la muestra basada a los objetivos propuestos en mi investigación. (Fernández, Hernández y Baptista, 2014)

Pacientes con Tb	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Tuberculosis sensible	67	26	93
Tuberculosis multidrogoresistentes	29	10	39
TOTAL	96	36	132

Muestreo

Se desconoce la probabilidad que tiene los otros elementos en la población de estudio de ser seleccionados (Espinoza 2016), por lo tanto, es un muestreo no probabilístico ya que no empleó la técnica estadística para calcular la muestra.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó una técnica del análisis documental, que concentra su atención en la producción documental que se genera a diario y, al conocer su existencia, se posesionó de ella, la asimiló por medio de lenguajes documentales levantados artificialmente mediante reglas y claves, logrados para organizar las fuentes de modo que facilite su manejo y el análisis de información, por su parte, situó su atención en la información que contienen los documentos, en su significado; es así como en las fuentes y en su autoridad. (García Gutiérrez, 2002) Se manejó la estadística descriptiva, el promedio y la frecuencia a través de las medidas de tendencia central y sus conclusiones serán difundidos en figuras y tablas a través del programa SPSS - 22.

Se utilizó como instrumento un formulario de datos donde se recopila de fuentes como Sistema de Vigilancia en Salud Pública (VIEPI), Matriz de registro nominal de Casos Tuberculosis, Tarjetas de Control de los Tratamientos, plataforma con búsqueda de atención de salud (PRAS) permitirá como instrumento informático la recolección lógica y ordenada la data en la atención integral de salud, con consolidación sistemática de información en tiempo actual, para su síntesis con fines de optimización el análisis estadístico de la aptitud de cuidado del paciente y la investigación científica. (SNPSSDNEAIS, 2017)

El desarrollo del instrumento informático que desempeña un bosquejo de calidad que permitió ser soberanamente seguro, escalable, documentado, administrable, con proyección a la complejidad de la Historia Clínica Única Electrónica. Se creó en un formulario de datos en Microsoft Excel donde se agregan y almacenaron la data de las variables de estudio. Posteriormente fueron confeccionados con las herramientas del paquete de Office 2003, Microsoft Word, Excel. Cumplido con la interpretación y el análisis de la data y previa aprobación de la totalidad en el proceso investigativo, se extrapolaron la data para la final presentación.

El instrumento la Ficha Clínica no amerita el cálculo de confiabilidad; ya que se encuentra aceptada debido a su uso habitual, su confiabilidad se ha justificado por el

acierto; siendo un instrumento de estándar. La Ficha Clínica es referida por Guzmán (2.006) a modo de las escrituras de investigación del evento clínico y, como condición, son los trabajadores sanitarios los que están en capacidad de ejercer una excelente Historia Clínica; como el instrumento clínico y médico por perfección.

Procedimientos

Se gestionó el permiso dirigida al coordinador zonal 8 Salud y al director del distrito 09D04 para solicitar la revisión de las Historias Clínicas y realizar un análisis documental luego la base de datos de SINFO TB. Posteriormente se identificó a los usuarios que cumplan los criterios de exclusión e inclusión.

3.6. Método de análisis de datos

En el análisis de la data se realizó con tablas de frecuencias que permitieron representar la conducta de las variables e indicadores en conjunto. (Berenson, Levine, & Krehbiel, 2012). Se usó una portátil y el programa Excel v. 2010. La información se presentará para que permitan prestar atención a las frecuencias porcentuales mediante los cuales comprueban las características clínicas y epidemiológicas preponderantes. Se manejó estadística descriptiva, promedio, frecuencia a través de tendencias centrales (medidas) siendo la moda, media, mediana y cuyos resultados estarán en figuras y tablas realizado con SPSS - 22. Para contrastar la hipótesis se utilizó el Odds Ratio con un intervalo de confianza (IC) de 95%, tanto en la regresión simple logística, como en la multivariante.

3.7 Aspectos éticos

El estudio es de tipo prospectivo, no ocurrió ningún incumplimiento de ética y el proceso de datos se ejecutó en forma veraz y objetiva, se respetó la información adjunta en las historias clínicas entregadas por el director del departamento de estadísticas del establecimiento. Del mismo modo se resguardó la identidad de los pacientes ya que los datos serán con resultados académicos y en la publicidad en revistas Latindex divulgarán los resultados de los sujetos estudiados.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Características Epidemiológicas: Porcentaje de casos del indicador Persona en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021.

Personales	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Grupo etáreo	0 - 4 años	0	0,00
	5 - 14 años	0	0,00
	15 - 24 años	7	5,30
	25 - 34 años	34	25,76
	35 -44 años	20	15,15
	45 -54 años	45	34,09
	55 -64 años	15	11,36
	65 y más	11	8,33
Total		132	100
Sexo	Masculino	87	65,91
	Femenino	45	34,09
	Total	132	100
Niveles de instrucción	Primaria	34	25,19
	Secundaria	67	49,63
	Superior	34	25,19
	Total	135	100
Ocupación	Trabajadores independiente	33	26,19
	Estudiantes	22	17,46
	Desocupados/a	28	22,22
	Amas de casa	17	13,49
	Otros	26	20,63
	Total	132	100
	Soltero	19	14,39
	Casado	39	29,55

Estado civil	Conviviente	54	40,91
	Divorciado/separado	17	12,88
	Viudo	3	2,27
	Total	132	100
Vacuna bcg	Si	132	100
	No	0	0
	Total	132	100,00
Estado nutricional	Normal	37	28,03
	Delgadez	42	31,82
	Obesidad	31	23,48
	Sobrepeso	22	16,67
	Total	132	100,00

Elaboración: autor

Tabla 1, refiere en las características epidemiológicas en la dimensión de persona en el periodo 2021, incidió el grupo etáreo de 45 a 54 años con el 34,09% (N=45); con un 65,91% (N=87); de predominio en el sexo masculino, con el 49,63% (N=67); en los pacientes con instrucción secundaria; teniendo como trabajador independiente con el 26,19% (N=33); dentro del estado civil de los pacientes en estudio el 40,91% (54) corresponde a los que viven en convivencia con sus parejas; los vacunados con BCG fue del 100% y con un estado nutricional de delgadez con el 31,82% (N=42)

Tabla 2

Características Epidemiológicas: Distribución de los casos según el espacio/lugar en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021

Espacio/lugar	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Lugar de	urbana	79	59,85
procedencia	rural	53	40,15
Total		132	100,00

Elaboración: autor

En la tabla 2, vemos los resultados de casos en enfermos con Tuberculosis (Tb) según el area de origen, donde predominó los sujetos que residen en el área urbana con el 59,85% (N=79) y el 40,15 (N=53) corresponde a la zona rural que podrían ser localidades cercanas al distrito de Guayaquil.

Tabla 3

Características Epidemiológicas: Distribución de los casos según la frecuencia en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021

<i>Frecuencia</i>	<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>incidencia</i>	2021	132	13,2
	2020	212	21,2
<i>prevalencia</i>	2019	232	23,2
	2018	254	25,4

En la tabla 3 donde la Incidencia de Casos de enfermos con Tuberculosis (Tb), durante el año 2021 estuvo en el 13,2%; y la prevalencia durante el año 2020 con el 21,2%; en el 2019 con el 23,2 y en el año 2018 con el 25,4%.

Tabla 4

Características Epidemiológicas: Distribución de los casos según la condición de riesgo (población vulnerable) en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021

Condiciones de riesgo	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Población vulnerable	PPL	21	91,30
	Trabajadores de la salud	2	8,70
Total		23	100,00

En la tabla 4, refiere la distribución de casos con Tuberculosis en la comunidad sensible; en el cual el porcentaje mayoritario de enfermos con Tuberculosis donde las personaprivada de la libertad (PPL) que pertenecen a los centros de rehabilitación penitenciaria corresponde al 91,30% (N=21) y dentro de los trabajadores sanitarios con diagnóstico de tuberculosis por accidente laboral corresponde al 8,70% (N=2).

Tabla 5

Características Epidemiológicas: Distribución de los casos según la condición de riesgo (hábitos nocivos) en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021

CONDICIONES DE RIESGO	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HÁBITOS NOCIVOS	Tabaco	54	40,91
	Alcohol	89	67,42
	Sustancias Psicotrópicas	75	56,82
	Alcohol + Sustancias psicotrópicas	112	84,85
	Ninguno	6	4,55

En la tabla 5, refiere a casos de Tuberculosis como el costumbres nocivas; en el cual el porcentaje elevado de enfermos con Tuberculosis pertenecen al consumo de alcohol en combinación con sustancias psicotrópicas que corresponde al 84,85% (N=112); seguido por la población que consume bebidas alcohólicas con el 67,42% (N=89); el consumo de sustancias psicotrópicas con en 56,82% (N=75); con el hábito de consumir tabaco esta el 40,91% y el 4,55% corresponde a los pacientes que no consumen las sustancias descritas en el estudio.

Tabla 6

Características clínicas: Distribución de los casos según la patología en estudio en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021.

PATOLOGÍA EN ESTUDIO	CATEGORÍAS	FRECUENCI	PORCENTAJ
		A	E
Antecedentes de familia cercanos con tuberculosis.	SI	45	34,09
	NO	87	65,91
Total		132	100
Tipo de tuberculosis	pulmonar	128	96,97
	extrapulmonar	4	3,03
Total		132	100
Criterios de diagnóstico	baciloscopia	101	76,52
	cultivo	27	20,45
	clínico	2	1,52
	radiológico	2	1,52
	PPD	0	0,00
Total		132	100
Baciloscopias de diagnóstico	1 cruz	32	24,24
	2 cruz	67	50,76
	3 cruz	33	25,00
	negativo	0	0,00
Total		132	100
Cultivos de diagnóstico	positivo	132	100,00
	negativo	0	0,00
Total		132	100
Perfil de sensibilidad	pansensible	113	85,61
	multidrogoresistentes	19	14,39
Total		132	100,00
Esquemas de tratamientos	Esquema 1	108	81,82
	Esquema MDR estandarizado	10	7,58
	Esquema MDR acortado	9	6,82
	Esquema MDR individualizado	5	3,79
	TOTAL		132
Condiciones de Ingreso	nuevo	116	87,88
	recaída	5	11,90
	abandono-recuperado	11	183,33
Total		132	383,12
Condiciones de Egreso	curado	42	31,82
	abandono-recuperado	6	4,55

	aun en tratamiento	82	62,12
	fallecido (VIH)	2	1,52
TOTAL		132	36,36

Tabla 6, refiere que las características clínicas como la patología de estudio, en los antecedentes familiares o cercanos con tuberculosis donde el 65,91% (N=87) corresponde a que no han tenido familiares con la enfermedad en investigación; los tipos de tuberculosis donde el 96,97 (N=128) son pulmonar; con respecto al criterio diagnóstico el 76,52% (N=101) corresponden al diagnóstico con baciloscopia; la baciloscopia de diagnóstico el 50,76% (N=67) se toma el criterio de 2 cruces en el examen.

En lo que refiere al cultivo de diagnóstico el 100% (132) dieron positivos; el perfil de sensibilidad el 85,61% (N=113) corresponde al grupo de pansensibles; dentro del esquema de tratamiento observamos que el paciente se encuentra con el esquema 1 que corresponde al 85,61% (N=108); en la condición de ingreso corresponde al 87,88% (N=116) de pacientes nuevos durante el periodo de estudio que es desde enero a noviembre del 2021 y finalmente la condición de egreso donde se reporta el 62,12% (N=82) aún siguen en tratamiento durante el tiempo de estudio.

Tabla 7

Características clínicas: Distribución de los casos según la comorbilidad de los pacientes diagnosticados con tuberculosis en el Distrito 09D04/Salud, 2021

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y CASOS ESPECÍFICOS	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMORBILIDAD	Diabetes mellitus Tipo 2	42	31,82
	VIH-SIDA	23	17,42
	otras	65	49,24
	sin comorbilidad	32	24,24

En la tabla 7, observamos la los casos de Tuberculosis como la comorbilidad, en la cual no demuestran patología incorporada en un 24,24% (N=32), seguido de otras patologías asociadas (Anemia y/o Desnutrición, Hipertensión Arterial, Hepatitis –B y C-, Gastropatías –Gastritis-, Enfermedades oncológicas, EPOC) con un 49,24% (N=65), con diagnóstico de VIH-SIDA el 17,42% (N=23) y con el 31,82% (N=42) corresponde al porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Tabla 8*Prueba estadística OR de la variable características epidemiológicos*

		p valor	Bivariado		Multivariado	
			OR	IC95%	OR	IC95%
Hábitos nocivos	Ingesta de alcohol	0,319	1,21	0,40-6,42		
	Consumo de drogas	0,021	3,10	1,17-17,47		
	Fumadores	0,289	2,1	0,49-9,69		
Población vulnerable	PPL	0,131	2,19	0,69-11,98		
Prevalencia	2021	0,012	3,32	1,29-10,63		
Lugar de procedencia	urbana	0,130	2,41	0,77-6,72		
Interpretación						

Se encontró en los resultados que no existe relación significativa las características clínicas y las características epidemiológicas en pacientes con tuberculosis como diagnóstico del Centro de Salud Cisne II, 2021.

En la tabla 8 se contrasta la hipótesis:

La relación entre las características clínicas y las características epidemiológicas en los enfermos con tuberculosis diagnosticados se contrastó donde se empleó la regresión multivariado y logística simple (bivariado) para cada factor por separado y así determinar si existe asociación significativa o no.

Se manejó el Odds Ratio con un intervalo de confianza de 95% y se tiene como resultado estadísticamente significativo un nivel $\alpha=0.05$. En la decisión se consideró que, a nivel bivariado, se prestar atención que los factores asociados a características, población vulnerable, prevalencia, lugar de procedencia ya que su **p – valor* < 0.05**, por lo que rechaza H0 y concluyo que dichos son significativos los factores. El análisis multivariado fortaleció la influencia de la variable: vacuna de BCG, el estado nutricional, estado civil y nivel de instrucción.

Tabla 9*Prueba estadística OR de la variable características clínicas.*

		p valor	Bivariado		Multivariado	
			OR	IC95%	OR	IC95%
Antecedentes patológicos	NO	0,866	1,09	0,40-2,94		
	Tuberculosis pulmonar	0,011	4,18	1,34-13,09	9,73	2,00-47,26
Tipos de tuberculosis	Ha tenido vecinos o amigos en el barrio con tuberculosis	0,617	0,78	0,29-2,08		
Esquema de tratamiento	pansensible	0,024	6,05	1,08-33,96		
Perfil de sensibilidad						

Se aprecia a en la prueba a nivel bivariado que los factores externos asociados a la variable epidemiológica haber presentado antecedentes familiares, el tipo de tuberculosis (Tb), el esquema de tratamiento y el perfil de sensibilidad ya que su **p - valor* < 0.05** y se rechaza H0 concluyéndose los factores son significativos.

V. DISCUSIÓN

El análisis de las características clínicas y epidemiológicas cobra utilidad para los investigadores y en relación a las Características Epidemiológicas de Persona en el año 2021, acentuaron el grupo etáreo de 45 a 54 años con el 34,09% (N=45); con un 65,91% (N=87); de preponderancia en el sexo masculino, con el 49,63% (N=67); de los pacientes con instrucción secundaria; teniendo como trabajador independiente con el 26,19% (N=33); dentro del estado civil de los pacientes en estudio el 40,91% (54) corresponde a los que viven en convivencia con sus parejas; los vacunados con BCG fue del 100% y con un estado nutricional de delgadez con el 31,82% (N=42) por lo que en relación a la edad, la OMS refiere que la Tuberculosis aqueja especialmente a los adultos dentro del grupo etáreo más productivo.

También, Belito refiere que el 75% de la mortalidad de infección por Tuberculosis suceden en el rango de 15 a 54 años de edad. El conjunto poblacional más productivo económicamente, gracias al aspecto del estilo de vida inconvenientes y determinantes sociales, el insuficiente cuidado proporcionada al control de la TB en muchas naciones y la comprometida comorbilidad de la epidemia mundial del VIH-SIDA.

Se observa un estudio afín al de Veliz, Sheylly (2012) en Perú, el cual concluye que el 52% posee edades entre 30 – 59 años y como media 33 años, en el año 2.009 el 30% y 33% poseen incompleta la secundaria y en el 2.010 hayaron el 32% posee incompleta la secundaria y el 28% incompleta la primaria; en 2.011 el 26% y el 36% tienen incompleta la secundaria y completa respectivamente, en proporción a la vacunación en el 2.009, 2.010 y 2.011 se halló que el 76,0%, 6,00% y 71,0% proporcionalmente fueron vacunados con la BCG, durante el 2.009, el 94,0%, el 17-18.49 con delgadez aceptable con relación al IMC, en el 2010 fue 98% con igual rango y 2.011, 97% en el mismo rango.

Relacionadas al estado civil, se plantea que los individuos con Tuberculosis, mayormente, viven solitarias o están reclusas en domicilios de ancianos, necesitan de amparo filiar. De esta manera, en el análisis de controles y casos llevado a cabo por la Universidad Autónoma del Estado de México, el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, muestra que el estado civil se comportó como un elemento de peligro. Se perfecciona que los individuos solteros, son quienes poseen más grande peligro de infectarse la Tuberculosis, pues no poseen un lazo filial contiguo,

frecuentemente se desatienden, no nutren bien, no tienen un estilo de vida sana, consiguiendo tener en cuenta desprotegidos, puesto que son ellos parecidos tienen que vigilar su propia salud y ya no poseen quien los ayude o los fuerce en distintos escenarios. Por lo tanto, la vacuna de la BCG no evita la Tuberculosis (Tb), sino que salvaguarda a el individuo contra la propagación de la patología a lo largo del cuerpo y la meningitis tuberculosa y cualquiera alcanza sufrir Tuberculosis (Tb), independientemente de estar o no vacunado, lo cual supone que la vacuna BCG no proporciona la inmunidad, ya que un individuo consigue infectar. Además, en el estudio de Hernández y cols (2012) con el tema "Perfil clínico y social de pacientes con tuberculosis en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México" dentro de los resultados incluyeron 169 historias clínicas, de los cuales 56% fue del sexo masculino y 44% sexo femenino. el grupo etáreo media fue en los 32 años, 18% de los participantes cumplen con la preparatoria y total la secundaria 18%. Un tercio de la población de estudio eran originarios de la parroquia de Tamaulipas.

Se observa el reparto de casos de Tuberculosis (Tb) según la comunidad vulnerable; en el cual el más grande porcentaje de enfermos con Tuberculosis donde los individuos privadas de la independencia que pertenecen a los centros de rehabilitación penitenciaria corresponde al 91,30% (N=21) y en los trabajadores sanitarios con diagnóstico de tuberculosis (Tb) accidentalmente gremial corresponde al 8,70% (N=2). En otros estudios frecuentemente el área salud en el Ecuador se orienta en la población menos favorecida, en chicos y sujetos adultos; no obstante, se está desistiendo de lado personas mayores, es por esto que la más grande proporción de casos de la enfermedad la tuberculosis sigue presente probablemente en esta comunidad, que se ve desprotegida ante este caso, por lo tanto, el Estado debe mantenerse en vigilia. Se observa el reparto de casos de la enfermedad Tuberculosis (Tb) según los hábitos dañinos; en el cual la más grande proporción de pacientes con Tuberculosis (Tb) conciernen al consumo de alcohol en mezcla con sustancias psicotrópicas que corresponde al 84,85% (N=112); seguido por la población que consume bebidas alcohólicas con el 67,42% (N=89); el consumo de sustancias psicotrópicas con en 56,82% (N=75); con el hábito de consumir tabaco esta el 40,91% y el 4,55% representa a los pacientes que no consumen las sustancias descritas en el análisis en contraste con el análisis Hernández y cols (2012) No poseía alcoholismo 4%, toxicomanías 94%, otras drogas 1% y tabaquismo 1%.

Se halla en la distribución de notificaciones de casos de Tuberculosis (Tb) como la comorbilidad, donde no demuestran la enfermedad incorporada con el 24,24% (N=32), continuadas de otras enfermedades asociadas (anemia y/o desnutrición, Hipertensión Arterial, Hepatitis –B y C-, Gastropatías –Gastritis-, Enfermedades oncológicas, EPOC) con un 49,24% (N=65), con diagnóstico de VIH-SIDA el 17,42% (N=23) y con el 31,82% (N=42) corresponde al porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. En el estudio Hernández y cols (2012) la comorbilidad más frecuente fue la Diabetes Mellitus tipo 2, continuo por desnutrición y VIH-SIDA.

Para que la tuberculosis sea diagnosticada esta se efectúa en el área de consulta externa en el departamento médico con el 89,0% de los casos y se realizó por medio de la baciloscopia. Siendo el primer signo de la patología la expectoración por 15 días y un mayor porcentaje hubo remisión total de la patología y 4% desertó al tratamiento en referencia al estudio actual.

Observamos la distribución de casos de TB según lugar de origen, donde prevalecieron los sujetos que residen en el área urbana con el 59,85% (N=79) y el 40,15 (N=53) corresponde a el sector rural que serían ciudades cercanas al distrito de Guayaquil. Y relacionadas con la etapa nutricional, donde la dieta además puede modificar el peligro, las carencias de micronutrientes, probablemente de vitamina B12 o vitamina D y también con hierro, han relacionado más pruebas de una interacción entre el déficit de vitamina D y el más grande peligro de contraer Tuberculosis. En todo el mundo, la malnutrición grave común en ciertas secciones a nivel mundial en progreso causa un enorme crecimiento en el peligro de contagiarse de Tb activa, gracias a las propiedades dañinas sobre el sistema de inmunidad del sujeto, al lado de una mala ingesta de alimentos puede favorecer al profundo parentesco visto entre la y la pobreza y la Tuberculosis. Observamos que los resultados del estudio Torres & cols (2013) contrasta realizado en Ecuador “Caracterización de la tuberculosis (Tb) sensible en el Ecuador: un enfoque epidemiológico a un latente problema sanitario” con resultados donde predomina en los varones, con una media de 1,8 sexo masculino vs sexo femenino, en 15 a 54 años, Guayas agrupa más del 50% de casos de Tuberculosis; en cinco provincias como Los Ríos, Pichincha, Guayas, Manabí y El Oro (todas entre áreas rurales y urbanas) refiere el 75,0% de casos.

En el estudio de Carrasco (2015) en se observa que el indicador procedencia o lugar en los enfermos con Tb con alto porcentaje tuvo la parroquia Sta. Marina del Sur con

el 28%, luego el A.A.H.H. Constanzo con las parroquias de (Santa Ángela, Av. Colonial, Guardia Chalaca y Chachapoyas) con el 15,0% respectivamente y un porcentaje menor en la Urbanización de la prefectura (Melitón Carbajal, El Carmen, La Chalaca, Fundo y San Martín), con el 6,0%. Los resultados son similares en relación a los resultados de sobre los casos de Tb con respecto a la Incidencia en el 2021 que corresponde 13,2%; y la prevalencia durante el año 2020 con el 21,2%; en el 2019 con el 23,2 y en el año 2018 con el 25,4%. Encontramos el estudio realizado por Yáñez (2014) en su investigación realizada en Ambato – Ecuador “Identificación de las características clínico-epidemiológicas relacionadas con tuberculosis en usuarios atendidos en el programa de control de la tuberculosis en Tungurahua en el durante enero 2.013 a diciembre 2.014” donde observamos el porcentaje de tasa de la prevalencia, incidencia y la mortalidad anual en cada uno de los 6 distritos de la prov. de Tungurahua con la población final fue de 3.344; la tasa media de Tb fue 9.5 entre los sujetos alojados y 411 entre personas sin hogar por 100.000. Independiente de la ambiente de la morada y se concluye que la estadística de la tuberculosis extrapulmonar en sus otras formas ha tenido un aumento y demuestra cifras superiores a las esperadas con las normativa del programa de control de la TB (PCT).

Se observa que en las Características clínicas: la patología de estudio como los antecedentes familiares o cercanos con tuberculosis donde el 65,91% (N=87) corresponde a que no han tenido familiares con la enfermedad en investigación; los tipos de tuberculosis donde el 96,97 (N=128) son pulmonar; con respecto al criterio diagnóstico el 76,52% (N=101) corresponden al diagnóstico con baciloscopia; la baciloscopia de diagnóstico el 50,76% (N=67) se toma el criterio de 2 cruces en el examen.

En lo que refiere al cultivo de diagnóstico el 100% (132) dieron positivos; el perfil de sensibilidad el 85,61% (N=113) corresponde al grupo de pansensibles; dentro del esquema de tratamiento observamos que el paciente se encuentra con el esquema 1 que corresponde al 85,61% (N=108); en la condición de ingreso corresponde al 87,88% (N=116) de pacientes nuevos durante el periodo de estudio que es desde enero a noviembre del 2021 y finalmente la condición de egreso donde se reporta el 62,12% (N=82) aún siguen en tratamiento durante el

tiempo de estudio.

Según la investigación elaborado por Molina (Facultad de Salud Pública –SP-), entre 2.008 y 2.010, el área de origen, es significativo porque de ello obedecen las situaciones en la que reside el enfermo con TB, como el hacinamiento, la ventilación en el área, las cuales son rasgos que trascienden en la tasa de curación del enfermo. Donde se valida que el porcentaje de la mayoría de casos en esta investigación se realizó en la Urbanización Sta. Marina del Sur, en el cual las casas están separadas por conjuntos, en una vivienda viven varios grupos familiares de inquilinos, ya que, estas áreas son reducidas, en las vías siempre hay grupos de pandillas, acontecen muchas invasiones a diferencia del AA.HH. En el estudio de Constanzo, áreas son más amplias, las casas permanecen separadas unitariamente, pese a tener condiciones con una enorme incidencia de drogadicción y delincuencia, en la jurisdicción es estima áreas de alerta rojas, puesto que en ciertas áreas se observa a adolescentes e individuos adultos vendiendo drogas y realizando el consumo de sustancias prohibidas.

En correlación con la comunidad sensible concluye que porcentaje mayor de enfermos de Tuberculosis no presentaron condición de riesgo en el 76,0%, continuando con los enfermos que han sido Internos de un Centro de rehabilitación social (PPL) con 13%, pacientes de ambos establecimientos vulnerables (Centro de Rehabilitación y INPE) con un 6,0%, personales sanitarios 4,0% y en bajo proporción los enfermos que han estado en el Centro de Rehabilitación con el porcentaje del 1,0%.

Como tenemos la posibilidad de mirar muchas de los individuos que permanecen en establecimientos vulnerables permanecen expuestas a contagiarse de TB y el asunto primordial son situaciones ambientales, al ingresar a un penal se observa los hacinamientos de los PPL, el déficit en ares con ventilación. Siendo fundamental nombrar además al personal sanitarios, son permanecen en peligro una y otra vez a contraer esta patología, puesto que son quienes permanecen en relación directa con el usuario, interviene además los escenarios laborables, las fatigosas horas, nutrición deficiente que conllevara a una depresión de sistema inmunológico, siendo sensibles a la patología en estudio. Además, mirar muchas de los individuos que permanecen en

establecimientos vulnerables permanecen expuestas a infectarse con TB y el asunto primordial son las situaciones de los ambientes, el ingresar a un centro de rehabilitación penal se logra mirar el hacinamiento de PPL, la nula corriente de aire y luz. Siendo fundamental nombrar además a los médicos, quienes a lugar a lugar permanecen expuestos una y otra vez a contraer esta patología, puesto que permanecen en contacto continuo con el paciente, interviene además en el área laboral con los extensos y agotadores horarios, donde no tienen una nutrición adecuadamente y el sistema inmune está inmunodeprimido, siendo delicados a esta patología.

Observe una investigación similar al de Choque en Perú 2013, en el cual se demostró que el 87,2% son nuevos casos y en otra investigación afín se observa en Veliz Coronado, entre los años 2.009 – 2.011, en el 2.009 el 82,0% de los enfermos con Tb ingresaron como caso nuevo, el 15,0% recaídas y el 3,0% abandonos recuperados; 2.010 el 15% recaídas y 85% nuevo; 2011, 11% recaída y el 83% nuevo.

VI. CONCLUSIONES

Como resultados obtenidos en esta investigación son los siguientes:

1. Los casos de tuberculosis presenta como prevalencia en el intervalo de 3 años el 2018 con el 25,4%; el año 2019 con el 23,2% y el año 2020 con el 21,2%; ha sido de tendencia decreciente y con la incidencia del 13,2%. Dentro de la información por la OMS la incidencia de la tuberculosis está disminuyendo en aproximadamente el 2% anual, y entre 2015 y 2020
2. Con relación a las características epidemiológicas vemos un alto predominio en la edad de 45 a 54 años, con predominio en los varones, de instrucción secundaria, en empleados independientes, en estados civil de convivencia, en su totalidad vacunados BCG y estado nutricional de delgadez, procedentes de áreas urbanas, además las personas privadas de la libertad son considerados población vulnerable, presentando consumo de hábitos nocivos como la asociación de bebidas alcohólicas con sustancias psicotrópicas.
3. Respectivamente en las características clínicas, se presentó como que los pacientes no poseían antecedentes familiares de tuberculosis, se destacó la Tuberculosis Pulmonar, la baciloscopia como criterio diagnóstico, en el perfil de sensibilidad los pansensibles, la totalidad de la población estudiada con cultivo de diagnóstico positivo, con esquema 1 de tratamiento, condiciones de ingreso, los casos nuevos, las condiciones de egreso aun en tratamiento y dentro de las comorbilidades presentaron otras enfermedades como la Enfermedades oncológicas, Hipertensión Arterial, Anemia y/o Desnutrición, Hepatitis –B y C-, Gastropatías –Gastritis-, EPOC.

VII. RECOMENDACIONES

1. A los profesionales sanitarios que son responsables del programa de tuberculosis habría que compartirles la información de las investigaciones locales e internacionales analizadas con el propósito de incrementar la detección e identificación de población sintomática respiratoria (SR) en cada institución de salud del país.
2. Al personal de Enfermería que son las encargada de la estrategia del DOTS Comunitario del Prevención y Control de la Tuberculosis, se deben fortalecer las ocupaciones de promoción sanitaria y prevención de la patología en análisis, estimulando el trabajo de la sociedad, enfocándose a todos los conjuntos étnico, de esta manera hacer las intervenciones formativas en las instituciones universitarias, en las sedes de rehabilitación social, encaminadas en las condiciones de peligro en relación a hábitos dañinos, como la utilización de bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas y más que nada asegurar el cumplimiento de la Regla Técnica de Desempeño de la Tuberculosis -Ecuador 2018.
3. La continua actualización de la sala situacional donde contenga metas y logros cumplidos, conteniendo mapa parlante en cada establecimientos sanitarios con la finalidad de transmitir la información de los otros componentes del programa al resto de los profesionales de salud y realizar acciones de mejoramiento acordes a la contexto local de cada distritos de Salud 09D04.

REFERENCIAS

- Baldan SS, Ferraudo AS, Andrade M. Características clínico epidemiológicas de la coinfección por tuberculosis y VIH y su relación con el Índice de Desarrollo Humano en el estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2017 jul-sept;8(3):1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232017000300007>
- Barbosa EL, Levino A. Análise da coinfeção TB/HIV como fator de desenvolvimento da tuberculose multidroga resistente: uma revisão sistemática. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2013 dez;4(4):57-66. Doi: 10.5123/S2176-62232013000400007
- Bioco, N. A. (2016). Caracterización clínica, radiológica y microbiológica de la tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en el Hospital Provincial de Cabinda, Angola. *Rev.Dominio de Las Ciencias.*, 2 Num 1, 3–17. Retrieved from <http://oaji.net/articles/2016/3119-1459266203.pdf>
- Borroto GS, Armas PL, González OE, Peláez S O, Arteaga YAL, Sevy C J. La tuberculosis en Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2000;38(1):5-16.
- Bermeo FM. ¿Cuál es a la prevalencia de la tuberculosis y su asociación con los factores de riesgo en la población del barrio Canteras? Bogotá: s. e., 2001:200.
- Correa V, Farez M. (2017) 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". Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7588/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-364.pdf>
- Dalens, E. (2012). Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería Autora -Dalens Remigio Evelyn Isabel, 67. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000400008>
- Enrique N, Coronado S, García A, Quintero L, Enrique J. (Características clínicas y sociodemográficas de los casos con tuberculosis resistente en el municipio de Armenia, Quindío (Colombia) 2012. *Rev. Science Direct* Volume 16, Issue 3, 2012, Pages 148-153. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123939212700048#!>

- Farga, V., Peña, C., Arias, F., & Herrera, T. (2016). Nuevos métodos para el diagnóstico de la tuberculosis. *Rev Chil Enferm Respir*, 32, 254–259. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482016000400007>
- Fernández M. Características epidemiológicas y clínicas de la tuberculosis extrapulmonar en pacientes pediátricos. Universidad Nacional de Trujillo. 2013. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7927>
- Freddy, A., Llerena, H., Directora, L., Verónica, D., Md, I., En, E., ... Sandoval, N. R. (n.d.). Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas Instituto Superior de Posgrado Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria Trabajo previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar PREVALENCIA PERCIBIDA DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN COMUNIDADES DE LA FRONTERA SUR- ORIENTAL DEL ECUADOR.
- Fusco, A. P. B., Arcêncio, R. A., Yamamura, M., Palha, P. F., Reis, A. A. dos, Alecrim, T. F. de A., & Protti, S. T. (2017). Spatial distribution of tuberculosis in a municipality in the interior of São Paulo, 2008-2013. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0), 2008–2013. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1064.2888>
- Geraldes M. Figueiredo S. Gazetta C. Cruz S. Scatena T. (2007). pobreza: Caracterización socioeconómica de la tuberculosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(SPEC.ISS.), 762–767. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000700008> global tuberculosis report 2017. (n.d.).
- González-Martin, J. (2014). Microbiología de la tuberculosis. *Seminarios de La Fundacion Espanola de Reumatologia*. <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2014.01.001>
- Guevara, C. (2017). Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de la tuberculosis en Ecuador Equipo de trabajo.
- Intiaz, S., Shield, K. D., Roerecke, M., Samokhvalov, A. V., Lönnroth, K., & Rehm, J. (2017). Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: Meta-analyses and burden of disease. *European Respiratory Journal*, 50(1). <https://doi.org/10.1183/13993003.00216-2017>
- Kentley J, Ooi JL, Potter J, Tiberi S, O'shaughnessy T, Langmead L et al. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge. *Tropical Medicine and*

International Health. 2017; 22(8) 994-999.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12908>

Lo HY, Suo J, Chang HJ, Yang SL, Chou P. Risk factors associated with death in a 12-month cohort analysis of tuberculosis patients (2015). *Asia Pac J Public Health*. Mar;27(2):NP758-68. Doi: 10.1177/1010539511429591

Márquez N, Características epidemiológicas de los trabajadores con diagnóstico de tuberculosis hospital Sergio y Bernales 2015 facultad de medicina humana sección de posgrado especialista en neumología Lima – Perú 2015. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1281/1/Marquez_nm.pdf

Mendoza-Ticona A. (2012). No Title. Tuberculosis Como Enfermedad Ocupacional. *Tuberc AS Occup Dis*. Instituto Nacional de Salud.

Ministerio de salud pública. (2016). Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis Guía de Práctica Clínica (GPC) 2016.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. Retrieved from http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf

Molina Serpa, I., López Pardo, C., & Alonso Hernández, R. (2003). An ecologic study on tuberculosis in a Cuban municipality. *Cadernos de Saude Publica / Ministerio Da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*, 19(5), 1305–1312. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500009>

Muñiz F, Guerra J, García S, Aproximación a la incidencia real de tuberculosis en el Área de Salud de León: aplicación del método captura-recaptura para comparar 2 fuentes de información. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Volume 31, Issue 2, February 2013, Pages 82-87
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X12002261#!>

Morales Cordoví Liudmila, Ferreira PI Blas Enrique., colbs. (2011). Factores de Riesgo Asociados a la tuberculosis pulmonar. *Multimed. Revista Médica Granma*, 19(1), 1–18.

Morales, M., M, E., Serrano Montes, V., Cano Pérez, G., Verduzco Guerrero, E., Escandón Romero, C., & de la Peña, J. (1993). Principales causas de abandono

del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar Gac. Med. Mex. Retrieved from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=177090&indexSearch=ID>

Muñoz-Sánchez, A. I., & Castro-Cely, Y. (2015). Medidas de control de tuberculosis en una institución de salud de Bogotá D.C. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a05>

Mutua, A., & Torres, O. (2015). Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud, 9–11. National Center for HIV /AIDS, viral hepatitis, S. and T. prevention. (2013). Pruebas de detección de tuberculosis, 1–3. Retrieved from <https://www.cdc.gov/tb/esp/pdf/Pruebas-de-detección-de-tuberculosis.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Coinfección TB/VIH: Guía Clínica*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Ortblad KF, Salomon JA, Bärnighausen T, Atun R. Stopping tuberculosis: a biosocial model for sustainable development. *Lancet*. 2015 Dec;386(10010):2354-62. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)00324-4

PAOH(2017).CoinfecciónTB/VIH.GuíaClínicaRegional[Internet].OrganizaciónMundial de Salud,OficinaTegionalparalasAmericas.2017.Availablefrom: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34855>

Pedraza Moreno, L. M., García Alvarado, C. A., & Muñoz Sánchez, A. Y. (2012). Caracterización de pacientes con tuberculosis y tuberculosis resistente a múltiples medicamentos en instituciones de tercer nivel de bogotá D.C. *Enfermería Global*, 11(1), 129–138. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412012000100008>

Pérez-Navarro Lucía Monserrat., colbs. (2011). Factores asociados a tuberculosis pulmonar en pacientes con diabetes mellitus de Veracruz, México. *Gaceta Médica de México*, 147(219–25), 6–10. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm113d.pdf>

Pontón, C., & Lucrecia, V. (2017). FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE PAÚL” TEMA: Caracterización epidemiológica de los usuarios con tuberculosis que acuden a un centro de salud de la ciudad de Guayaquil. AUTORAS: Farez Tapia, María Isabel Lcda. Mendoza

- Procopie I, Popescu EL, Huplea V, Plesea RM, Ghelase SM, Stoica GA. Osteoraticular Tuberculosis-Brief Review of Clinical Morphological and Therapeutic Profiles. *Current Health Sciences Journal*. 2017; 43(3). Doi: <http://dx.doi.org/10.12865/CHSJ.43.03.01>
- Ramirez-Lapausa, M., Menendez-Saldana, A., & Noguerado-Asensio, (2015). Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *Rev Esp Sanid Penit*, 17.
- Rojas, C. M., Villegas, S. L., Piñeros, H. M., Chamorro, E. M., Durán, C. E., Hernández, E. L., ... Ferro, B. E. (2010). Características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de una cohorte de pacientes con tuberculosis pulmonar en Cali, Colombia. *Biomédica*, 30, 482–491. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v30i4.286>
- Romero-Sandoval, N., Flores-Carrera, O., Sanchez-Perez, H., Sanchez-Perez, I., & Mateo, M. (2007). Pulmonary tuberculosis in an idigenous community in the mountains of Ecuador. *International Journal of Tuberculosis & Lung Disease*, 11(5), 550–555. Retrieved from <http://www.aspb.cat/uitb/docs2/Ecuador.pdf>
- Romero García, L. I., Bacardí Zapata, P. A., Paez Candelaria, Y., Gondres Legró, K. M., & Bandera Jiménez, D. de la C. (2016). Morbilidad por tuberculosis: aspectos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos. Santiago de Cuba. 2007-2011. *Medisan*, 20(10), 2230–2239. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000006
- Sanou, A., Bañuls, A.-L., Van Anh, N. T., & Godreuil, S. (2015). Mycobacterium tuberculosis: ecology and evolution of a human bacterium. *Journal of Medical Microbiology*. <https://doi.org/10.1099/jmm.0.000171>
- Santa, R. (2002). La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 25(4), 419–Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-6342008000400013&script=sci_arttext&lng=en
- Seeger, A. B., Rudolf, F., Wejse, C., & Neupane, D. (2017). Tuberculosis and hypertension—a systematic review of the literature. *International Journal of Infectious Diseases*, 56, 54–61. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.12.016>
- Situación del Control de la Tuberculosis en el mundo y en las Américas. (2018). Situación del Control de la Tuberculosis en las Américas. (2018).

- Soh, A. Z., Chee, C. B. E., Wang, Y.-T., Yuan, J.-M., & Koh, W.-P. (2017). Alcohol drinking and cigarette smoking in relation to risk of active tuberculosis: prospective cohort study. *BMJ Open Respiratory Research*, 4(1), e000247. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2017-000247>
- Soto, M. y Chavez, A. (2015). Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, Retrieved from [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/\\$FILE/1_asistbc.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/$FILE/1_asistbc.pdf)
- Stop TB Partnership. (2015). The Global Plan to End TB 2016–2020: A Paradigm Shift, (90), 1–2. <https://doi.org/22> August 2016
- Tomás L, Varujan G, Eduardo E, Acosta M. Características epidemiológicas de pacientes con tuberculosis en el Hospital Tránsito. *Revista americana de medicina respiratoria* (2014)Rev. am. med. respir. vol.14 no.4 CABA dic., http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2014000400008
- World Health Organization. (2014). Tuberculosis in the Americas. *WHO Chronicle*, 19, 331–333. <https://doi.org/10.1086/203554>
- World Health Organization. (2017). Global Tuberculosis Report 2017. *TB Fact Sheet*, 1–2. <https://doi.org/WHO/HTM/TB/2017.23>
- World Health Organization. The end TB strategy. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Document WHO/HTM/TB 2015.19. Geneva: WHO; 2015.
- Yogui Libón, F. (2017). Factores de Riesgo para desarrollo de tuberculosis multidrogorresistente en pacientes del Hospital Nacional “Dos de Mayo. Universidad Ricardo Palma, Lima, Lima
- Zambrano Bonilla RH, Alvarado Villegas KJ, Vizueta Chávez CA, Balón Benavides JE. Coinfección VIH/tuberculosis en pacientes del Hospital José Daniel Rodríguez Maridueña. Período 2010-2014. *Dom Cienc.* 2017; 3(4). Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ops/index/.php/es/index>

ANEXOS 1. Madriz de consistencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	Hipótesis general	VARIABLES Variables #1	DIMENSIONES	INDICADOR	METODOLOGÍA
¿Cuál la relación entre las características clínicas y el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis atendidos en los centros de salud del Distrito 09D04/Salud, 2021?	Determinar la relación entre las características clínicas y las características epidemiológicas de los pacientes con tuberculosis. Distrito 09D04/Salud, 2021	Existe relación entre las características clínicas y las características epidemiológicas en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis.	características epidemiológicas	Persona espacio/lugar frecuencia condiciones de riesgo	grupo etáreo sexo nivel de instrucción ocupación estado civil vacuna BCG estado nutricional lugar de procedencia incidencia prevalencia población vulnerable hábitos nocivos	Tipo cuantitativa, no experimental Diseño: descriptivo correlacional, transversal
Problemas Específicos ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis del Distrito 09D04/Salud, 2021?	Objetivo Especifico Identificar las características clínicas de los pacientes con tuberculosis. del Distrito 09D04/Salud, 2021	No existe relación entre las características clínicas y las características epidemiológicas en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis.	Variables #2 Características clínicas	Patología de estudio	Antecedentes de familiares o cercanos con Tuberculosis. Tipos de Tuberculosis Criterio diagnóstico Baciloscopia de diagnóstico Cultivo de	Población y muestra: Pacientes de ambos sexos atendidos en el Hospital de Infectología "Dr. José Daniel Rodríguez

¿Cuál sería el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis?

Identificar las características epidemiologías de los pacientes con tuberculosis. del Distrito 09D04/Salud, 2021

Antecedentes patológicos y casos específicos

diagnóstico

Perfil de sensibilidad

Esquema de tratamiento
Condición de ingreso
Condición de egreso
Comorbilidad

Maridueña” con diagnóstico de tuberculosis en el año 2020.

Procesamiento datos:
Procesamiento de la base de datos se realizará con el sistema SPSS 25 y Microsoft Excel 2019.

Instrumento de recolección:
Ficha de recolección de datos – Historia clínica (PRAS)

ANEXOS 2. Matriz de Operacionalización

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN.
síntomas iniciales y actuales de la patología, síntomas que más afectan al desarrollo de su vida diaria, enfermedades asociadas y salud autopercebida (buena, regular, mala, muy mala). (Ubago, 2005)	factores manifestadas por los pacientes y definidas por el médico tratante, expresa el estado clínico global del paciente al momento de la ocurrencia de la patología	D1 Patología en estudio	I1 Antecedentes de familiares o cercanos con Tuberculosis. I2 Tipos de Tuberculosis I3 Criterio diagnóstico I4 Baciloscopia de diagnóstico I5 Cultivo de diagnóstico I6 Perfil de sensibilidad I7 Esquema de tratamiento I8 Condición de ingreso I9 Condición de egreso I1 Comorbilidad	*Nominal Cualitativa Dicotómica
es una asociación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de tiempo, lugar y persona., considerando las características geográficas (Pérez-Guzmán C 2014)	Constituye una dimensión de la epidemiología que sistematiza el conjunto de categorías a estudiarse y a la vez expresa la relación salud - enfermedad y su comportamiento en las poblaciones humanas.	D2 Antecedentes patológicos y casos específicos D1 Persona	I1 grupo etéreo I2 sexo I3 nivel de instrucción I4 ocupación I5 estado civil I6 vacuna BCG I7 estado nutricional I1 lugar de procedencia I1 incidencia I2 prevalencia I1 población vulnerable I2 hábitos nocivos	*Nominal Cualitativa Dicotómica
		D2 espacio/lugar		
		D3 frecuencia		
		D4 condiciones de riesgo		

Anexo 3. autorización de aplicación del instrumento firmado por la respectiva autoridad.



Ministerio de Salud Pública

Dirección Distrital 09D04 Febres Cordero-Sal
Gestión Interna de Gobernar

Guayaquil, 8 de diciembre 2021

Md.
KEVIN MONCAYO TIGRE
Presente

Asunto: Carta de interés institucional con protocolo de investigación: **"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS. DIRECCIÓN DISTRICTAL 09D04- SALUD, 2021"**

De mi consideración:

Yo Jorge Xavier Romero Arteaga, con CI 0914612361, en calidad de autoridad de las unidades operativas de Primer Nivel de Atención, de la Dirección Distrital 09D04 Febres Cordero Salud, manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS. DIRECCIÓN DISTRICTAL 09D04- SALUD, 2021, cuyo investigador principal es el Sr. Kevin Moncayo Tigre.

Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos o fuentes de información a los que se autorice su acceso.

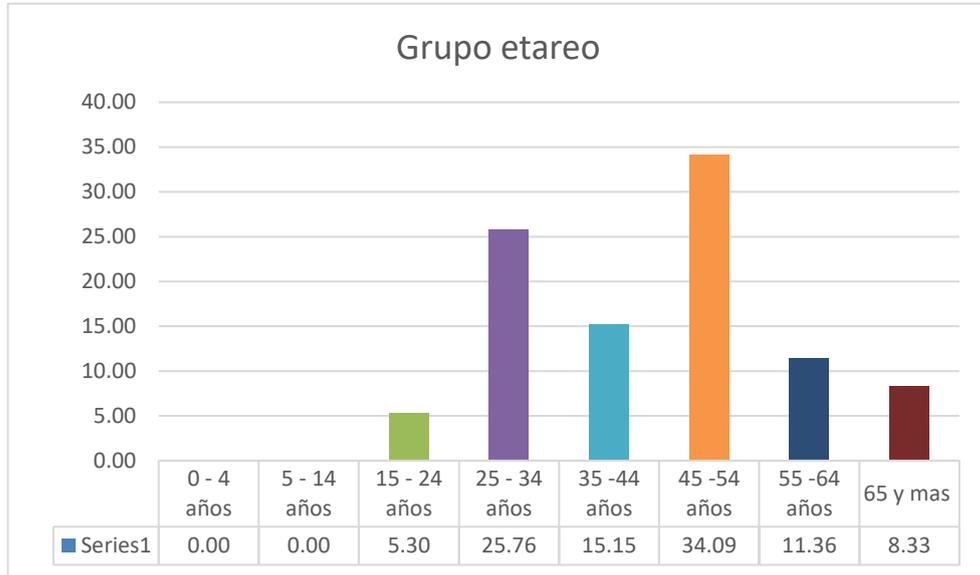
Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**JORGE XAVIER
ROMERO ARTEAGA**

Correo electrónico jorge.romeroa@09d04saludzona8.gob.ec
Número de teléfono celular 0969819426

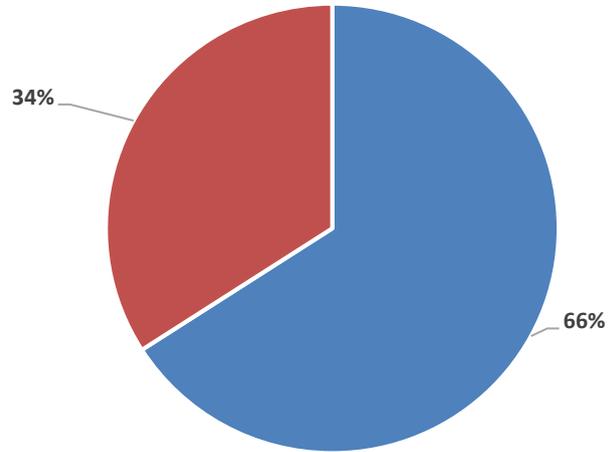
Gráfico 1. *Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según grupo etáreo en el Distrito 09D04 Salud, 2021*



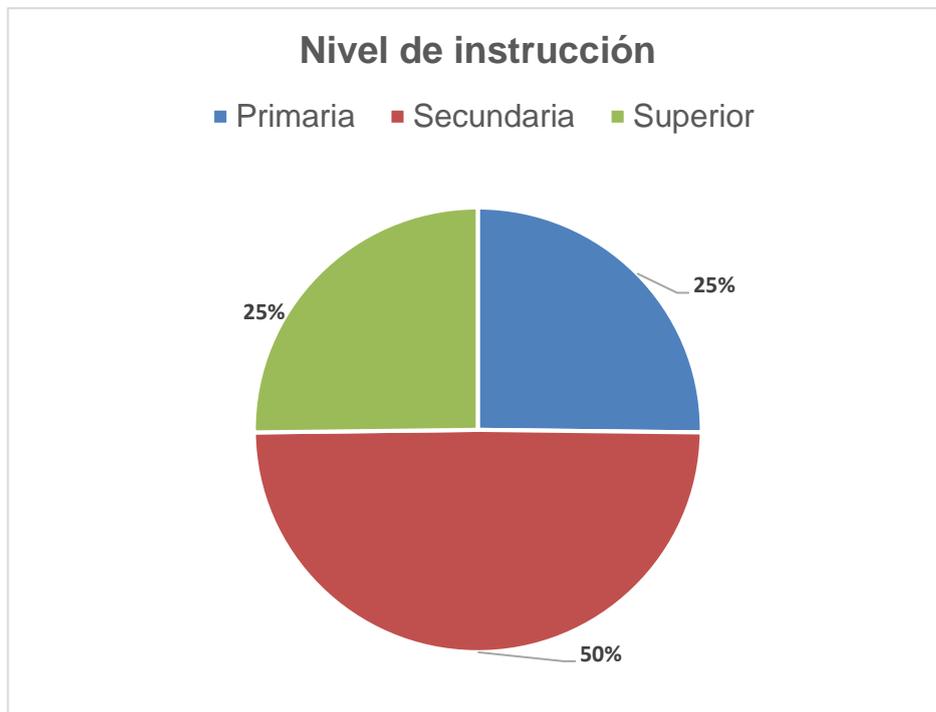
Anexo 4. Gráfico 2. *Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según sexo en el Distrito 09D04 Salud, 2021.*

Sexo

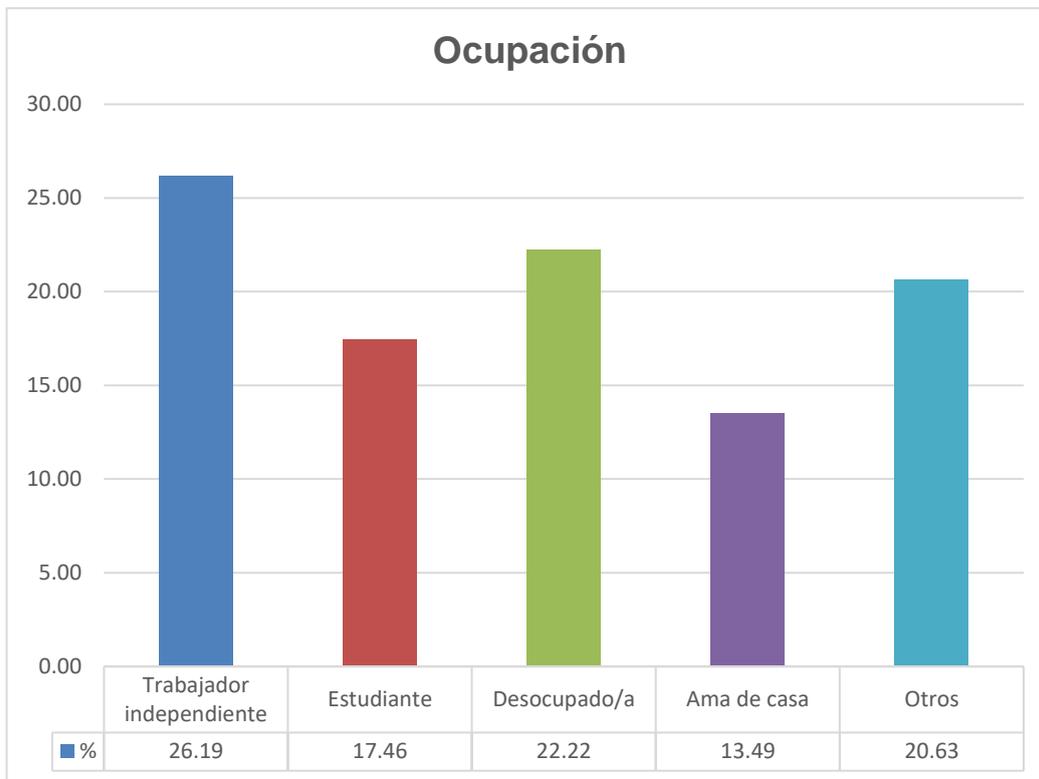
■ Masculino ■ Femenino



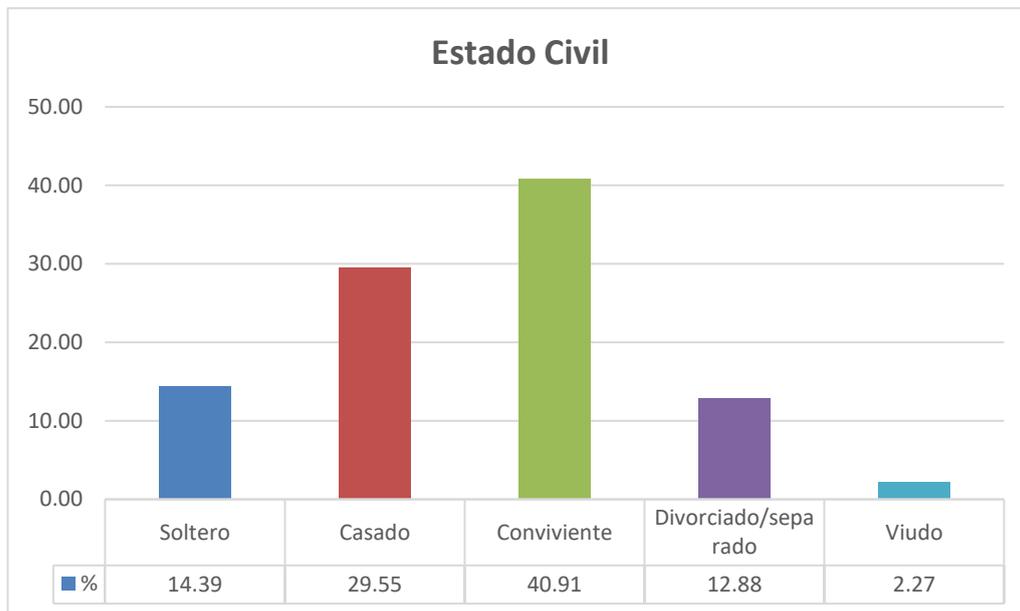
Anexo 5. Gráfico 3. Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el nivel de instrucción en el Distrito 09D04 Salud, 2021.



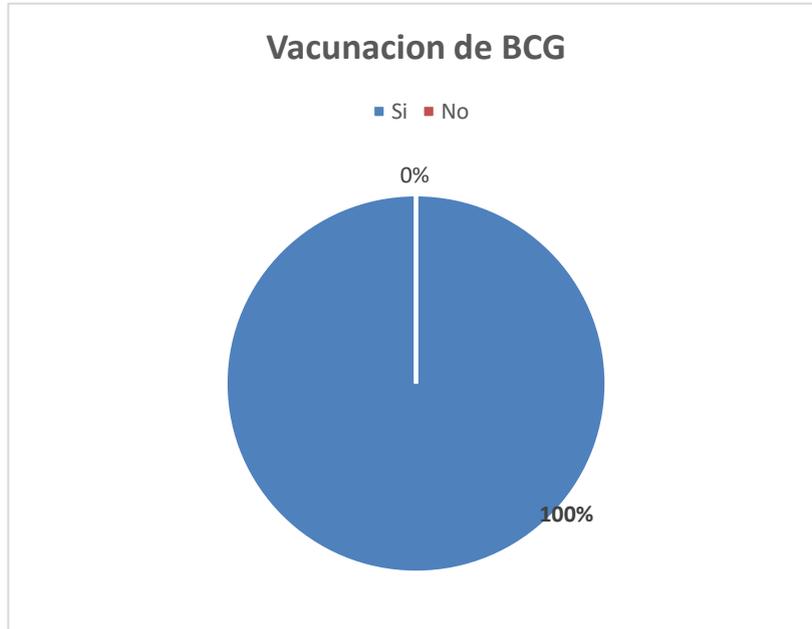
Anexo 6. Gráfico 4: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según la ocupación en el Distrito 09D04 Salud, 2021.



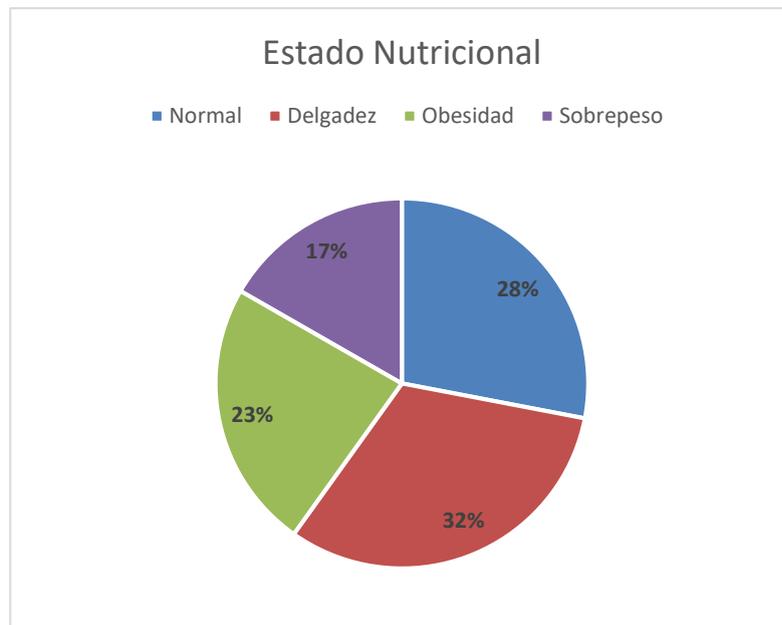
Anexo 7. Gráfico 5: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el estado civil en el Distrito 09D04 Salud, 2021.



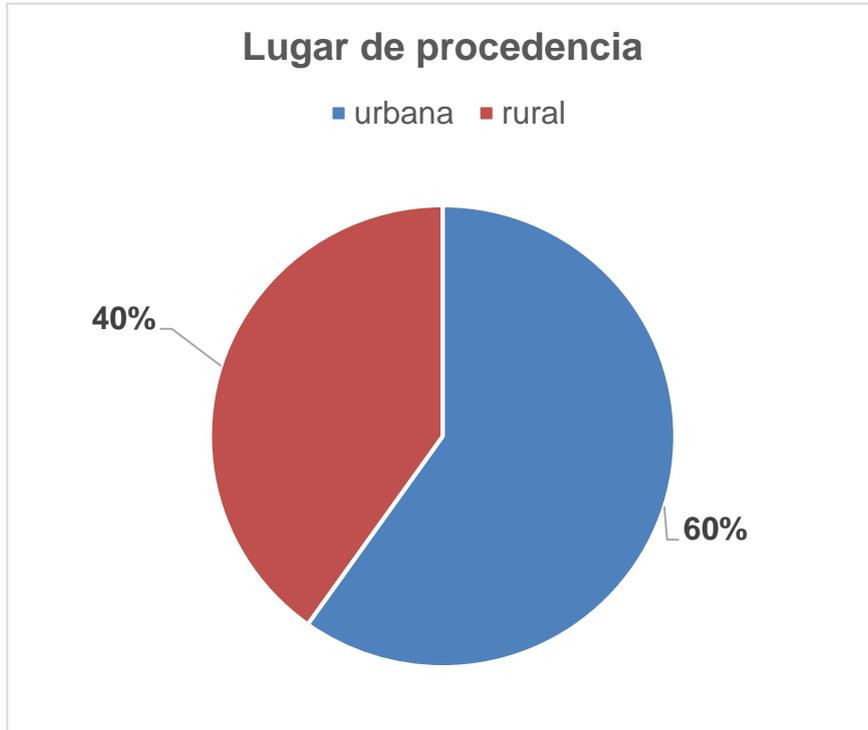
Anexo 8: Grafico 6. Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según la vacunación de BCG en el Distrito 09D04 Salud, 2021.



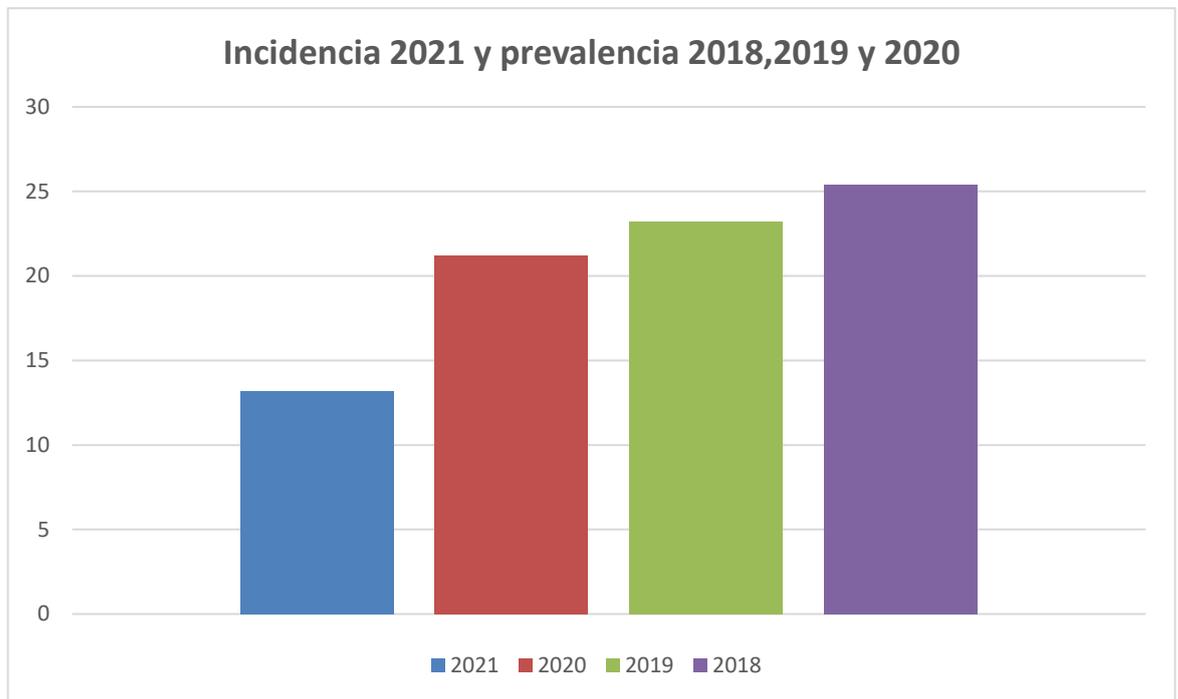
Anexo 9. Gráfico 7: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el estado nutricional en el Distrito 09D04 Salud, 2021.



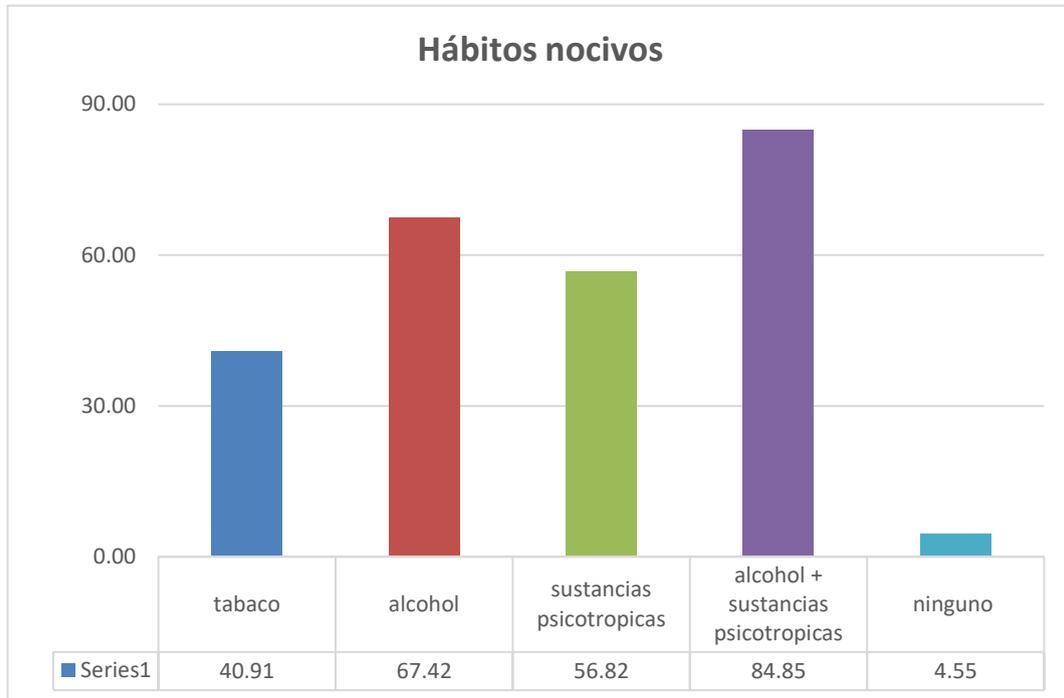
Anexo 10. Gráfico 8: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el lugar de procedencia en el Distrito 09D04 Salud, 2021.



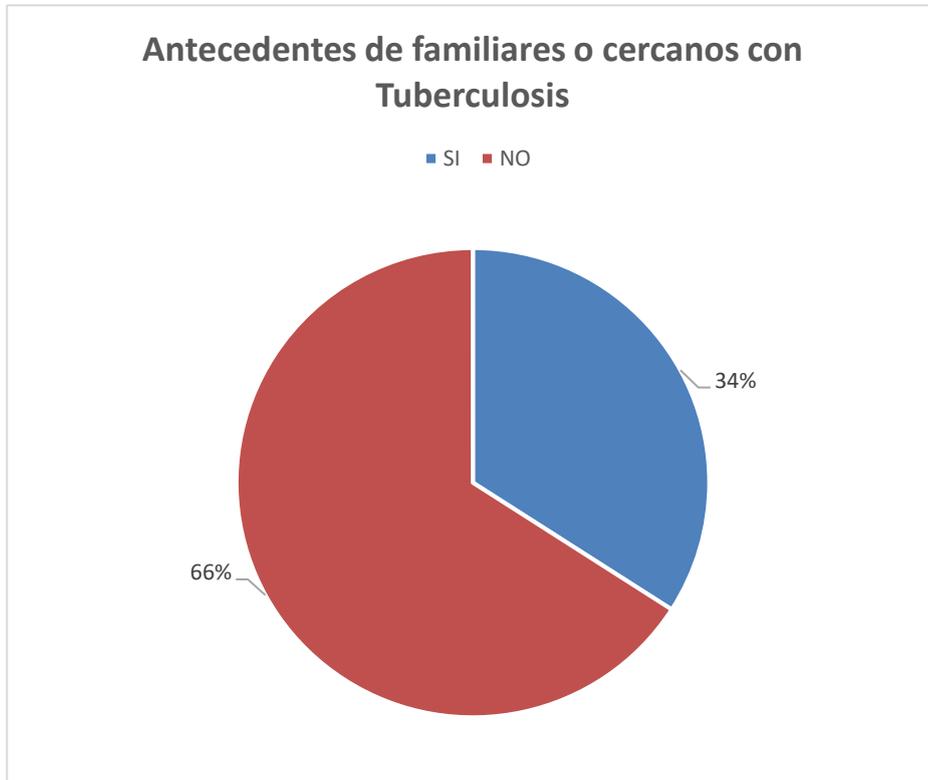
Anexo 11. Gráfico 9 Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según la incidencia y la prevalencia en el Distrito 09D04 Salud, 2021.



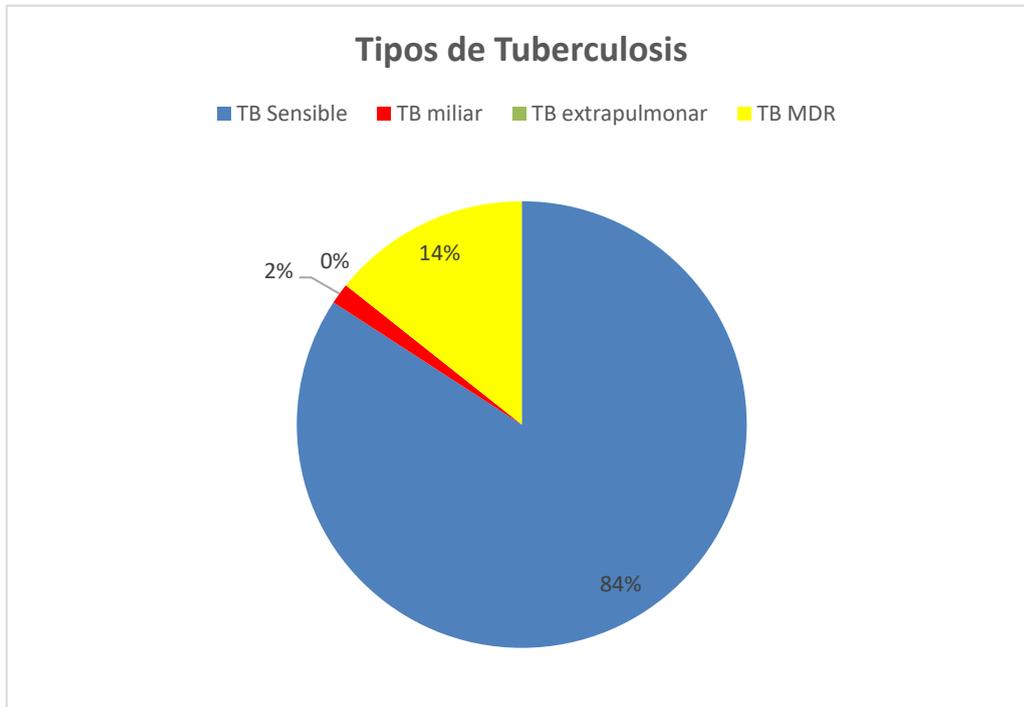
Anexo 12. Gráfico 10: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según los hábitos nocivos en el Distrito 09D04 Salud, 2021.



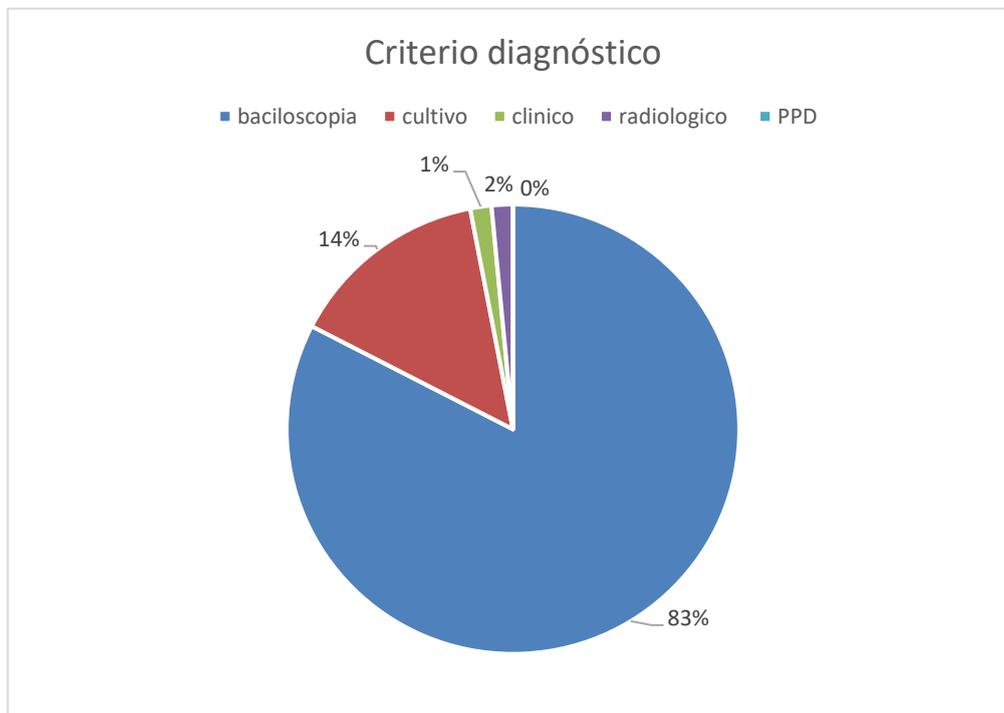
Anexo 13. Gráfico 11: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según Antecedentes de familiares o cercanos con Tuberculosis. En el Distrito 09D04 Salud, 2021.



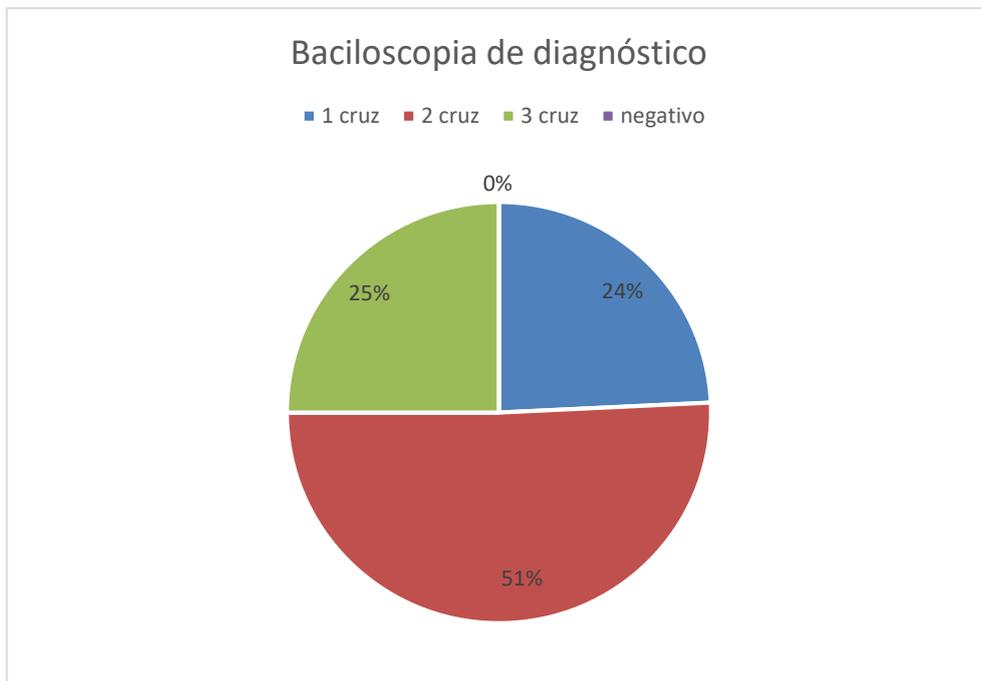
Anexo 14: Grafico 12: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según tipos de Tuberculosis. En el Distrito 09D04 Salud, 2021



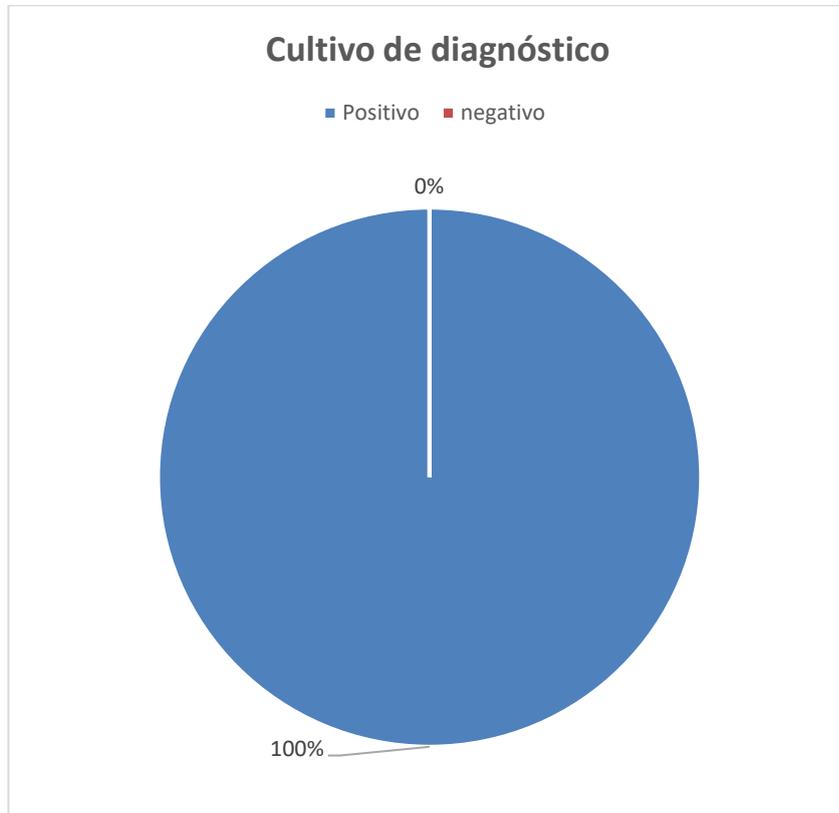
Anexo 15. Gráfico 13: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes criterio diagnóstico en el Distrito 09D04 Salud, 2021



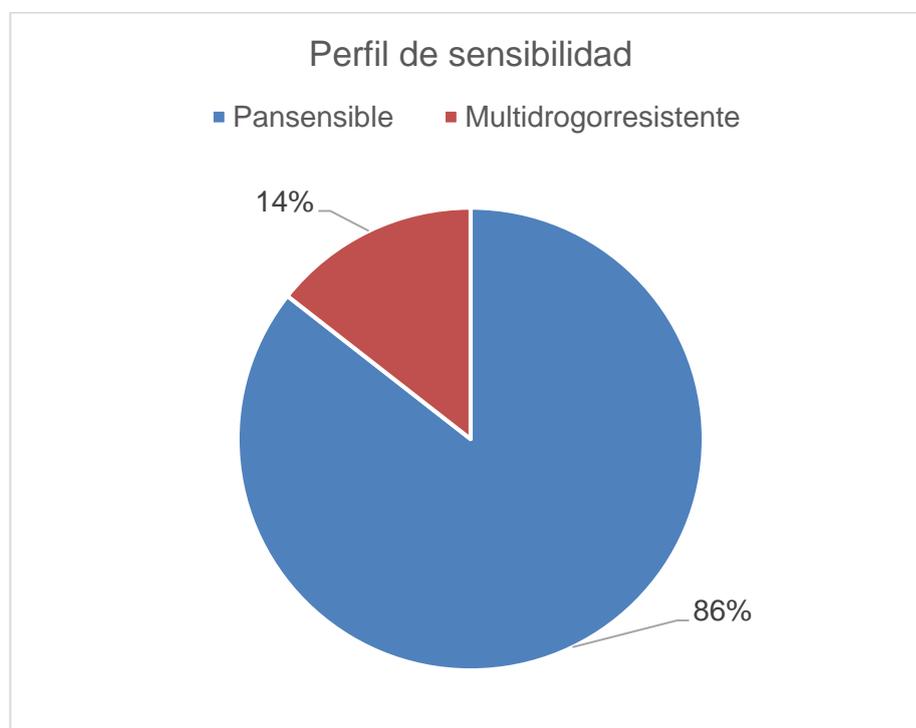
Anexo 16. Gráfico 14: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según la Baciloscopia de diagnóstico en el Distrito 09D04 Salud, 2021



Anexo 17. Gráfico 15: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el cultivo de diagnóstico en el Distrito 09D04 Salud, 2021



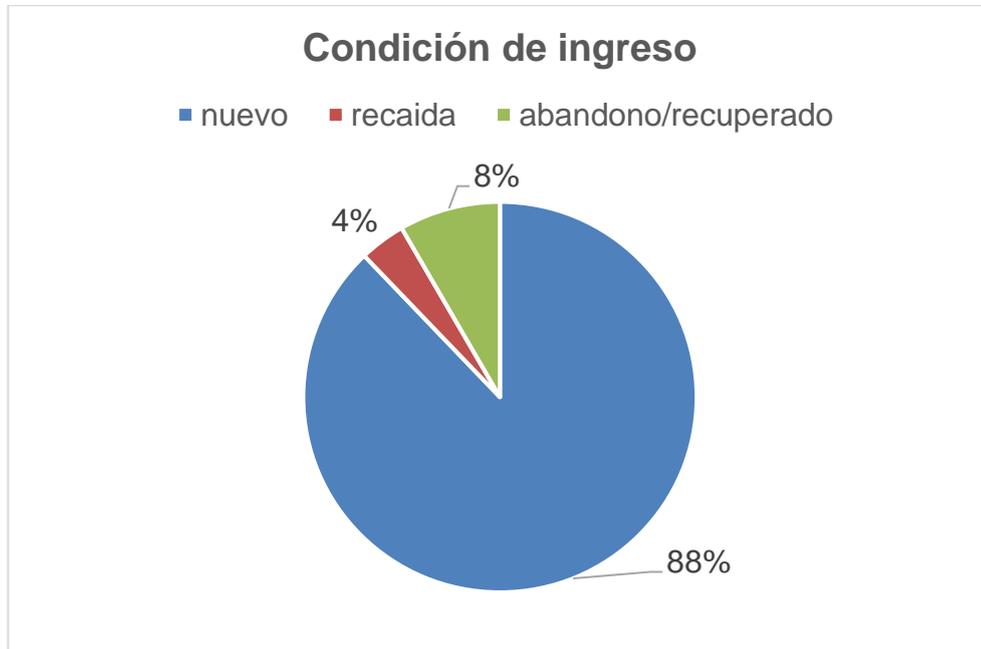
Anexo 18. Gráfico 16: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el Perfil de sensibilidad en el Distrito 09D04 Salud, 2021



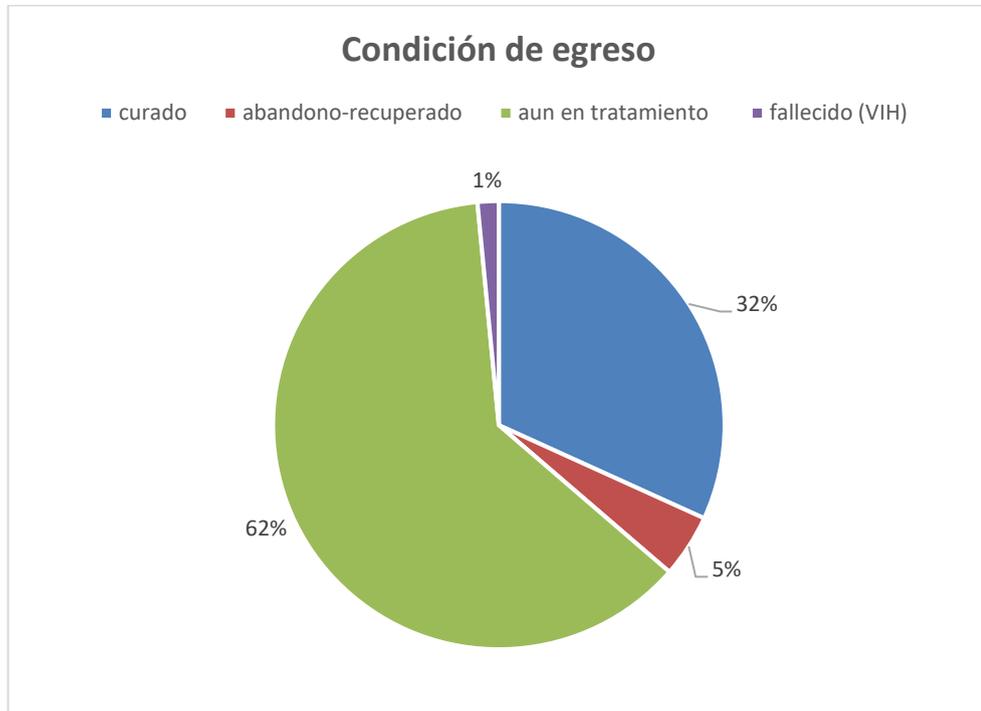
Anexo 19. Gráfico 17: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según el esquema de tratamiento en el Distrito 09D04 Salud, 2021



Anexo 20. Gráfico 18: Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según condición de ingreso en el Distrito 09D04 Salud, 2021



Anexo 21. Gráfico 19 Distribución de los casos de Tuberculosis en pacientes según condición de ingreso en el Distrito 09D04 Salud, 2021



Anexo 22. Formulario No 20: Datos estadísticos operacionales

FORMULARIO No 016

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

PROVINCIA: _____ ÁREA DE SALUD Nº: _____ ESTABLECIMIENTO: _____ AÑO: _____

DATOS ESTADÍSTICOS Y OPERACIONALES

POBLACIÓN TOTAL: _____ POBLACIÓN < 5 AÑOS: _____ POBLACIÓN > 15 AÑOS _____

MESES	CONSULTAS > 15 AÑOS		SRESPERADOS		SRIDENTIFICADOS		SREXAMINADOS		SREXAMINADOS BK +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ENERO		4								
FEBRERO		4								
MARZO		4								
ABRIL		4								
MAYO		4								
JUNIO		4								
JULIO		4								
AGOSTO		4								
SEPTIEMBRE		4								
OCTUBRE		4								
NOVIEMBRE		4								
DICIEMBRE		4								
TOTAL										

Fuente: Informes estadísticos. Libro de registro de síntomas respiratorios del PCT del establecimiento.

Anexo 23. Formulario No 001: Modulo de Programación

FORMULARIO Nº 001

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
MÓDULO DE PROGRAMACIÓN**

Provincia	Cantón	Parroquia	Año
Área de Salud Nº		Establecimiento	
Institución: MSP() SlyF IESS() SSC() ISSFFA() ISSPOL() DNRS() PSFL() PCFL() CR() SOLCA() F() OPN/MSP() GL() INNFA()			
Tipo de Establecimiento: HES() HE() HG() HB() CSA() SCSU() SCSR() PS() UM() OTROS() GL() INNFA()			

Población total	Población > 15 años
Población < 5 años	Consultas > 15 años

I. DETECCIÓN DE CASOS

A Nº de consultas en mayores de 15 años	B Sintomáticos respiratorios esperados = A % x 4	C Baciloscopias de diagnóstico esperadas = B x 2	D Cultivos de diagnóstico esperados = B x 0.005

II. DIAGNÓSTICO DE CASOS

E Casos de TB nuevos UO nuevas = B x 10% UO con DOTS: = Valor	F Casos de TB antes tratados UO nuevas = E x 20% UO con DOTS: = Valor histórico mayor	G Total de casos

III. SEGUIMIENTO DE CASOS

H Baciloscopias de control casos nuevos = E x 6	I Baciloscopias de control casos antes tratados = F x 8	J Total baciloscopias de diagnóstico de control = C + H + I

IV. CONTROL DE CONTACTOS

K Contactos menores de 5 años = E x 1	L Contactos mayores de 5 años = E x 4	M Total de contactos programados = K + L	N Quimioprofilaxis en menores de 5 años = K

Anexo 24. INSTRUCTIVO 001

INSTRUCTIVO MÓDULO DE PROGRAMACIÓN

Anotar el nombre de la provincia y cantón, parroquia en el espacio asignado con letra clara y legible. Anotar el año correspondiente a la programación en el espacio asignado.

Anotar el número del área de salud. Anotar el nombre de la unidad de salud.

Marcar con una X la institución a la que pertenece el establecimiento que informa.

Se encuentran las siglas de las siguientes instituciones:

MSP Ministerio de Salud Pública

SlyF IESS Seguro Individual y Familiar – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

SSC IESS Seguro Social Campesino – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

ISSFA Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL Instituto de Seguridad Social de la Policía

DNRS Dirección Nacional de Rehabilitación Social

PSFL Privadas sin fines de lucro

PCFL Privadas con fines de lucro

CR Cruz Roja

SOLCA Sociedad de Lucha Contra el Cáncer

F Fisco misional

OPN MSP Otras Públicas No Ministerio de Salud Pública

GL Gobiernos Locales: Patronatos de Municipios y de Consejos Provinciales

INNFA Instituto Nacional del Niño y la Familia

- Anotar el tipo de establecimiento de salud: hospital de especialidades, hospital de especialidad, hospital básico, centro de salud A (8 horas), centro de salud B (24 horas) subcentros de salud urbano, subcentro de salud rural, puesto de salud, otros.
- Población total, población menor de 5 años, población mayor de 15 años: Anotar estos datos asignados al establecimiento según proyección de población por grupos programáticos del área.
- Consultas en mayores de 15 años: corresponde al número de consultas en mayores de 15 años (primeras y subsecuentes, preventivas y de morbilidad) atendidas por todos los profesionales y trabajadores de la salud, (médico, enfermera, auxiliar de enfermería, obstetra, psicólogo, odontólogo y otros) dentro del establecimiento de salud el año anterior a la programación. Se lo obtiene del informe de producción de establecimientos de salud anual (que manejan las jefaturas de área).

I. DETECCIÓN DE CASOS:

A. Número de consultas en mayores de 15 años: anotar el mismo dato de consultas en mayores de 15 años.

B. Sintomáticos respiratorios esperados: corresponde al 4% de todas las consultas en mayores de 15 años (primeras y subsecuentes, preventivas y de morbilidad) atendidas dentro del establecimiento de salud, se obtiene multiplicando

(A) por el factor 0.04 (4%).

C. Baciloscopías de diagnóstico esperadas: total de baciloscopías de diagnóstico que se espera realizar en el año, se obtiene multiplicando (B) SR Esperados x2.

D. Cultivos de diagnóstico esperados: corresponde al 5% de los SR esperados, se obtiene multiplicando (B) por el factor 0.05.

II. DIAGNÓSTICO DE CASOS:

E. Casos de TB nuevos: En establecimientos donde se inicia la implementación de la estrategia DOTS: multiplicar (B) SR esperados por el factor 0.10 (10%).

En establecimientos con estrategia DOTS, se tomará en cuenta el valor más alto de casos nuevos de los tres últimos años (método histórico).

F. Casos de TB antes tratados: En establecimientos donde se inicia la implementación de la estrategia DOTS: multiplicar (E) Casos de TB nuevos por el factor 0.20 (20%).

En establecimientos con estrategia DOTS, se tomará en cuenta el el valor más alto de casos antes tratados de los tres últimos años (método histórico).

- G. Total de casos: sumar (E) Casos de TB nuevos + (F) Casos de TB antes tratados.

III. SEGUIMIENTO DE CASOS

- H. Baciloscopías de control casos nuevos: multiplicar (E) por 6.
- I. Baciloscopías de control de casos antes tratados: multiplicar (F) por 8.
- J. Total baciloscopías de diagnóstico + control: sumar (C) + (H) + (I).

IV. CONTROL DE CONTACTOS

- K. Contactos menores de 5 años: multiplicar (E) por 1.
- L. Contactos mayores de 5 años: multiplicar (E) x 4.
- M. Total de contactos programados: sumar (K) + (L).
- N. TPI en menores de 5 años: anotar el mismo dato del casillero (K).

Cuando se incorporen una organización a través de una alianza pública o privada, para contribuir al mejoramiento del control epidemiológico de la tuberculosis, bajo DOTS y sea preciso hacer el cálculo de esos requerimientos de materiales, suministros e insumos de laboratorio, esta deberá coordinar con el laboratorio de Mycobacterias del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "Leopoldo Izquieta Pérez", del cual recibirá todas las indicaciones pertinentes.

Para concluir, anotar la fecha en que se realiza la programación, el nombre de la persona que elabora y la firma del Responsable del PCT del nivel correspondiente.

ANEXO 25: MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: Características clínicas y características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Distrito 09D04/Salud, 2021.

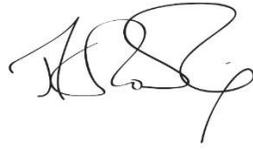
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN										OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACION				
				1. Nunca	2. A veces	3. Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA					
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI		NO			
VARIABLE 1: características epidemiológicas síntomas iniciales y actuales de la patología, síntomas que más afectan al desarrollo de su vida diaria, enfermedades asociadas y salud autopercebida (buena, regular, mala, muy mala). (Ubago, 2005)	Patología en estudio	Antecedentes de familiares o cercanos con Tuberculosis	1	SI			X	X		X		X		X				
			NO			X	X		X		X		X					
		12 Tipos de Tuberculosis	2	TB Sensible			X	X		X		X		X				
				TB miliar			X	X		X		X		X				
				TB extrapulmonar			X	X		X		X		X				
				TB MDR			X	X		X		X		X				
		Criterio diagnóstico	3	baciloscopia			X	X		X		X		X				
				cultivo			X	X		X		X		X				
				clinico			X	X		X		X		X				
				radiologico			X	X		X		X		X				
				PPD			X	X		X		X		X				
		Baciloscopia de diagnóstico	4	1 cruz			X	X		X		X		X		X		
				2 cruz			X	X		X		X		X		X		
3 cruz					X	X		X		X		X		X				

			negativo			X	X		X		X		X	
		Cultivo de diagnóstico	5	Positivo		X	X		X		X		X	
				negativo		X	X		X		X		X	
		Perfil de sensibilidad	6	Pansensible		X	X		X		X		X	
				Multidrogorresistente		X	X		X		X		X	
		Esquema de tratamiento	7	Esquema 1		X	X		X		X		X	
				Esquema MDR estandarizado		X	X		X		X		X	
				Esquema MDR acertado		X	X		X		X		X	
				Esquema MDR individualizado		X	X		X		X		X	
		Condición de ingreso	8	nuevo		X	X		X		X		X	
				recaída		X	X		X		X		X	
				abandono/recuperado		X	X		X		X		X	
		Condición de egreso	9	curado		X	X		X		X		X	
				abandono-recuperado		X	X		X		X		X	
				aun en tratamiento		X	X		X		X		X	
				fallecido (VIH)		X	X		X		X		X	
	Antecedentes patológicos y casos específicos	Comorbilidad	1	Diabetes mellitus Tipo 2		X	X		X		X		X	
				VIH-SIDA		X	X		X		X		X	
				otras		X	X		X		X		X	
				sin comorbilidad		X	X		X		X		X	
VARIABLE 2. Características clínicas	Persona	Grupo etáreo	1	0 - 4 años		X	X		X		X		X	
				5 - 14 años		X	X		X		X		X	

es una asociación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de tiempo, lugar y persona., considerando las características geográficas (Pérez-Guzmán C 2014)

		15 - 24 años			X	X		X		X		X		
		25 - 34 años			X	X		X		X		X		
		35 -44 años			X	X		X		X		X		
		45 -54 años			X	X		X		X		X		
		55 -64 años			X	X		X		X		X		
		65 y mas			X	X		X		X		X		
Sexo	1	Masculino			X	X		X		X		X		
		Femenino			X	X		X		X		X		
Nivel de instrucción	1	Primaria			X	X		X		X		X		
		Secundaria			X	X		X		X		X		
		Superior			X	X		X		X		X		
Ocupación	2	Trabajador independiente			X	X		X		X		X		
		Estudiante			X	X		X		X		X		
		Desocupado/a			X	X		X		X		X		
		Ama de casa			X	X		X		X		X		
		Otros			X	X		X		X		X		
Estado civil	3	Soltero			X	X		X		X		X		
		Casado			X	X		X		X		X		
		Conviviente			X	X		X		X		X		
		Divorciado/separado			X	X		X		X		X		
		Viudo			X	X		X		X		X		
perdida de placer	4	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.			X	X		X		X		X		
		No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.			X	X		X		X		X		
		Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.			X	X		X		X		X		

				No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.			X	X		X		X		X	
		Vacuna BCG	5	si			X	X		X		X		X	
				no			X	X		X		X			
		Estado nutricional	6	Normal			X	X		X		X		X	
				Delgadez			X	X		X		X			
				Obesidad			X	X		X		X			
				Sobrepeso			X	X		X		X			
		espacio/lugar	Lugar de procedencia	1	urbana			X	X		X		X		
					rural			X	X		X		X		
		frecuencia	incidencia	1	2021			X	X		X		X		
	prevalencia		2	2020, 2019,2018			X	X		X		X			
	condiciones de riesgo	Población vulnerable	1	PPL			X	X		X		X			
				Trabajores de la salud			X	X		X		X			
				tabaco			X	X		X		X			
		Habititos nocivos	2	alcohol			X	X		X		X			
				sustancias psicotropicas											
				alcohol + sustancias psicotropicas			X	X		X		X			
				ninguno			X	X		X		X			

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'H. Armendáriz Pinos', written in a cursive style.

Dr. Hugo Armendáriz Pinos
DNI: Juez experto

Anexo 26. MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

“Historia Clínica: Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis”

OBJETIVO: Características clínicas y características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Distrito 09D04/Salud, 2021.

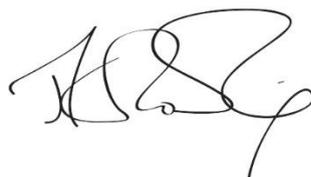
DIRIGIDO A: Pacientes con diagnóstico de tuberculosis del Distrito 09D04. 2021.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Dr. Hugo Armendáriz Pinos

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Diplomado en Atención Primaria de la Salud

VALORACIÓN:

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
X				



FIRMA DEL EVALUADOR

ANEXO 27: MATRIZ DE VALIDACIÓN
TÍTULO DE LA TESIS: Características clínicas y características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Distrito 09D04/Salud, 2021.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN										OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIÓN				
				1. Nunca	2. A veces	3. Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA					
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI		NO			
VARIABLE 1: características epidemiológicas síntomas iniciales y actuales de la patología, síntomas que más afectan al desarrollo de su vida diaria, enfermedades asociadas y salud autopercibida (buena, regular, mala, muy mala). (Ubago, 2005)	Patología en estudio	Antecedentes de familiares o cercanos con Tuberculosis	1	SI			X	X		X		X		X				
			NO			X	X		X		X		X					
		12 Tipos de Tuberculosis	2	TB Sensible			X	X		X		X		X				
				TB miliar			X	X		X		X		X				
				TB extrapulmonar			X	X		X		X		X				
				TB MDR			X	X		X		X		X				
		Criterio diagnóstico	3	baciloscopia			X	X		X		X		X				
				cultivo			X	X		X		X		X				
				clinico			X	X		X		X		X				
				radiologico			X	X		X		X		X				
				PPD			X	X		X		X		X				
		Bacilos copiosos	4	1 cruz			X	X		X		X		X				

		2 cruz			X	X		X		X		X		
		3 cruz			X	X		X		X		X		
		negativo			X	X		X		X		X		
	Cultivo de diagnóstico	5	Positivo			X	X		X		X		X	
			negativo			X	X		X		X		X	
	Perfil de sensibilidad	6	Pansensible			X	X		X		X		X	
			Multidrogorresistente			X	X		X		X		X	
	Esquema de tratamiento	7	Esquema 1			X	X		X		X		X	
			Esquema MDR estandarizado			X	X		X		X		X	
			Esquema MDR acortado			X	X		X		X		X	
			Esquema MDR individualizado			X	X		X		X		X	
	Condición de ingreso	8	nuevo			X	X		X		X		X	
			recaída			X	X		X		X		X	
			abandono/recuperado			X	X		X		X		X	
	Condición de egreso	9	curado			X	X		X		X		X	
			abandono-recuperado			X	X		X		X		X	
			aun en tratamiento			X	X		X		X		X	
			fallecido (VIH)			X	X		X		X		X	
	Antecedentes patológicos y casos específicos	Comorbilidad	1	Diabetes mellitus Tipo 2			X	X		X		X		X
				VIH-SIDA			X	X		X		X		X
otras						X	X		X		X		X	
sin comorbilidad						X	X		X		X		X	

VARIABLE 2.
Características clínicas
 es una asociación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de tiempo, lugar y persona., considerando las características geográficas (Pérez-Guzmán C 2014)

Persona

Grupo etáreo	1	0 - 4 años			X	X		X		X		X		
		5 - 14 años			X	X		X		X		X		
		15 - 24 años			X	X		X		X		X		
		25 - 34 años			X	X		X		X		X		
		35 -44 años			X	X		X		X		X		
		45 -54 años			X	X		X		X		X		
		55 -64 años			X	X		X		X		X		
		65 y mas			X	X		X		X		X		
	Sexo	1	Masculino			X	X		X		X		X	
			Femenino			X	X		X		X		X	
	Nivel de instrucción	1	Primaria			X	X		X		X		X	
			Secundaria			X	X		X		X		X	
			Superior			X	X		X		X		X	
	Ocupación	2	Trabajador independiente			X	X		X		X		X	
			Estudiante			X	X		X		X		X	
			Desocupado/a			X	X		X		X		X	
			Ama de casa			X	X		X		X		X	
			Otros			X	X		X		X		X	
	Estado civil	3	Soltero			X	X		X		X		X	
			Casado			X	X		X		X		X	
			Conviviente			X	X		X		X		X	
			Divorciado/separado			X	X		X		X		X	
			Viudo			X	X		X		X		X	
	perdida de placer	4	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.			X	X		X		X		X	
			No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.			X	X		X		X		X	

			Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.			X	X		X		X		X		
			No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.			X	X		X		X		X		
		Vacuna BCG	5	si			X	X		X		X		X	
				no			X	X		X		X		X	
	Estado nutricional	6	Normal			X	X		X		X		X		
			Delgadez			X	X		X		X		X		
			Obesidad			X	X		X		X		X		
			Sobrepeso			X	X		X		X		X		
	espacio/lugar	Lugar de procedencia	1	urbana			X	X		X		X		X	
				rural			X	X		X		X		X	
	frecuencia	incidencia	1	2021			X	X		X		X		X	
		prevalencia	2	2020, 2019,2018			X	X		X		X		X	
	condiciones de riesgo	Población vulnerable	1	PPL			X	X		X		X		X	
				Trabajores de la salud			X	X		X		X		X	
		Habitos nocivos	2	tabaco			X	X		X		X		X	
				alcohol			X	X		X		X		X	
sustancias psicotropicas															
alcohol + sustancias psicotropicas						X	X		X		X		X		

			ninguno			x	x		x		x		x		
--	--	--	---------	--	--	---	---	--	---	--	---	--	---	--	--



Dr. Wilson Cando Caluña
DNI:
Juez experto

Anexo 28. MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

“Historia Clínica: Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis”

OBJETIVO: Características clínicas y características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Distrito 09D04/Salud, 2021.

DIRIGIDO A: Pacientes con diagnóstico de tuberculosis del Distrito 09D04. 2021.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Dr. Wilson Cando Caluña

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Master en Salud Publica

VALORACIÓN:

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
X				



FIRMA DEL EVALUADOR

ANEXO 29: MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: Características clínicas y características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Distrito 09D04/Salud, 2021.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN										OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACION			
				1. Nunca	2. A veces	3. Siempre	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA				
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI		NO		
VARIABLE 1: características epidemiológicas síntomas iniciales y actuales de la patología, síntomas que más afectan al desarrollo de su vida diaria, enfermedades asociadas y salud autopercebida (buena, regular, mala, muy mala). (Ubago, 2005)	Patología en estudio	Antecedentes de familiares o cercanos con Tuberculosis	1	SI			X	X		X		X		X			
			NO			X	X		X		X		X				
		12 Tipos de Tuberculosis	2	TB Sensible			X	X		X		X		X			
				TB miliar			X	X		X		X		X			
				TB extrapulmonar			X	X		X		X		X			
				TB MDR			X	X		X		X		X			
		Criterio diagnóstico	3	baciloscopia			X	X		X		X		X			
				cultivo			X	X		X		X		X			
				clinico			X	X		X		X		X			
				radiologico			X	X		X		X		X			
				PPD			X	X		X		X		X			
		Bacilos copiosos	4	1 cruz			X	X		X		X		X			

		2 cruz			X	X		X		X		X		
		3 cruz			X	X		X		X		X		
		negativo			X	X		X		X		X		
	Cultivo de diagnóstico	5	Positivo			X	X		X		X		X	
			negativo			X	X		X		X		X	
	Perfil de sensibilidad	6	Pansensible			X	X		X		X		X	
			Multidrogorresistente			X	X		X		X		X	
	Esquema de tratamiento	7	Esquema 1			X	X		X		X		X	
			Esquema MDR estandarizado			X	X		X		X		X	
			Esquema MDR acortado			X	X		X		X		X	
			Esquema MDR individualizado			X	X		X		X		X	
	Condición de ingreso	8	nuevo			X	X		X		X		X	
			recaída			X	X		X		X		X	
			abandono/recuperado			X	X		X		X		X	
	Condición de egreso	9	curado			X	X		X		X		X	
			abandono-recuperado			X	X		X		X		X	
			aun en tratamiento			X	X		X		X		X	
			fallecido (VIH)			X	X		X		X		X	
	Antecedentes patológicos y casos específicos	Comorbilidad	1	Diabetes mellitus Tipo 2			X	X		X		X		X
				VIH-SIDA			X	X		X		X		X
otras						X	X		X		X		X	
sin comorbilidad						X	X		X		X		X	

VARIABLE 2.
Características clínicas
 es una asociación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de tiempo, lugar y persona., considerando las características geográficas (Pérez-Guzmán C 2014)

Persona

Grupo etáreo	1	0 - 4 años			X	X		X		X		X		
		5 - 14 años			X	X		X		X		X		
		15 - 24 años			X	X		X		X		X		
		25 - 34 años			X	X		X		X		X		
		35 -44 años			X	X		X		X		X		
		45 -54 años			X	X		X		X		X		
		55 -64 años			X	X		X		X		X		
		65 y mas			X	X		X		X		X		
	Sexo	1	Masculino			X	X		X		X		X	
			Femenino			X	X		X		X		X	
	Nivel de instrucción	1	Primaria			X	X		X		X		X	
			Secundaria			X	X		X		X		X	
			Superior			X	X		X		X		X	
	Ocupación	2	Trabajador independiente			X	X		X		X		X	
			Estudiante			X	X		X		X		X	
			Desocupado/a			X	X		X		X		X	
			Ama de casa			X	X		X		X		X	
			Otros			X	X		X		X		X	
	Estado civil	3	Soltero			X	X		X		X		X	
			Casado			X	X		X		X		X	
			Conviviente			X	X		X		X		X	
			Divorciado/separado			X	X		X		X		X	
			Viudo			X	X		X		X		X	
	perdida de placer	4	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.			X	X		X		X		X	
			No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.			X	X		X		X		X	

			Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.			X	X		X		X		X		
			No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.			X	X		X		X		X		
		Vacuna BCG	5	si			X	X		X		X		X	
				no			X	X		X		X		X	
	Estado nutricional	6	Normal			X	X		X		X		X		
			Delgadez			X	X		X		X		X		
			Obesidad			X	X		X		X		X		
			Sobrepeso			X	X		X		X		X		
	espacio/lugar	Lugar de procedencia	1	urbana			X	X		X		X		X	
				rural			X	X		X		X		X	
	frecuencia	incidencia	1	2021			X	X		X		X		X	
		prevalencia	2	2020, 2019,2018			X	X		X		X		X	
	condiciones de riesgo	Población vulnerable	1	PPL			X	X		X		X		X	
				Trabajores de la salud			X	X		X		X		X	
		Habitos nocivos	2	tabaco			X	X		X		X		X	
				alcohol			X	X		X		X		X	
sustancias psicotropicas															
alcohol + sustancias psicotropicas						X	X		X		X		X		

			ninguno			x	x		x		x		x		
--	--	--	---------	--	--	---	---	--	---	--	---	--	---	--	--



Dr. Raúl Montesdeoca Coello

DNI:

Juez experto

ANEXO 30: MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

“Historia Clínica: Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis”

OBJETIVO: Características clínicas y características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Distrito 09D04/Salud, 2021.

DIRIGIDO A: Pacientes con diagnóstico de tuberculosis del Distrito 09D04. 2021.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Dr. Raúl Montesdeoca Coello

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Especialista en Pediatría

VALORACIÓN:

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
X				



FIRMA DEL EVALUADOR

