

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“CONSUMO DE DROGRAS ILICITAS Y CONSUMO DE ALCOHOL COMO
FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

MARÍA ESTHER BRINGAS MESTANZA

ASESOR:

DR. JULIO CESAR ÁLVAREZ RIEGA

TRUJILLO - PERÚ

2019

MIEMBROS DEL JURADO

**DR.
PRESIDENTE**

**DR.
SECRETARIO**

**DR.
VOCAL**

**DR.
ASESOR**

FECHA DE SUSTENTACION

27 de Agosto del 2019

DEDICATORIA

A mis padres, por su amor, trabajo, sacrificio incondicional en todos estos años, por ser mi ejemplo para no rendirme, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí.

A mis hermanos por su apoyo moral, comprensión a lo largo de esta etapa.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su infinita bondad, quién supo darme fuerzas para seguir adelante y perseverancia para no desmayar en las adversidades que se presentaban.

A mi familia, el pilar fundamental en este camino. Gracias, por haber confiado en mí. Mil gracias por esta maravillosa oportunidad brindada, son el mejor soporte y la mayor motivación.

A Fresia Alva e hijas que estando lejos se convirtieron en mi segunda familia, durante este camino me acompañaron, apoyaron, compartiendo alegrías y tristezas, estando cuando las necesitaba.

A mis profesores de mi alma mater Universidad Privada Antenor Orrego, así como mi asesor, por haberme guiado en la culminación de este informe y con ello lograr el título de médico cirujano.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRCT	6
I. INTRODUCCION	7
1.1 Enunciado del problema	13
1.2 Hipótesis	13
1.3 Objetivo general	13
1.4 Objetivo específicos	13
II. MATERIAL Y METODO	
2.1 Población	14
2.2 Criterios de selección	14
2.3 Muestra	15
2.4 Diseño de estudio	16
2.5 Variables y Operacionalización de variables	16
2.6 Procedimientos y técnicas	19
2.7 Procedimiento y análisis estadístico	20
2.8 Consideraciones éticas	21
2.9 Limitaciones	21
III. RESULTADO	22
IV. DISCUSION	26
V. CONCLUSIONES	30
VI. RECOMENDACIONES	31
VII. REFERNCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
VIII. ANEXOS	35

RESUMEN

Objetivo: Identificar al consumo de drogas ilícitas y al consumo de alcohol como factores de riesgo para tuberculosis extrapulmonar en pacientes atendidos en los establecimientos de la Red Servicios de Salud Trujillo en el periodo 2016 – 2017.

Material y Métodos: Se aplicó el diseño de casos y controles, conformado por 156 casos y 312 controles. Se revisaron historias clínicas.

Resultados: El consumo de drogas ilícitas estuvo presente en el 0,6% de pacientes con TBEP, así como el 3.8% de pacientes sin TBEP, encontrándose diferencias estadísticas con una $p=0.047$, estimándose un $OR=0.16$ con un $IC95\%$ de 0.02 a 1.25. El consumo de alcohol estuvo presente en el 1,3 % de pacientes con TBEP, así como el 7.7 % de pacientes sin TBEP, encontrándose diferencias estadísticas con una $p=0.004$, estimándose un $OR=0.156$ con un $IC95\%$ de 0.36 a 0.67.

Conclusiones.- En los pacientes con tuberculosis extrapulmonar la proporción de consumo de drogas ilícitas fue 0.6% y consumo de alcohol 1.3%, siendo éstas proporciones menores en comparación con los pacientes con tuberculosis pulmonar, estableciéndose que el consumo de drogas ilícitas no constituye factor de riesgo ni protección en la tuberculosis extrapulmonar, mientras que los que consumen alcohol tienen mayor posibilidades de padecer tuberculosis pulmonar que tuberculosis extrapulmonar.

Palabras Clave: Tuberculosis extrapulmonar, alcohol, drogas ilícitas.

ABSTRACT

Objective: Identify illegal drug use and alcohol consumption as risk factors for extrapulmonary tuberculosis in patients cared for in institutions of the Red Servicios de Salud Trujillo in the period 2016-2017.

Material and methods: Applied design of cases and controls, consisting of 156 cases and 312 controls. Medical records were reviewed

Results: Illicit drug use was at 0.6% of patients with TBEP, as well as the 3.8% of patients without TBEP, finding differences with $p = 0.047$, estimating an OR = 0.16 with a 95% CI 0.02 to 1.25%. The consumption of alcohol was present at 1.3% of patients with TBEP, as well as 7.7% of patients without TBEP, finding differences with $p = 0.004$, estimating an OR = 0.156 with a 95% of 0.36 to 0.67.

Conclusions: In patients with extrapulmonary tuberculosis the proportion of illicit drug use was 0.6% and consumption of alcohol 1.3%, being these proportions in comparison with patients with tuberculosis pulmonary settling to drug use illicit does not constitute a risk or protective factor in extrapulmonary tuberculosis, while those who consume alcohol have greater possibilities of suffering from pulmonary tuberculosis than extrapulmonary tuberculosis.

Keywords: Extrapulmonary tuberculosis, alcohol, illicit drugs.

I. INTRODUCCIÓN.

Para la Organización Mundial de la Salud la tuberculosis extrapulmonar, es definida como una enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, caracterizada por la presencia de por lo menos una lesión ubicada en algún tejido u órgano, distinto a la estructura parenquimatosa pulmonar, representando cerca de la cuarta parte del total de casos ocasionados por dicho *Mycobacterium*, resultado de dispersión por la vía tanto hemática como linfática. La prevalencia de tuberculosis extrapulmonar (TBEP), no ha disminuido como lo ocurrido con tasas de tuberculosis pulmonar. En el periodo del 2016 se reportó en los Estados Unidos, de incidencia de casos fue 3 por cada 100,000 individuos, siendo alrededor del 20% casos de TBEP, en cuanto a las comorbilidades cerca del 15% de tuberculosos padecieron de diabetes mellitus, el 7% tuvieron como antecedentes el consumir drogas ilícitas y el 10% reportaron un consumo crónico de bebidas alcohólicas (1,2). En Europa cerca del 17% del total de casos fueron TBEP, encontrándose un mayor porcentaje en Inglaterra con 47% y Holanda con 45% (3).

En el 2018 en Colombia se publicó que la frecuencia de TBEP llegó al 7% de los casos, siendo la ubicación meníngea y ganglionar las más frecuentes (4). En el 2017 en Lima Perú se publicó que la TBEP representó el 45% de los casos incidentes, afectando más a varones, mencionándose ciertos factores de riesgo para la TBEP, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. En los últimos años se evidencia una leve disminución en la incidencia de casos de tuberculosis pulmonar, mientras que en la tuberculosis de tipo extrapulmonar no sucede la misma tendencia (5,6).

Son dos los agentes causales de la TBEP, la *Mycobacterium bovis* y la *Mycobacterium tuberculosis*, siendo la segunda de mayor frecuencia. Fisiopatológicamente la mayor prevalencia de vía de transmisión es del tipo respiratorio, seguida de la digestiva y por contacto de fluidos contaminados. Se inicia con la inhalación de bacilos de Koch que son atrapados en la

mucosa respiratoria superior, las cuales llegan a fibrosarse y calcificarse, siendo la forma infecciosa latente, reactivándose al existir un déficit inmunitario de tipo endógeno. Al formarse el granuloma, su superficie fibrosa es afectada liberándose el caseum en la superficie bronquial, y mediante los vasos próximos se diseminan a la circulación sanguínea ocasionándose la TBEP (7). Desde el punto de vista operacional existen tres variedades de TBEP. La TBEP que es confirmada por bacteriología. La TBEP confirmada histopatologicamente, demostrado mediante reactividad inflamatoria. Finalmente los casos diagnosticados por criterio clínico, imagen o epidemiología (8).

Entre los marcadores de riesgo está el sexo femenino por acceso a intervenciones sanitarias, actos de discriminación y desigualdad, siendo un factor social, más que biológico (9). Otro factor, es la diabetes mellitus (10). El consumo de tabaco origina alteración del parénquima del pulmón, produciéndose fibrosis peribronquial y alveoloepitelial, aumentando la íntima de los vasos, disminuyendo los cilios del epitelio, creando un ambiente de colonización del referido bacilo (11), tanto la nicotina y el alquitrán, afectan la funcionalidad de macrófagos alveolares, la acción del TNF- α , potenciando la posibilidad de padecer TBEP a partir de una TB latente (12,13).

Por otro lado los consumidores de bebidas alcohólicas presentan baja probabilidad de continuar con el régimen farmacológico antituberculoso. El consumo de bebidas alcohólicas eleva el riesgo de contraer tuberculosis tres veces, e incumplir con el tratamiento destinado a la TB. Individuos que consumen alcohol regularmente, tienden a comer menos de manera regular y sana; lo cual potencia la desnutrición. Las personas que exceden al día los cuarenta gramos de alcohol elevan la posibilidad de padecer tuberculosis (14).

Los tuberculosos consumidores de drogas ilícitas, presentan cuadros paranoicos, ausencia o reducción del hambre, sueños alterados, afectación del índice de masa corporal, trastornos del corazón y vasculares, e infecciones como la TBC (15), la caries en piezas dentarias, anemia por déficit ferropénico, incluyéndose conductas no sociables, que afectan la continuidad laboral, no función en la familia, todo esto promueve la resistencia contra la farmacoterapia para la TB (16).

Se menciona una diversidad de ubicaciones de la TBEP dentro del organismo. En el caso de la Tuberculosis miliar, incluye nodulaciones pequeñas dispersas en la estructura pulmonar, dicha infección, por vía sanguínea invade diversos órganos (17). La TB ganglionar representa el 35% de las formas de TBEP en infantes y jóvenes. La TB osteoarticular llega al 10% de los casos de TBEP, constituyendo la mitad de los casos la enfermedad de Pott (18). Otras zonas afectadas lo representa la TB articular, la enteritis tuberculosa, la peritonitis tuberculosa (19). La TB que se sitúa en el sistema nervioso central ocurre a partir de infecciones distales que llegan por vía hemática o diseminación por continuidad. En el caso de la TB genitourinaria representa el 7% del total de TBEP. La TB de la laringe mayormente se caracteriza por presencia de lesiones ulcerativas, nodulares o masas, dispuestas las cuerdas vocales o en la pared laríngea, que difícilmente se diferencia con neoplasias de laringe (20). La pericarditis tuberculosa que se extiende de un pulmón o árbol traqueobronquial (21).

El cultivo de la micobacteria es importante en su diagnóstico, muchas veces obtenido mediante la biopsia direccionada por la ultrasonografía, estudio topográfico. El uso de los rayos x, el estudio topográfico computarizado, y resonancia magnética, acompañado del estudio semiológico como histológico, ayudan a diagnosticar la TB, para dar inicio a la farmacoterapia. Hoy en día se usa el Xpert MTB RIF que tiene mayor sensibilidad que el cultivo, obteniéndose un diagnóstico inmediato, aunque su alto precio y reducido acceso, imposibilitan su popularidad (22).

Existe evidencia en cuanto al riesgo de TBEP pacientes tuberculosos tal como lo explica Quian X, et al (Estados Unidos, 2018), quienes evaluaron las características de individuos tuberculosos en una muestra de cerca de siete mil pacientes con TB pulmonar y más de un millar de tuberculosos extrapulmonares. Se halló que la Edad ≥ 45 años OR=1.45, sexo femenino OR=1.42, consumo de alcohol OR=0.61, diabetes mellitus OR=0.61, drogas no inyectable OR=0.53 (23).

En el sureste de Asia, Gaifer Z. (Omán, 2017), estudiaron ciertas características que conllevan al incremento de casos de tuberculosis extrapulmonares, para lo cual retrospectivamente revisaron el historial clínico de pacientes con tuberculosis atendidos en el Sultan Qaboos University Hospital. Se comparó 262 pacientes con TB extrapulmonar y 381 controles con TB pulmonar. En cuanto al sexo, EL TB extrapulmonar afectó en el 52% de mujeres y la tuberculosis pulmonar al 37% de mujeres encontrándose un OR de 2.15 ($p=0.005$) y el hábito tabáquico un OR= 0.25. Mientras que la edad, consumo de drogas ilícitas, consumo de alcohol, ser VIH positivo y ser diabético no incrementaron el riesgo ni protección para la presencia de TB extrapulmonar (24).

En Centroamérica, Castillo D. (Nicaragua, 2017), estudio algunos factores que se asociaron al desarrollo de TB extrapulmonar. Aplicó un estudio retrospectivo en 54 personas con TB extrapulmonar y 162 con TB pulmonar. Encontró que el ser mujer obtuvo un OR de 0.98 con una $p=0.94$; la media de edad para TBEP fue 30 años y TB pulmonar 40 años, con una $p=0.001$; para la hipertensión arterial fue un OR=1.34 con IC 95% y $p=0.14$; para la DM el OR=1.51 con una $p=0.737$; en cuanto al VIH el OR= 3.35 con una $p=0.02$. Concluyó que la edad joven, tener VIH, son factores riesgosos. Mientras que la diabetes mellitus, el ser varón, la hipertensión arterial y haber abandonado el tratamiento antituberculoso no son considerados factores que incrementa la posibilidad de TB extrapulmonar (8).

En África, Touré K, et al (Senegal, 2017), estudiaron la incidencia de TBEP mediante una investigación retrospectiva, se buscó información en el historial de 824 tuberculosos. Entre los factores no considerados de riesgo para TBEP, se describieron la vacunación BCG con 96,5% ($p>0.05$), hipertensión arterial con 4,6% ($p>0.05$), diabetes con 2,7% ($p>0.05$), fumar fue 10,5% ($p>0.05$) y consumo de alcohol con 2,8% ($p>0.05$). Concluyeron que la edad, y la infección por VIH fueron factores riesgosos para TB extrapulmonar (9).

García J, et al (España, 2011), evaluaron epidemiológicamente ciertos factores riesgosos que se asocian a la TBEP, fue una investigación analítica: en una muestra de cerca de 1000 pacientes con TB de los cuales casi la mitad tuvieron TBEP. Encontraron entre los factores de TBEP, el ser mujer con un OR 2,04; IC 95%: 1,56-2,66) y la edad (OR 1,02; IC 95%: 1,01-1,022), además el consumo de bebidas alcohólicas con un OR 0,33; IC 95%: 0,20-0,52 donde el 5.5% tuvieron TBEP y el 23.9% no presentaron TBEP, el tabaquismo con un OR 0,45; IC 95%: 0,34-0,59, concluyeron que hubo disminución en la incidencia global de TB pulmonar, mientras que la TBEP se elevó (25).

En el Perú Paz K. (Lima, 2017), Identificó ciertos factores que se asociaron a la Tuberculosis extrapulmonar en la estrategia de Control de Tuberculosis del Hospital Nacional Dos de Mayo. Fue un estudio retrospectivo analítico en 90 individuos con TB extrapulmonar y 200 individuos con TB pulmonar. El 23,6% de féminas tuvo TBEP y el 28,2% no lo tuvo, estimándose un OR=0,79 IC 95% 0,41 a 1,50. El consumo de tabaco estuvo presente en el 14,6% de casos TBEP y 12,6% sin TBEP, con un OR=1,18 IC 95% 0,53 a 2,71. Mientras que el consumo de alcohol en los TBEP fue 33,7% y no TBEP fue 23,5% con un OR= 1,65 con IC95% de 0,87 a 3,12. El consumo de drogas estuvo en el 7,9% de casos TBEP y en el 15,7% de casos no TBEP con un OR de 0,46 IC 95 % 0,18 hasta 1,17. Mientras que el tener VIH obtuvo un OR de 2.87 (IC de 1.32 – 6.26). Concluyó las diversas investigaciones

presentan resultados distintos, por la influencia de diversos determinantes de la salud sociodemográficos, como otras variables propias del escenario de la investigación (5).

La TB extrapulmonar tiene diversas presentaciones clínicas y de difícil diagnóstico, de la misma manera son diversos sus factores de riesgo. No existe consenso acerca del papel que desempeñan el consumo de drogas ilícitas y el consumo de alcohol, debido a su comportamiento contradictorio (26,27) situación que ha motivado la realización de la presente investigación.

Pocas son las investigaciones aplicadas en el escenario local, que buscaron indagar si los referidos factores se asociaron a la enfermedad tuberculosa extrapulmonar en individuos con edad superior a 15 años de vida. De esta forma las conclusiones resultado del estudio serán el insumo para próximas investigaciones, con el propósito de mejorar las estrategias de intervención en el abordaje preventivo de la tuberculosis extrapulmonar, con información con data actualizadas, que beneficiará a la población con susceptibilidad de sufrir dicho tipo de tuberculosis y que reciben asistencia médica en los servicios de salud de la Red Servicios de Salud Trujillo.

1.1. Enunciado del problema:

¿Son el consumo de drogas ilícitas y el consumo de alcohol factores de riesgo para tuberculosis extrapulmonar en pacientes atendidos en los establecimientos de la Red de Servicio de Salud Trujillo en el periodo 2016 - 2017?

1.2. Hipótesis:

Hipótesis alterna (Ha): El consumo de drogas ilícitas y el consumo de alcohol son factores de riesgo para tuberculosis extrapulmonar.

Hipótesis nula (Ho): El consumo de drogas ilícitas y el consumo de alcohol no son factores de riesgo para tuberculosis extrapulmonar.

1.3. Objetivos:

General: Identificar al consumo de drogas ilícitas y al consumo de alcohol como factores de riesgo para tuberculosis extrapulmonar en pacientes atendidos en los establecimientos de la Red Servicios de Salud Trujillo en el periodo 2016 – 2017.

Específicos:

- Estimar la proporción de consumo de drogas ilícitas y consumo de alcohol en pacientes con tuberculosis extrapulmonar.
- Estimar la proporción de consumo de drogas ilícitas y consumo de alcohol en pacientes sin tuberculosis extrapulmonar.
- Comparar la proporción de consumo de drogas ilícitas en pacientes con tuberculosis extrapulmonar y sin tuberculosis extrapulmonar.
- Comparar la proporción de consumo de alcohol en pacientes con tuberculosis extrapulmonar y sin tuberculosis extrapulmonar.

II. MATERIAL Y MÉTODO:

2.1. POBLACION DE ESTUDIO:

- Estuvo constituida por pacientes que acudieron al Servicio de Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis en los establecimientos de la Red de Servicios de Salud Trujillo en el periodo 2016 - 2017, que cumplan con los criterios de selección.

2.2. CRITERIOS DE SELECCION:

2.2.1. Criterios de inclusión:

Casos:

- Diagnóstico de Tuberculosis extrapulmonar.
- Edad mayor de 15 años.
- Historias clínicas que precisen los datos de interés para determinar las variables en estudio.

Controles:

- Diagnóstico único de Tuberculosis pulmonar.
- Edad mayor de 15 años.
- Historias clínicas que precisen los datos de interés para determinar las variables en estudio.

2.2.1 Criterios de exclusión:

Casos y controles:

- Diagnóstico de otro tipo de patología pulmonar.
- Historias clínicas que no precisen la información suficiente para completar ficha recolectora de datos.

2.3. MUESTRA

- **Unidad de análisis:** lo constituyo cada paciente atendido en el Servicio de Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis en los establecimientos de la Red de Servicios de Salud Trujillo en el periodo 2016 – 2017.
- **Unidad de muestreo:** Estuvo constituido por la Historia Clínica de cada paciente atendido en el Servicio de Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis en los establecimientos de la Red de Servicios de Salud Trujillo en el periodo 2016 – 2017 y que cumplió con los criterios de selección.
- **Tamaño muestral:** Para estimar del tamaño de muestra se aplicó la fórmula estadística para casos y controles.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde: $p = \frac{p_2 + p_1}{2}$ = promedio ponderado de p_1 y p_2 ; $p_1 = 0.196$ Frecuencia de consumo de drogas ilícitas en pacientes TBCE, Quian X et al. (23); $p_2 = 0.096$ frecuencia de consumo de drogas ilícitas en pacientes sin TBCE, Quian X et al (23); n = número de casos; $Z_{\alpha/2} = 1,96$; $Z_{\beta} = 0,84$.

Hallamos los valores de $p = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0.141$

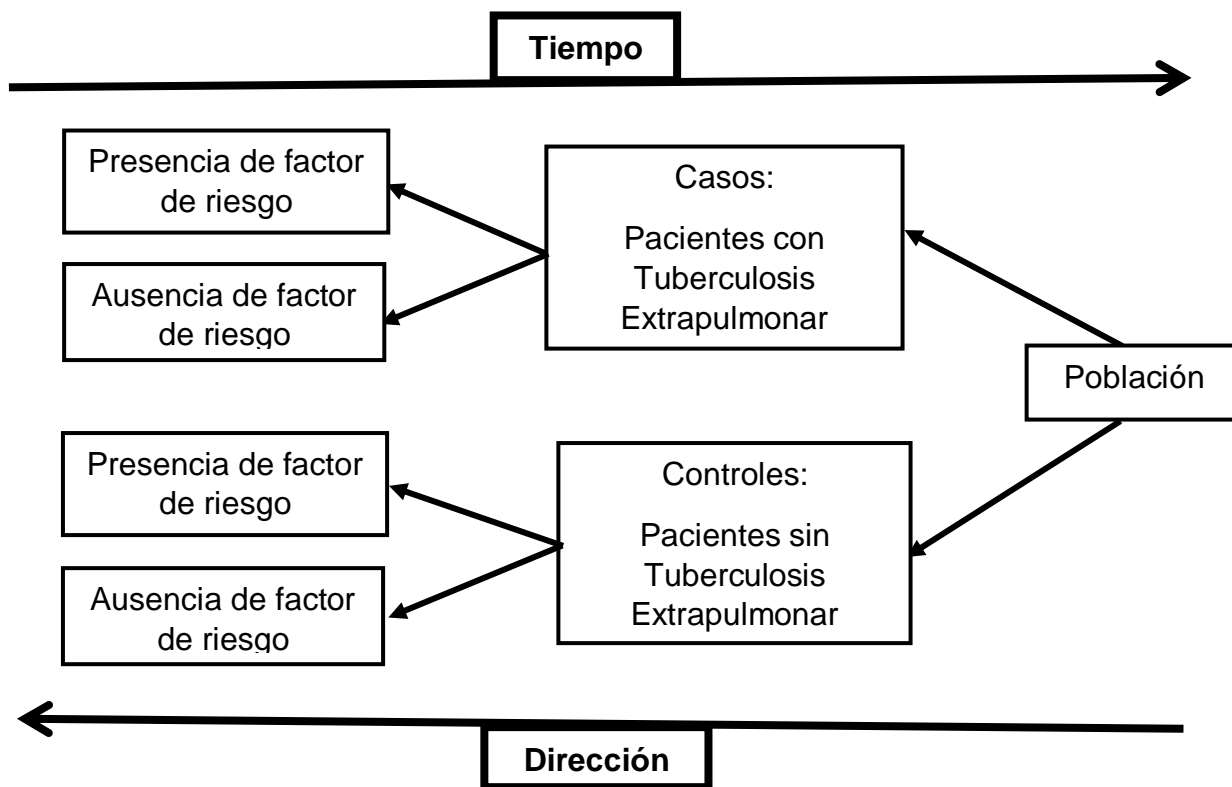
Reemplazando los valores: $n = 156$

El tamaño muestral lo conformó por 156 casos y 312 controles.

- **Marco muestral:** Archivo de Historias Clínicas.
- **Método de selección:** Aleatorio Simple

2.4. DISEÑO DE ESTUDIO:

- Analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles.



2.5. VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Operacionalización de Variables:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	REGISTRO
DEPENDIENTE			
Tuberculosis Extrapulmonar	Cualitativa	Nominal	SI –NO
INDEPENDIENTE			
Consumo de drogas ilícitas	Cualitativa	Nominal	SI – NO

Consumo de alcohol	Cualitativa	Nominal	SI – NO
INTERVINIENTE			
Edad	Cuantitativa	De razón	Mayor de 15 años.
Genero	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Consumo de tabaco	Cualitativa	Nominal	SI – NO
Diabetes mellitus	Cualitativa	Nominal	SI – NO
VIH	Cualitativa	Nominal	SI – NO

Definiciones operacionales:

Variable dependiente: Tuberculosis extrapulmonar

- **Definición conceptual:** proceso infeccioso cuyo agente etiológico es el *Mycobacterium tuberculosis* ocasionando lesiones en órganos o tejidos, exceptuando el tejido parenquimatoso pulmonar. (26)
- **Definición operacional:** Los datos serán ubicados en las historias clínicas acorde con los parámetros establecidos en la estrategia nacional de control de TB.

Variables independientes:

Consumo de drogas ilícitas:

- **Definición conceptual:** sustancias que al introducirse en el cuerpo por cualquier vía, altera la función natural del sistema nervioso y que puede originar dependencia, física, psíquica o simultánea.
- **Definición operacional:** Se tomara en cuenta los datos registrados en la historia clínica de tuberculosis que incluyen marihuana, cocaína, pasta básica de cocaína, inhalantes. Se considerará cualquier sustancia psicoactivas que dañen o amenacen con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, según los criterios del manual DSM-IV.

Consumo de alcohol:

- **Definición conceptual:** autoadministración de dicha sustancia en un determinado momento y como consecuencia se experimentan algunos efectos determinados.
- **Definición operacional:** Se considerará el dato registrado en la historia clínica de tuberculosis.

Variables intervinientes**Edad:**

- **Definición operacional:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.
- **Definición operacional:** Esta variable se midió de forma cualitativa y se definió a partir de mayores de 15 años.

Género:

- **Definición conceptual:** conjunto de características biológicas que diferencian al hombre de la mujer
- **Definición operacional:** condición masculina o femenina, descrita en la historia clínica. Puede generar desigualdades y crear inequidades con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria.

Diabetes mellitus:

- **Definición conceptual:** alteración metabólica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Caracterizada por altos niveles de glucemia.
- **Definición operacional:** confirmado con su examen de laboratorio de acuerdo a los criterios diagnóstico de la DM, aplicados por la Asociación Americana de Diabetes y presente en la historia clínica.

Consumo de tabaco:

- **Definición conceptual:** patología de tipo adictivo crónico que se desarrolla con etapas de recaída que afecta la salud pública por sus consecuencias directas sobre la salud.
- **Definición operacional:** La sustancia que está involucrada es la nicotina, su obtención se realizará según lo registrado en la historia clínica de casos de tuberculosis. Considerando como fumador habitual, el fumar como mínimo un cigarrillo diario en el último semestre, caso contrario se considerará como no fumador.

VIH:

- **Definición conceptual:** El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. Produciendo un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia".
- **Definición operacional:** Esta variable se medirá de forma cualitativa. Presente en la historia clínica.

2.6. PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS:

Posterior al permiso de la Gerencia de la Red de Servicios de Salud Trujillo, se procedió a acopiar la información requerida para la concretización del estudio usando el sistema HIS-MIS y padrón nominal de los casos repostados en la estrategia de control de TB. Luego de manera aleatoria se conformaron tanto del grupo de casos como sus respectivos controles, siendo estos los pacientes con TB extrapulmonar y TB pulmonar respectivamente.

Se elaboró una ficha que contuvo las variables de estudio, iniciándose con el número del historial clínico de tuberculosis, en el cual se incluyó los siguientes datos. Sexo, edad mayor a 15 años, diabetes mellitus, consumo de alcohol, tabaco y drogas, VIH. Finalmente si es o no paciente con tuberculosis extrapulmonar considerando cada característica planteada en la operacionalización de la variable (Ver Anexo 01).

2.7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO:

- **Plan de análisis de la data:** La data obtenida del padrón nominal de los casos de TB, así como del historial clínico fueron trasladados a las páginas de cálculo del software IBM-SPSS en su versión en español 25.0 las mismas que fueron plasmadas en tablas estadísticas descriptivas para su interpretación.
- **Estadística Descriptiva:** Se estimaron las proporciones para las variables cualitativas y se obtuvo la Media y la Desviación Estándar para las variables cuantitativas (29).
- **Estadística Analítica:** Se hizo uso de la prueba estadística chi cuadrado para las variables cualitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con los desenlaces en estudio; las asociaciones se consideraron significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$). También se estimó el Odds Ratio (OR) para consumo de drogas ilícitas y consumo de alcohol en cuanto a su asociación como factores de riesgo para tuberculosis extrapulmonar; si este es mayor de 1 se realizará el cálculo del intervalo de confianza al 95% (29).

		Tuberculosis extrapulmonar	
		SI	NO
Factor de riesgo	SI	a	B
	NO	c	D

$$\text{Odds ratio} : a \times d / c \times b$$

2.8. CONSIDERACIONES ETICAS:

- Se llevó a cabo esta investigación, basándose en los criterios éticos para este tipo de investigación dispuesto en la Declaración de Helsinki. (30), considerándose desde su inicio a fin la confidencialidad de la totalidad de información obtenida, además se tomó en cuenta la opinión del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Médica de la Universidad Privada Antenor Orrego, así como la Red de Servicios de Salud Trujillo, donde se realizó esta Investigación.

2.9. LIMITACIONES:

- Por ser un estudio retrospectivo de casos y controles en donde no existiría una interacción directa con el paciente si no únicamente con los expedientes clínicos, existe la posibilidad de incurrir en sesgo de información debido a que los datos pueden haber sido subregistrados o mal registrados y considerando que la información no será contratada, existe el riesgo de exposición a este error interno durante la investigación.
- El diseño no controla la relación entre cantidades de drogas ilícitas o alcohol consumidas.

III.- RESULTADOS

TABLA N°1.- COMPARACIÓN DE LA PROPORCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS ILICITAS EN PACIENTES CON Y SIN TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR RED SERVICIOS DE SALUD TRUJILLO 2016 – 2017.

DROGAS ILICITAS	TBC EXTRAPULMONAR				OR	Total Chi ² con nivel de significancia
	SI		NO			
	N	%	n	%		
SI	1	0.6%	12	3.8%	OR= 0.16	X ² =3.956
NO	155	99.4%	300	96.2%	IC95% 0.02 a 1.25	p=0.047
TOTAL	156	100 %	312	100 %		

Fuente: Historias clínicas Red de salud Trujillo

El consumo de drogas ilícitas estuvo presente en el 0,6% de pacientes con TBEP, así como el 3.8% de pacientes sin TBEP, encontrándose diferencias estadísticas con una $p=0.047$, estimándose un $OR=0.16$ con un $IC95\%$ de 0.02 a 1.25.

TABLA N° 2.- COMPARACIÓN DE LA PROPORCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON Y SIN TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR RED SERVICIOS DE SALUD TRUJILLO 2016 – 2017

CONSUMO DE ALCOHOL	TBC EXTRAPULMONAR				OR	Total Chi ² con nivel de significancia
	SI		NO			
	n	%	n	%		
SI	2	1.3%	24	7.7%	OR= 0.156	X ² = 8.145 p=0.004
NO	154	98.7%	288	92.3%	IC95% 0.36 a 0.67	
TOTAL	156	100 %	312	100 %		

Fuente: Historias clínicas Red de salud Trujillo

El consumo de alcohol estuvo presente en el 1,3 % de pacientes con TBEP, así como el 7.7 % de pacientes sin TBEP, encontrándose diferencias estadísticas con una p=0.004, estimándose un OR=0.156 con un IC95% de 0.36 a 0.67.

TABLA N°3.- COVARIABLES PRESENTES EN PACIENTES CON Y SIN TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR RED SERVICIOS DE SALUD TRUJILLO 2016 – 2017

Covariables	TUBERCULOSIS EXTRAPULMOAR		OR	Nivel de Significancia
	Si = 156	No=312		
Edad	41.5 ± 19 Años	43.9 ± 21 años	NA	p=0.211
Sexo Masculino (Si/Total)	64 (41%)	171 (54,8%)	0.57 (IC95% 0.39-0.85)	P=0.005
Diabetes mellitus (Si/Total)	5 (3.2%)	34 (10.9%)	0.27 (IC95% 0.10-0.71)	p=0.005
VIH (Si/Total)	12 (7.7%)	4 (1.3%)	6.42 (IC95% 2.03 -20.24)	p=0.000
Tabaquismo (Si/Total)	2(1.3%)	9(2.9%)	0.44 (IC95% 0.09-2.05)	p=0.281

Fuente: Historias clínicas Red de salud Trujillo

El promedio de edad en pacientes con tuberculosis extrapulmonar (TBEP) fue 41.5 ±19 años mientras que en pacientes sin TBEP fue 43.9 ± 21 años sin diferencias estadísticas (p=0.211). El sexo masculino estuvo presente en el 41% de pacientes con TBEP y 54.8% sin TBEP con diferencias estadísticas (p=0.005), obteniéndose un OR=0.57 con un IC95% de 0.39 hasta 0.85. La diabetes mellitus afectó al 3.2% de pacientes con TBEP y 10.9% de pacientes sin TBEP con diferencias estadísticas (p=0.005), estableciéndose un OR=0.27 con un IC 95% de 0.10 hasta 0.71. El VIH fue diagnosticado en el 7.7% de pacientes con TBEP y 1.3% de pacientes sin TBEP con diferencias estadísticas (P=0.000) y un OR=6.42 con un IC 95% de 2.03 hasta 20.24. El tabaquismo en los pacientes con TBEP fue 1.3% y en pacientes sin TBEP fue 2.9% sin diferencias estadísticas (p=0.281).

TABLA N°4.- ANALISIS MULTIVARIADO EN VARIABLES Y COVARIABLES PACIENTES CON Y SIN TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR RED SERVICIOS DE SALUD TRUJILLO 2016 – 2017

FACTOR	TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR			Intervalo de confianza 95%	
	Wald	signif.	OR a	Límite inferior	límite superior
Consumo de alcohol	4.12	p=0.041	0.22	0.49	0.94
Sexo	6.71	p=0.010	0.58	0.39	0.88
Diabetes mellitus	7.91	p=0.005	0.24	0.09	0.65
VIH	11.81	p=0.001	8.18	2.47	27.14

Fuente: Historias clínicas Red de salud Trujillo

En el análisis multivariado se corroboró la condición de factor de riesgo al obtener un OR ajustado del consumo de alcohol con un ORa= 0.22 con IC95% de 0.49 hasta 0.94 y una p=0.041. El sexo obtuvo un ORa=0.58 con IC95% de 0.39 hasta 0.88 con una p=0.010 La Diabetes mellitus un OR=0.27 con un ORa 0.24 con su IC95% de 0.09 hasta 0.65 y una p=0,005. Además el VIH obtuvo un OR ajustado de 8.18 con un IC95% de 2.47 hasta 27.14, con una p=0.001.

IV.- DISCUSIÓN

La Red de Servicios de Salud Trujillo, es un conjunto de establecimientos de Salud que incluye 57 establecimientos de salud del primer nivel de atención y 6 hospitales distritales del II nivel de atención, donde todo establecimiento está en condiciones de suministrar el tratamiento antituberculoso respectivo, salvo situaciones especiales que son derivadas a los hospitales del III nivel de atención. La población asignada a dicha red supera el millón de habitantes. A continuación los resultados de la presente investigación.

El consumo de drogas ilícitas no representa ni factor de riesgo ni factor protector para el desarrollo de la tuberculosis extrapulmonar, tal como se describe en la Tabla 1, debido a que su intervalo de confianza al 95% señala que al muestrear la población existe la posibilidad de que en algún momento el consumo de drogas ilícitas es un factor protector como también puede ser un factor de riesgo.

Resultado similar lo describe Gaifer Z. (24), al señalar que el consumo de drogas ilícitas no influye en presencia de tuberculosis extrapulmonar (TBEP). Similar resultado lo publicó Paz K. (6), en su estudio realizado en la ciudad de Lima donde señala que a pesar que el consumo de drogas fue menor en los casos de TBEP comparado con lo que no presentaron TBEP el IC95% fue de 0,18 a 1,17. Solo el estudio de Quian X, et al (23), halló que el riesgo de TBEP disminuyó en aquellos que consumían drogas no inyectables.

El hecho que tuberculosos consumidores de drogas ilícitas, presenten o no un cuadro de TBEP dependen de la inclusión de otros factores intervinientes como el tener cuadros paranoicos, ausencia o reducción del apetito, sueños alterados, que afectan del índice de masa corporal, como también el sistema inmunitario. (15)

El otro factor estudiado es el consumo de alcohol, Tras el análisis de los resultados descritos en la tabla 2, se interpreta que aquellos que consumen alcohol tienen 84.4% menos probabilidades de tener TBEP, comparado con

aquello que no consumen alcohol, estableciéndose diferencias estadísticas, por tanto el consumo de alcohol está ligado a menor probabilidad de tener TBEP.

Existen investigaciones previas que señalan dicho comportamiento, tal como lo menciona Quian X, et al (23), quien halló un $OR=0.61$, por su parte García J et al (25), estimaron un $OR=0.33$ - Mientras que otras investigaciones señalan lo contrario, uno de esos trabajos lo realizó Gaifer Z. (24) al no encontrar asociación en el consumo de alcohol y la TBEP; Touré K, et al (9), tampoco encontró asociación entre dichas variables. Así como Paz K, (5) reportó lo mismo.

Entre las explicaciones sobre esta controversia se indica que cuanto mayor es el consumo crónico de alcohol, ésta afecta el sistema inmune, provocando una reducción del número de células T y deteriorando su funcionamiento, promoviendo la apoptosis en dichas células. Dicho consumo conlleva a la pérdida de las células B periféricas, simultáneamente induce el aumento de la producción de inmunoglobulinas. El efecto del alcohol sobre las células T y B aumenta el riesgo de infecciones entre las que se incluye la tuberculosis, pudiendo en algunos casos deteriorar las respuestas a las vacunas contra estas infecciones. En contraste con estos efectos de la exposición crónica del alcohol, el consumo bajo de alcohol puede tener efecto beneficioso sobre el sistema inmune adaptativo, incluyendo mejor respuesta a la vacunación y la infección. Por consiguiente un consumo exagerado daña el sistema inmunitario, mientras que un consumo reducido puede ser beneficioso. (32)

En cuanto a la covariable edad, no existen diferencias en los promedios de los casos comparados a los controles, por consiguiente la edad no representa un factor interviniente en el presente estudio. El mismo comportamiento de la edad lo describió Gaifer Z.(24)

Referente al sexo, la presencia del sexo masculino fue menor en los casos comparado a los controles, encontrándose diferencias estadísticas. Resultado similar lo describió Gaifer Z. (24), al señalar que las mujeres tienen

mayor riesgo de TBEP comparado con los varones. También fue corroborado por Quian X, et al (23) y García J, et al (25), Mientras que otras investigaciones como Paz K. (5) negaba dicha asociación de riesgo. Al analizar este resultado el sexo femenino como tal no siempre representa un factor de riesgo, siendo influenciado tal vez por otras covariables debido a que no hay evidencia ligada al cromosoma sexual, más bien estaría relacionado a factores de estilos de vida (27).

La diabetes mellitus es otras de las covariables incluidas en el presente estudio encontrándose que la diabetes mellitus disminuye el 73% las posibilidades de TBEP. Este resultado indica que la diabetes mellitus influiría más en el desarrollo de TBC pulmonar comparado con el TBEP. Este resultado confirma lo hallado en investigaciones previas como el realizado por Quian X, et al,(23), Aunque otros describen resultados opuestos como Gaifer Z. (24) y Castillo D. (25). En este estudio una características que debe tenerse en cuenta es si la diabetes mellitus está controlados o no. Cuando dicha diabetes no se encuentra controlada, entonces repercute en la inmunidad, conllevando a su diseminación a focos extrapulmonares (23).

La cuarta covariable estudiada es el VIH, enfermedad que tiene implicancia en la TBEP. En la Tabla 3 se describe que el VIH incrementa en cinco veces más la posibilidad de presentar TBCEP comparado con aquellos que no tienen VIH. Investigaciones realizadas con anterioridad reportan riesgo como lo mencionó Touré K, et al (9), de la misma manera Paz K. (5). En cambio tras investigaciones señalan que el VIH no representa riesgo ni protección alguna como el reportado por Gaifer Z.(24) y Castillo D, (25).

La presencia de VIH conduce a la disminución de linfocitos CD4 afectando y complicando el desarrollo de la tuberculosis, incrementado el riesgo de transmisibilidad de la tuberculosis en la población, favoreciendo el desarrollo de la TB EP así como la TB con BK negativa. (32). Por consiguiente la variabilidad del riesgo en los diversos estudios dependería del conteo de CD4, así como la carga viral del VIH. (32)

Otra de las covariables es el consumo de tabaco, la cual en el presente estudio no es un factor interviniente, debido a su escasa significancia estadística con una $p=0.281$. Estudios que mencionan el mismo comportamiento están el de Touré K, et al (9) y el de, Paz K. (5). En cambio García J, et al (25) refiere que las personas tabáquicas tienen menor probabilidad de padecer TBEP, comparado con las personas que no consumen tabaco.

El hábito tabáquico se asocia con diversas patologías intersticiales del pulmón, como neumonitis, neumonía eosinofílica, fibrosis pulmonar, enfisema, entre otros, evidenciándose un efecto directo con el aparato respiratorio, además de dañar el sistema ciliar del aparato respiratorio, lo cual el tabaquismo coloca en una situación vulnerable al aparato respiratorio frente a infecciones en lo que se incluye la tuberculosis especialmente pulmonar.(33)

En la Tabla 4 se aprecia el resultado del análisis multivariado confirmándose que el consumo de alcohol, el tener sexo masculino y padecer de diabetes mellitus son factores que disminuyen el riesgo de padecer de TBEP, mientras que el VIH incrementa las posibilidades de sufrir de TBEP

Para comprender la asociación entre las variables de estudio, hay que tener en cuenta el efecto que pueda tener los hábitos nocivos, como algunos factores de riesgo biológicos en la tuberculosis extrapulmonar, lo cual va a depender de la virulencia del agente, la dosis-respuesta de tipo cuantitativa entre la dosis del agente etiológico y el efecto, considerando la fisiopatología de la enfermedad. Además del tiempo y tipo de exposición al factor capaz de producir un efecto dañino. (33).

V.- CONCLUSIONES:

- En los pacientes con tuberculosis extrapulmonar la proporción de consumo de drogas ilícitas fue 0.6% y consumo de alcohol 1.3%
- En los pacientes sin tuberculosis extrapulmonar la proporción de consumo de drogas ilícitas fue 3.8% y el consumo de alcohol 7.7%
- El consumo de drogas ilícitas no constituye factor de riesgo ni protección al comparar su consumo en pacientes con tuberculosis extrapulmonar y sin tuberculosis extrapulmonar.
- El consumo de alcohol no es factor de riesgo al comparar la proporción de su consumo en pacientes con tuberculosis extrapulmonar y tuberculosis pulmonar.

VI.- RECOMENDACIONES

- Realizar estudios de metanálisis de manera que permita integrar los diversos estudios realizados en el país, de manera que se tenga una evidencia con mayor respaldo científico, permitiendo confirmar la presencia de factores de riesgo o protectores en el desarrollo de la tuberculosis extrapulmonar en el escenario nacional.
- En el tamizaje del consumo de alcohol que se realiza en el paciente con tuberculosis y que se halla descrito en la historia clínica epidemiológica de la tuberculosis, debería clasificarse en términos que describan los diversos patrones de consumo establecido por la OMS como: consumo de riesgo, consumo perjudicial, consumo excesivo ocasional o episódico y dependencia del alcohol. De manera que se establezca con mayor precisión cuál de ellos representa un factor de riesgo o protección.
- Difundir los resultados de la presente investigación entre los profesionales de la salud para considerarlo dentro de las estrategias de prevención de la tuberculosis extrapulmonar.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reported Tuberculosis in the United States, 2016. Atlanta: United State Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2017.
2. World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Washington DF. 2016
3. Dara M, Kremer K, Dadu A, Kluge H, Zaleskis R,. Epidemiology of tuberculosis in WHO European Region and public health response. Eur Spine J 2013; 22 (4):549–555
4. López MA. Informe sobre eventos de la tuberculosis, Bogotá, Ministerio de Salud. 2017.
5. Dirección General de Epidemiología, Análisis Situacional Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú, 2015. Lima. Ministerio de Salud de Salud, 2016.
6. Paz K. Factores de riesgo asociados a tuberculosis extrapulmonar en el programa de Control de Tuberculosis del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo julio 2015 – junio 2016. Lima, Universidad Ricardo Palma. 2018.
7. Portelro G. D.S.M.-V. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?. Cuad Med Forense 2015;21(3-4):96-104,
8. Castillo D. Factores de riesgo asociados al desarrollo de la tuberculosis extrapulmonar en pacientes de la red de salud del municipio de Choloma, Cortés, Honduras de 2014 al 2016. Tesis de grado. Managua. Universidad Nacional Autónoma de Managua, 2017.
9. Touré K, Ndiaye M, Moustapha D, Abdoulaye D, Dieng O, et al. Risk Factors for Extrapulmonary TB in the Health District of Thies, Journal of Public Health Senegal. Central African 2017; 3(5): 68-72.
10. Organización Mundial de la Salud. Definiciones y marco de trabajo para la notificación de tuberculosis - revisión. Ginebra. OMS. 2013. ISBN 978 92 4 3505343.
11. Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Lima:

- MINSA; 2014. Disponible en: http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portal_dpctb/recursos/20180308083418.pdf
12. Vargas R, Ante L, Bayona M, Tuberculosis: Enfermedad de ayer, de hoy y del futuro. MEDICINA 2013; 35 (3): 227-236. ISSN: 0120-5498.
 13. Ramírez M, Menéndez A, Noguerado A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Rev Esp Sanid Penit 2015; 17: 3-11.
 14. Southeastern National Tuberculosis Center. Tuberculosis fármacorresistente: Una guía práctica para la atención médica del paciente. California Department of Public Health. 2009
 15. Consulting Group. El Plan Global Hacia el Fin de la TB y las poblaciones clave Personas que consumen drogas. Genova. Stop TB Partnership 2015. Disponible en: <http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/PeopleUseDrugs-Spa.pdf>
 16. Ugarte C, Moore A. Comorbilidad de tuberculosis y diabetes: Problema aún sin resolver. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2014 Ene; 31(1): 137-142.
 17. Casal M, Pinal I. Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2. Archivo de medicina 2014; 10(20):1-18
 18. Agustí A, Bayés A. Diabetes Mellitus en Rozman C, Cardellach F. Medicina Interna Farreras Rozman. 17ª edición. España: Elseiver; 2012. P. 1759 – 1791.
 19. Ministerio de Salud Pública. Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención. Montevideo. Organización Panamericana de la Salud. 2013
 20. Imtiaz S, Shield KD, Roerecke M, Samokhvalov AV, Lönnroth K, Rehm J. Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease. The European Respiratory Journal. 2017;50(1):1700216. doi:10.1183/13993003.00216-2017.
 21. Rodríguez L. Factores de riesgo para tuberculosis pulmonar multidrogo resistente en Región La Libertad, Perú. Artículo de investigación. Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. 2014. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/download/492/469>
 22. Fisher D, Elwood K. Non respiratory tuberculosis. In: Canadian Thoracic Society, Canadian Lung Association, and the Public Health Agency of

- Canada, editors. Canadian Tuberculosis Standards. 7th Edition. Ottawa: Canadian Thoracic Society; 2013.
23. Qian X, Nguyen D, Lyu J, Albers A, Bi X, Gravisset E. Risk factors for extrapulmonary dissemination of tuberculosis and associated mortality during treatment for extrapulmonary tuberculosis *Emerging Microbes & Infections* 2018 7:102
 24. Gaifer Z. Epidemiology of extrapulmonary and disseminated tuberculosis in a tertiary care center in Oman. *Int J Mycobacteriol.* 2017 Apr-Jun;6(2):162-166.
 25. García J, Álvarez H, Lorenzo M, Mariño A, Fernández A, Sesma P. Extrapulmonary tuberculosis: epidemiology and risk factors. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011; 29(7): 502-9.
 26. Arias F, Herrera T. New methods for the diagnosis of tuberculosis. *Rev. chil. enferm. respir.* 2016; 32(4): 254-259. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482016000400007&lng=es.
 27. Heredia C; Santillán R; Solís M. Tuberculosis: mas alla del pulmon. *Rev. Am. Med. Resp.* 2018; 18(3): 192-194.
 28. Argimón J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ª ed. Barcelona. Elsevier España. 2013
 29. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª edición. México Distrito Federal: Mc Graw Hill; 2014
 30. Asociación Médica Mundial AAM. Declaración de Helsinki de la Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.
 31. Pasala S, Barr T, Messaoudi I. Impact of Alcohol Abuse on the Adaptive Immune System. *Alcohol Res.* 2015;37(2):185-97.
 32. Organización Panamericana de la Salud. Coinfección TB/VIH: Guía Clínica. Washington, D. C.: OPS, 2010.
 33. Bernard N, Pardo V, Benítez A, Seehaus A. Lesiones pulmonares relacionadas con el tabaquismo. Hallazgos y diagnósticos diferenciales por tomografía computada multidetector. 2017; 81(4): 270-278.
 34. Arango S. Biomarcadores para la evaluación de riesgo en la salud humana. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2011; 30(1): 75-82.

VII.ANEXOS:

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CONSUMO DE DROGRAS ILICITAS Y CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR - RED DE SALUD TRUJILLO 2016 - 2017.

A) Historia clínica N°

<p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p> <p>CONSUMO DE DROGAS ILICITAS SI () NO () Actual () pasado () Nunca () MARIHUANA () COCAINA () PBC () TEROKAL () Otro:.....</p> <p>CONSUMO DE ALCOHOL SI () NO ()</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR SI () NO ()</p> <p>COVARIABLES</p> <p>SEXO</p> <ul style="list-style-type: none">• Femenino• Masculino <p>EDAD</p> <ul style="list-style-type: none">• Mayor de 15 años de vida• Menor o igual a 65 años de vida <p>DIABETES</p> <ul style="list-style-type: none">• Con diabetes mellitus• Sin diabetes mellitus <p>CONSUMO DE TABACO SI () NO ()</p> <p>Actual () pasado () Nunca () Numero de cigarros al día..... Cuantos años.....</p> <p>VIH</p> <ul style="list-style-type: none">• Con VIH• Sin VIH
<p>LOCALIZACIÓN DE LA TB</p> <p>Pulmonar () Sistema nervioso central () sistema nervioso periférico ()</p> <p>Sistema osteoarticular () sistema digestivo () sistema urinario ()</p> <p>Sistema genital () otros ().....</p>

