

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN
TRATAMIENTO EN LA MICRORED METROPOLITANA DE LA RED
DE SALUD TACNA. PERIODO ENERO A FEBRERO 2017”**

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

PRESENTADO POR:

Jose Luis Huanca Mendoza

ASESOR:

Dr- Gilberto Manuel Calizaya Copaja

TACNA, 2017

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

Objetivo: Identificar los principales factores asociados a calidad de vida en pacientes con tuberculosis en tratamiento en la Microred Metropolitana de La Red de Salud Tacna. 2017

Material y método: Se hizo un estudio observacional analítico transversal y prospectivo se trabajó con el total de pacientes con tuberculosis atendidos en la Microred Metropolitana evaluándose la calidad de vida mediante el cuestionario respiratorio de Saint George (CRSG)

Resultados: se encontró en mayor frecuencia a pacientes en tratamiento de tuberculosis de la tercera edad, (32.4%) y la población más joven (21.6%) entre 20 a 29 años, el estado civil de conviviente (43.2%) fue más frecuente seguido de los solteros (29.7%); el 32.4% es obrero independiente seguido los están en su casa (29.7%). La calidad de vida, mostró que el 54.1% tiene buena, en el 35.1% regular y en el 10.8% pobre. La diabetes y el tener VIH son comorbilidades asociadas a la calidad de vida del paciente con tuberculosis atendidos en Microred Metropolitana de La Red de Salud Tacna. 2017.

Conclusiones: Los principales factores asociados a calidad de vida en pacientes con tuberculosis en tratamiento en la Microred Metropolitana es el nivel socioeconómico (p: 0.035) y la presencia de comorbilidades (p: 0.043)

Palabras clave: Calidad de vida, Tuberculosis.

ABSTRACT

Objective: To identify the main factors associated with quality of life in patients with tuberculosis under treatment in the Metropolitan Microrred of the Tacna Health Network. 2017

Material and method: A cross-sectional, prospective, observational study was carried out with the total number of patients with tuberculosis treated in Microrred Metropolitana. The quality of life was assessed using the Saint George's Respiratory Questionnaire (CRSG)

Results: Patients in the treatment of elderly tuberculosis (32.4%) and the younger population (21.6%) between 20 and 29 years of age were the most frequent, the civil status of the cohabiting partner (43.2%) was more frequently followed Of singles (29.7%); 32.4% are self-employed, followed at home (29.7%). Quality of life showed that 54.1% had good, 35.1% regular and 10.8% poor. Diabetes and HIV are comorbidities associated with the quality of life of patients with tuberculosis treated in Metropolitan Microrred of the Tacna Health Network. 2017.

Conclusions: The main factors associated with quality of life in patients with tuberculosis under treatment in the Metropolitan Microrred are socioeconomic status (p: 0.035) and presence of comorbidities (p: 0.043)

Key words: Quality of life, Tuberculosis.

INDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO 1.....	9
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1 Fundamentación del Problema.....	9
1.2. Formulación del problema	10
1.3 Objetivos de la Investigación	11
1.3.1 Objetivo General	11
1.3.2 Objetivos Específicos.....	11
1.4 Justificación.....	12
CAPITULO 2	13
REVISIÓN DE LA LITERATURA	13
2.1 Antecedentes de la investigación	13
2.2 Marco teórico	20
El agente etiológico.....	20
Calidad de vida.....	25
Cuestionario respiratorio de saint george (CRSG) de calidad de vida para pacientes con tuberculosis.....	28
CAPITULO 3	31
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	31
3.1 Hipótesis.....	31
3.2 Operacionalización de las variables	31
CAPITULO 4.....	35
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
4.1 Diseño	35
4.2 Población y muestra.	35
4.2.1 Criterios de Inclusión	366
4.2.2 Criterios de Exclusión.....	36
4.3 Instrumentos de Recolección de datos. (ver anexos)	36
CAPITULO 5	39
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	39
RESULTADOS.....	41

DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS	63

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida se ve afectada negativamente en la tuberculosis debido a la naturaleza progresiva de la enfermedad y las limitaciones de las opciones de acceso a un bienestar de apoyo al tratamiento disponible. Uno de los objetivos importantes del tratamiento, además del tratamiento medicamentoso, es mejorar la calidad de vida. No existen trabajos de investigación en la región que aborden este problema. El sistema sanitario solo contempla el apoyo alimentario muy limitado, pero no profundiza el abordaje adicional que significa enseñar al paciente a sobrellevar su estado.

En el presente trabajo se Identificarán los principales factores sociodemográficos, medición de la calidad de vida mediante el cuestionario respiratorio de Saint George (CRSG) de calidad de vida e identificar los factores que se asocian a esta calidad identificada en cada paciente con tuberculosis atendidos en Microred Metropolitana de La Red de Salud Tacna. 2017.

Se aplicará el modelo prospectivo y de entrevista directa con cada paciente registrado en los 5 Centros de Salud y 2 Puestos de Salud de la Microred Metropolitana (C.S. Metropolitano, C.S. Natividad, C.S. Bolognesi, C.S. Leoncio Prado y C.S. Leguía, P.S. Jesús María, P.S. Habitad).

Los resultados servirán para mejorar la estrategia de intervención en este importante grupo de paciente.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Artículo I. 1.1 Fundamentación del Problema

Hace casi 120 años, en 1882 Robert Koch identificó el agente etiológico de la tuberculosis (TB), el *Mycobacterium tuberculosis* (BK), parásito obligado humano, intracelular, también denominado bacilo de Koch y mal llamado bacilo tuberculoso. En aquel momento, la TB era la causa de muerte en uno de cada 7 fallecidos en Europa y uno de cada 3 fallecidos en edad productiva. En la actualidad, la TB continúa siendo un problema de salud mundial de dimensiones inmensas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tuberculosis (TB) es la segunda enfermedad infecciosa a nivel mundial, después del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En sus reportes esta enfermedad causa 1,5 millones de muertes y 10.4 millones de casos nuevos, se estima que las muertes pueden ser de 1,8 millones y que su incidencia incrementa en los países de bajos ingresos.

En el Perú, para el año 2012, la tuberculosis fue la segunda enfermedad infecciosa con mayor carga de enfermedad con 51 597 años saludables perdidos (AVISA), solo después de las infecciones de vías respiratorias bajas que produjeron la pérdida de 275 173 (AVISA). Según cifras oficiales del Ministerio de Salud, la incidencia acumulada (IA) de

tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP-FP) ha disminuido de 161,1 por 100 000 habitantes en 1993 hasta 58,6 por 100 000 de habitantes en 2012. Existen nueve regiones que presentan incidencias acumuladas de TBP-FP por encima del promedio nacional, entre ellas la región Tacna que presenta una IA de 90,0 por 100 000 habitantes(1), lo cual define un escenario epidemiológico de muy alto riesgo de transmisión de tuberculosis.

Adicionalmente, no contamos con un estudio de investigación que aborde las características asociados a calidad de vida del paciente que vive con tuberculosis pulmonar en la región, y se eligió la micro red de salud metropolitana debido a que la población se ubica en el centro de la ciudad, en su mayoría de un nivel socioeconómico de clase media, a los cuales se da poca importancia en comparación con distritos periféricos. Esto hace que el problema con el enfoque hacia el paciente amerite la realización de este trabajo.

Artículo II. 1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los principales factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento en la Microred Metropolitana de La Red de Salud Tacna. Periodo enero a febrero 2017?

Artículo III. 1.3 Objetivos de la Investigación

Sección 3.01 1.3.1 Objetivo General

Identificar los principales factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento en la Microrred Metropolitana de La Red de Salud Tacna. Periodo enero a febrero 2017

Sección 3.02 1.3.2 Objetivos Específicos

- a.** Identificar los principales factores sociodemográficos del paciente con tuberculosis pulmonar atendidos en Microrred Metropolitana de La red de Salud Tacna. Periodo enero a febrero 2017.
- b.** Medir la calidad de vida mediante el cuestionario respiratorio de Saint George (CRSG) de calidad de vida para pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microrred Metropolitana de La Red de Salud Tacna. Periodo enero a febrero 2017.
- c.** Identificar los principales factores sociodemográficos asociados a calidad de vida del paciente con tuberculosis atendidos en Microrred Metropolitana de La Red de Salud Tacna. Periodo enero a febrero 2017.

Artículo IV.

1.4 Justificación

La evaluación de la práctica permite a los profesionales de salud pública asignar adecuadamente los recursos para diseñar e implantar de forma efectiva las intervenciones en esta área. La evaluación de los programas de salud pública es especialmente relevante debido al interés de los sistemas sanitarios por estimar la continuidad de la asistencia, vinculando las intervenciones clínicas a las mejoras en salud pública(2). Los trabajos de investigación como el presente refuerza esa intención, sirven para mejorar las estrategias en salud pública. No hay trabajos de investigación en la región que aborden la calidad de vida del paciente con tuberculosis pulmonar, y es más, en nuestro sistema se espera iniciativas que aporten a cómo abordar el tema.

El presente trabajo aborda al grupo de pacientes de 5 centros de salud y 2 puestos de salud de La Microred de salud metropolitana de la ciudad de Tacna, los cuales se encuentran debidamente identificados y registrados en el programa de tuberculosis del Ministerio de Salud del Perú. Sus resultados servirán para determinar la línea de base para programas de estudio de calidad de vida en los servicios.

CAPITULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Artículo V. 2.1 Antecedentes de la investigación

Munayco investiga los determinantes sociales clave de la incidencia de tuberculosis (TB) en los países de América Latina y el Caribe (ALC), una zona geográfica considerada como una de las más afectadas por las desigualdades socioeconómicas en el mundo. Se llevó a cabo un estudio ecológico a nivel de país. Los datos se obtuvieron de diversas fuentes institucionales. Mediante un modelo de regresión de efectos aleatorios se exploró la relación entre varios indicadores de determinantes sociales y las tasas de incidencia de TB en 20 países de ALC durante el periodo de 1995 al 2012. A continuación, se calcularon los valores ordinarios de la brecha y el gradiente de desigualdad social en la incidencia de TB entre países en el 2000, el 2005 y el 2010. Las tendencias en la tasa de incidencia de TB se asociaban significativamente con el gasto per cápita en salud y el acceso a mejores instalaciones de saneamiento, así como con la esperanza de vida al nacer y la tasa de detección de la TB, tras ajustar para otras variables socioeconómicas, demográficas y de servicios de salud. La desigualdad absoluta y relativa en la incidencia de TB se mantuvo prácticamente inalterada: los países que se

distribuían en el 20% inferior del gasto en salud y la cobertura de saneamiento aglutinaban hasta un 40% de todos los casos nuevos de TB, a pesar de una considerable disminución de la tasa general media de incidencia de TB durante el período evaluado. Junto con la intensidad de las actividades de control de la TB (reflejada por la tasa de detección de la TB), tanto el acceso al saneamiento (reflejo de la calidad de las condiciones de vida) como el gasto per cápita en salud (ya sea como indicador del nivel de recursos o del compromiso con la atención de salud) parecen ser determinantes clave de las tendencias en la incidencia de TB en los países de ALC. Las desigualdades tanto en el gasto per cápita en salud como en el acceso al saneamiento parecen definir los gradientes inversos profundos y persistentes en la incidencia de TB entre los países de ALC(3).

Gonzales evalúa la percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de pacientes con diagnóstico de tuberculosis y la relación con su trabajo en Guadalajara México.

Materiales y métodos: Se utilizó el SF-36 y la dimensión de trabajo del Sickness Impact Profile (SIP).

Resultados: Las dimensiones del SF-36 percibidas como malas fueron rol físico, vitalidad, salud mental y percepción de la salud general. El 60 % del total manifestó que no tenía trabajo al momento del estudio.

Conclusiones: El 80 % de los pacientes estuvieron en edad productiva, por lo que además de su CVRS se afecta su ingreso familiar al dejar de trabajar, lo cual aumenta el impacto social de la enfermedad(4).

En la revisión de Chang y cols. Respecto a calidad de vida, en Maryland Estados Unidos, se detectó que en ningún estudio había reportes de cómo la enfermedad afectaba la función física; solamente se encontraron coincidencias de limitación de la misma en presencia de artritis. En cuanto al rol emocional, se reportó un solo estudio en el que 72,2 % de los pacientes estaban preocupados, frustrados o decepcionados por el diagnóstico, y 27,8 % no aceptaron inicialmente el diagnóstico, lo cual se consideró un factor de riesgo para retraso o abandono de tratamiento. El estudio concluye que la CVRS es evidentemente afectada por la tuberculosis, pero no se revisa de manera específica esta relación. La función física es la dimensión más afectada, sobre todo por el número de medicamentos que los pacientes con tuberculosis tienen que consumir y los efectos secundarios que estos provocan. La función psicológica también se ve afectada, pero en menor proporción. Y llama la atención que en cuanto a la salud general y la evolución declarada de la salud no se reportan cambios. Ahora bien, en cuanto al trabajo, la tuberculosis afecta a la capacidad de trabajar tanto durante la enfermedad como después del tratamiento, y la presencia de la persona enferma altera la dinámica familiar(5).

Lemos investiga la calidad de vida de pacientes con coinfección VIH/ tuberculosis y aprender los cambios impuestos para vivir simultáneamente con estas enfermedades transmisibles. Investigación con abordaje cualicuantitativo, realizado en consultorio externo especializado en Fortaleza, Brasil, entre 2009 y 2010, con

34 coinfectados. Para la recolección de datos fue utilizada una escala de calidad de vida, denominada HAT-QoL que posee 42 ítems y preguntas abiertas para posibilitar la percepción de los cambios frente a las enfermedades. La mayoría de los participantes tenía tuberculosis pulmonar, eran hombres, con poca escolaridad. La calidad de vida se mostró perjudicada en los dominios relacionados a las preguntas económicas, sexuales y de sigilo. Aun, fue evidenciado, que la coinfección impone cambios en el cotidiano que corroboran y amplían el compromiso de la calidad de vida. CONCLUSION: Vivenciar la coinfección, inclusive con terapéutica adecuada, produce alteraciones en la vida de los infectados, cuyas repercusiones pueden ser amenizadas con intervenciones que promuevan la salud con intervenciones que promuevan la salud(6).

Se realizó una investigación operativa con el objetivo de evaluar los indicadores de detección de tuberculosis establecidos en la Norma Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis. Se seleccionaron tres microrredes con muy alto riesgo de transmisión de tuberculosis de la región Tacna. Utilizando los libros de registro de sintomáticos respiratorios se analizaron los datos de 14 595 sintomáticos respiratorios identificados (SRI), de los cuales se examinaron (SREx) 14 486 (99,3%), del total de SREx 1,5% fueron BK (+). El promedio de baciloscopias directas por SRI fue de 2,0 y la intensidad de búsqueda (proporción de SRI entre las atenciones en > de 15 años) fue de 2,8%. Los varones tuvieron mayor probabilidad de presentar, al menos, una baciloscopía positiva que las mujeres, OR 2,0 (IC 95%: 1,5-

2,6). Se concluye que el rendimiento de la baciloscopia diagnóstica en sintomáticos respiratorios es baja(7).

Farias tuvo como objetivo investigar la calidad de vida de los clientes con tuberculosis (TB) atendidos en una unidad básica de salud (UBS) y discutir la relación entre la tuberculosis y la calidad de vida de los clientes. Se trata de un estudio con un enfoque cuantitativo. El ámbito del estudio fue una unidad de atención primaria de la Secretaría Municipal de Salud de Rio de Janeiro-Brasil. Fue utilizado, en la encuesta, el instrumento WHOQOL-bref de la Organización Mundial de la Salud. Los participantes fueron 102 clientes con tuberculosis. Los datos fueron procesados con el software SPSS for Windows, versión 17. Resultados: los clientes informaron una buena calidad de vida, que se atribuye a la adhesión al tratamiento en el Sistema Único de Salud, recibiendo medicación y orientación, con rápida mejoría clínica. Se concluyó que los clientes con TB no traen una visión negativa de su calidad de vida(8).

Miller. La tuberculosis pulmonar (PTB) puede provocar cambios anatómicos y funcionales que se asocian con deterioro pulmonar. Se completó el Cuestionario Respiratorio Saint George (SGRQ), un instrumento de calidad de vida relacionado con la salud validado para varios tipos de enfermedad pulmonar, para pacientes en los que se ha diagnosticado TBP o infección latente de tuberculosis (LTBI) en Florida Estados Unidos 2007. Medimos los cambios en el patrón de CVRS y la utilidad del SGRQ en su determinación. Los participantes con función pulmonar conocida y antecedentes de PTB o LTBI

completaron cuestionarios de HRQoL. El SGRQ fue validado para el contenido utilizando pruebas de función pulmonar y el Medical Outcomes Study cuestionario. La consistencia interna y los métodos test-retest evaluaron la fiabilidad. Se determinó la importancia de los hallazgos con un análisis de varianza unidireccional con comparaciones entre grupos. Más de 15 meses, 313 sujetos completaron el SGRQ. El SGRQ fue válido y confiable en la población del estudio (correlación intraclass, 0.927, $p < 0.01$, Cronbach alfa, 0.93). La puntuación total media para los pacientes post-tuberculosis fue significativamente mayor que la de la puntuación de LTBI (23,5 [SE, 2,2] vs 10,3 [SE, 1,0], $p < 0,001$).

Se validó el SGRQ en una población diversa microbiológicamente curado de tuberculosis y encontró una diferencia media de 13,5-U en el puntaje SGRQ entre este grupo de pacientes en comparación con pacientes que presentan factores de riesgo similares. Esta diferencia indica deterioro del impacto en pacientes con tuberculosis pulmonar. La cura microbiológica de la tuberculosis no es suficiente para evitar la pérdida crónica de la salud. (9).

Fernández llevó a cabo un estudio de casos y controles prospectivo que incluyó a 72 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar recurrente (TB) confirmada bacteriológicamente y a 201 controles sanos que acudieron a un hospital de tercer nivel en Cali Colombia 2011. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud SF-12 (versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36) para evaluar la calidad de vida (QoL) de los pacientes al inicio del tratamiento acordado estrictamente

supervisado (TAES). Los pacientes con TB tuvieron puntajes significativamente menores que los controles para la calidad de vida global ($51.1 \pm DE 22.6$) versus $75.9 (\pm DE 17.6)$, $p < 0.0001$. Los dominios más afectados fueron el físico y el psicológico. Estos resultados muestran que los pacientes con TB activa tienen dificultades en la realización de las actividades diarias y alteraciones en el estado psicológico(10).

Artículo VI. 2.2 Marco teórico

La TB es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* la cual puede afectar cualquier órgano. Sin embargo, la localización más común es a nivel pulmonar donde forma granulomas, cavidades pulmonares y genera licuefacción tisular, lo cual causa diversos cambios de tipo anatómico tanto a nivel bronquial como parenquimatoso y de tipo funcional que afecta la calidad de vida de los individuos que la padecen(11). Como mencionamos, habitualmente se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran tos con flema, algunas veces sanguinolenta, fiebre y sudoración nocturna, fatiga acentuada y progresiva, decaimiento y pérdida de peso, pudiendo llegar a la muerte si no se atiende adecuada y oportunamente.

Se asume que una enfermedad como la tuberculosis altera la calidad de vida de quienes la padecen y, en consecuencia, afecta también su trabajo, actividad esencial del ser humano.

Sección 6.01 EL AGENTE ETIOLÓGICO

La familia *Mycobacteriaceae* contiene el género *Mycobacterium* el cual agrupa bacilos débilmente grampositivos, pleomórficos, delgados, ligeramente curvos o rectos, que a veces se ramifican o forman filamentos. Son bacilos aerobios no esporuladores e inmóviles de 0,2-0,6 x 1-10mm, tienen requerimientos

nutricionales exigentes y crecimiento lento en el laboratorio. Su contenido de guanina y citosina (G+C) en el ADN es de 62 a 70 moles por 100. La pared celular es rica en lípidos, por lo que su superficie es hidrófoba; esta es la razón por la que las micobacterias son resistentes a muchos desinfectantes y a tinciones de laboratorio comunes, como las de Gram y Giemsa. Una vez teñidos, los bacilos también son refractarios a la decoloración con soluciones ácidas, de donde proviene el nombre de bacilos acidorresistentes. Sus paredes celulares son complejas y muy ricas en contenido lipídico y contienen ceras con ácidos micólicos de 60 a 90 átomos de carbono. Éstos, son ácidos grasos complejos con un hidroxilo en el carbono b y una cadena alifática ligada al carbono a. La presencia de estos ácidos micólicos y de otros lípidos por fuera de la capa de peptidoglucano hace que las micobacterias sean ácido-alcohol-resistentes; es decir: la fucsina básica no puede ser eliminada de la célula por el tratamiento con alcohol ácido. Esta propiedad desaparece cuando se extrae el lípido de membrana con etanol alcalino. Este grupo de microorganismos tiene un crecimiento exigente; la mayoría de las micobacterias se desarrollan lentamente y se dividen cada 12-24 horas. El aislamiento de micobacterias "de rápido crecimiento" requiere una incubación durante tres o más días; los microorganismos de crecimiento lento (por ejemplo *Mycobacterium tuberculosis*, *M. avium-intracellulare*) requieren hasta 3-8 semanas(12).

Patogenia

La enfermedad comienza tras la inhalación de gotitas contaminadas del aire. El foco pulmonar inicial se sitúa en los campos pulmonares medio o inferior, a cuyo nivel el bacilo tuberculoso se multiplica libremente. Al cabo de 3-6 semanas, se estimula la inmunidad celular del huésped y la multiplicación microbiana se detiene en la mayoría de los casos. Sin embargo, aproximadamente el 5% de los pacientes expuestos a *M. tuberculosis* desarrolla la enfermedad activa al cabo de dos años y un 5-10% adicional lo hará en una etapa posterior de su vida.

Los signos y síntomas clínicos de la tuberculosis dependen del foco de la infección, aunque la enfermedad primaria suele restringirse al tracto respiratorio inferior. El comienzo suele ser insidioso y se manifiesta por síntomas inespecíficos, como malestar general, pérdida de peso, tos y sudoración nocturna. La producción de esputo es escasa o bien sanguinolenta y purulenta. La expectoración y la hemoptisis suelen asociarse a tuberculosis cavitada. El diagnóstico clínico se confirma por los hallazgos radiológicos pulmonares, la positividad de las pruebas cutáneas y la detección por el laboratorio de micobacterias tras el estudio microscópico o el aislamiento del germen en el cultivo. Si se desarrolla enfermedad activa con neumonitis o formación de abscesos o cavitación, suele afectarse uno o ambos lóbulos superiores pulmonares(12).

La tuberculosis extrapulmonar se debe a la diseminación hematogena de los bacilos durante la fase inicial de su multiplicación. Los focos más frecuentes de infección son los ganglios linfáticos, la pleura y el tracto genitourinario. La tuberculosis miliar es secundaria a un foco necrótico que compromete capilares y vasos venosos, permitiendo

que un gran número de micobacterias penetren al sistema circulatorio favoreciendo de ésta manera la diseminación y siembra en un reducido período de tiempo en múltiples órganos y no suele asociarse a signos de enfermedad pulmonar.

Criterios diagnósticos de Tuberculosis

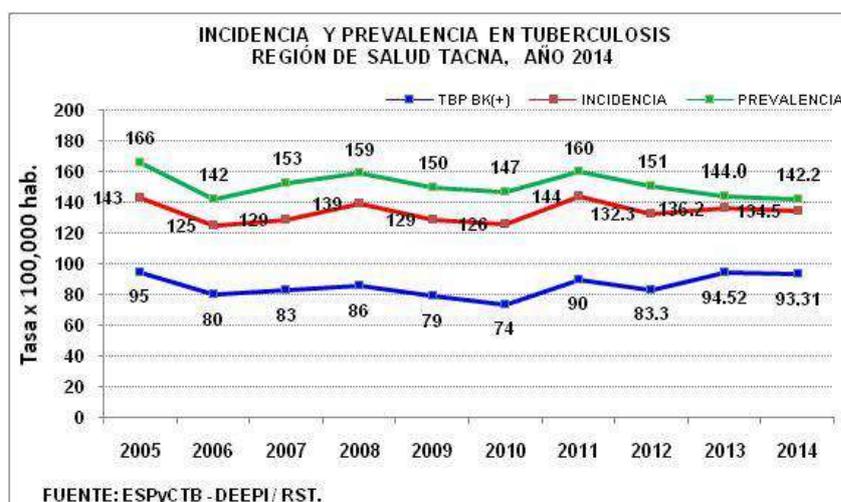
- Clínico
- Epidemiológico
- Tuberculínico
- Imagenológico
- Biopsia
- Aislamiento del bacilo

Tuberculosis Región Tacna

La tuberculosis es una enfermedad que se puede tratar y curar. La forma activa que es sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de cuatro de estos medicamentos administrada durante seis meses junto con información, supervisión y apoyo del paciente por un agente sanitario o un voluntario capacitado. Si no se proporcionan supervisión y apoyo, el cumplimiento terapéutico puede ser difícil y, como consecuencia, la infección puede propagarse. La gran mayoría de los enfermos pueden curarse a condición de que los medicamentos se tomen correctamente(13).

A nivel regional, en el año 2014 se han notificado 480 casos de tuberculosis sensible; de ellos, el 94.6% fueron casos nuevos que en gran proporción fueron diagnosticados como TB BK (+), seguida por los casos

extrapulmonar (18.8%) y TB BK (-) con un 10.2%; la tasa de incidencia de tuberculosis sensible a nivel regional es igual a **142.2 x 100,000 hab.**, en **TBP BK (+)** es **93.31 x 100,000 hab.**, siendo importante describir que ésta última tasa a través de los años presenta una disminución progresiva (2005-2012).



Por etapas de vida, la tuberculosis se presenta principalmente en los jóvenes (45.4%) y los adultos (34.2%), es decir, se encuentra presente en las edades más productivas; pero todos los grupos de edad están en riesgo aunque en menor proporción; según género los más afectados fueron las personas de sexo masculino (57.7%). Por provincias, el 98.8% de los casos corresponden a Tacna, el 1.2% restante se distribuye entre Jorge B. Grohmann (0.8%), Candarave (0.2%) y Tarata (0.2%); según distritos, 10 se encuentran en Muy Alto Riesgo: Ciudad Nueva, Alto de la Alianza, Tacna, Ticaco, Calana, Gregorio Albarracín, Pocollay, Quilahuani, Locumba y Las Yaras; 02 en Alto Riesgo: Ite y Pachía (a pesar de registrar 02 casos anuales); Inclán se encuentra en

Mediano Riesgo y 14 distritos no reportaron casos nuevos de tuberculosis(13).

Sección 6.02 CALIDAD DE VIDA

Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término.

Por otra parte, la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. El Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud estima para el 2020 que el stress sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su

consecuente riesgo suicida. Esta situación en que conviven el permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes, grandes gastos en salud junto a montos elevados de stress y enfermedades asociadas, insatisfacción en gran parte de los usuarios de los servicios de salud, lleva a cuestionarse qué pasa en nuestras sociedades, en general, y en particular qué concepto de salud y definido por quién estamos usando.

Entramos en el siglo XXI, la tecnología avanza a pasos agigantados y la medicina no es ajena a este crecimiento. Los conocimientos disponibles permitirían solucionar los problemas de alimentación de la humanidad. Sin embargo, como señaló el Encuentro Continental de Educación Médica (1994) en la Declaración de Uruguay -en una afirmación que a casi 10 años mantiene total vigencia-, "las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida, de modo de promover con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones".

En relación a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación equipo de salud-paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese otrora soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado

un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, *donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.*

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.

En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones.

CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE (CRSG) DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON TUBERCULOSIS

Se desarrolló para evaluar la calidad de vida en enfermedades respiratorias crónicas,. Debido a que el CRSG ha mostrado ser un instrumento válido, reproducible, y muy sensible para evaluar cambios después de una intervención terapéutica en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, se ha incrementado el interés de los investigadores por ampliar su uso en los diferentes países de distintas lenguas. Se validó el instrumento al lenguaje castellano, demostrando ser muy confiable, con una sensibilidad y especificidad altas. Un factor adicional, además del idioma, que puede influir en los resultados de un instrumento previamente validado es la cultura. En este sentido, la población con tuberculosis que acude a los establecimientos es muy diferente a la población hispana o anglosajona. Por no contar con un instrumento para evaluar la calidad de vida en la población peruana, decidimos probar la reproducibilidad de CRSG versión en español puesto que es un instrumento validado ya para los países latinoamericanos(16). Este instrumento se encuentra en la sección de anexos.

El cuestionario tiene la característica de ser autoaplicable. El CRSG consta de 50 reactivos donde 10 son de opción múltiple y 40 de cierto o falso. Este instrumento se divide en tres categorías:

a) Síntomas., el cual consta de ocho reactivos y se refiere a toda la sintomatología presentada debido a la patología pulmonar; entre ellos tos, producción de expectoración,

disnea o sensación de ahogo o falta de aire y sibilancias, así como duración, frecuencia y severidad de estos,

b) Actividades, que contiene 16 reactivos de opción verdadero o falso y se refiere a las actividades que se ven limitadas debido a la enfermedad.

c) Impacto, que cuenta con 26 reactivos y se refiere a otras situaciones o aspectos referentes al funcionamiento social o psicológico afectados por el o los problemas respiratorios que pueden alterar el estilo de vida del paciente.

La suma de las tres categorías nos da la calificación total de calidad de vida. A cada reactivo del cuestionario le corresponde un peso o puntaje dependiendo de la opción elegida por el sujeto y para los reactivos de cierto-falso solamente los de respuesta cierto tienen un puntaje. El cálculo del puntaje que corresponde a cada sujeto se hace por subescalas. Para el componente síntomas se suman los puntajes obtenidos de todos los reactivos de la parte 1, se dividen entre 662.5 y se multiplica por 100. En Actividades se suma el puntaje obtenido de la sección 2 y la sección 6, se divide entre 1,209.1 y se multiplica por 100. Impacto, se calcula con la suma de los puntajes de las secciones 1,3,4,5 y 7, se divide entre 2,117.8 y se multiplica por 100. El total resulta de la suma del puntaje de las tres categorías y la división de éste entre 3,989.4 multiplicado por 100. El rango de puntuación va desde 0 hasta el 100 %. Entre menor sea el porcentaje, mayor es la calidad de vida y viceversa, entre mayor sea, menor es la calidad de vida.

Factores de riesgo

Una de las razones de la persistencia de la carga de tuberculosis en el mundo es el fracaso de la labor encaminada a eliminar los principales antecedentes y factores de riesgo de la enfermedad. Entre estos últimos se encuentran el hacinamiento, el internamiento prolongado, tanto en centros penitenciarios como en instituciones sanitarias y educacionales, las deletéreas condiciones de vida (con alta prevalencia de pobre ventilación intradomiciliaria), la coinfección por el VIH, la ancianidad, el alcoholismo, la diabetes *mellitus*, la virulencia de la cepa del bacilo y la desnutrición marcada(17).

En la actualidad, no menos importantes se consideran, además, la adherencia al tratamiento antituberculoso y la multidrogorresistencia; todos estos factores, unidos al incremento de inequidades producidas por el empobrecimiento de los pueblos, con inaccesibilidad a la atención oportuna y de calidad, así como a la presencia de sistemas sanitarios débiles en muchos países, han generado grandes diferencias en la situación epidemiológica y de control de la tuberculosis entre las naciones de la región y del mundo(18).

CAPITULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

Artículo VII. 3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no se considera hipótesis

3.2 Variables

3.2.1 Calidad de vida: La Organización Mundial de la Salud en su grupo estudio de Calidad de Vida la ha definido como "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en un contexto de cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". (19)

3.2.2 Factores sociodemográficos: Es una característica del estado social de las personas, enfatiza en la diversidad de aspectos que permiten a la persona interactuar con otras personas, expresadas en dimensiones sociales como edad, sexo, estado civil, ocupación. (20)

Artículo VIII. 3.3 Operacionalización de las variables

VARIABLES	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Establecimiento	Establecimiento de	1. C.S. Metropolitano	Nominal

de salud	salud del MINSA de la Red de Salud Tacna	<ol style="list-style-type: none"> 2. C.S. Natividad 3. C.S. Bolognesi 4. C.S. Leoncio Prado 5. C.S. Leguía 6. P.S. Habidad 7. P.S. Jesús María 	
Esquema de tratamiento	Esquema del MINSA(20)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esquema 1 2. Esquema 2 3. Otro: _____ 	Nominal
Fase de tratamiento	Mes en que se encuentra recibiendo el tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fase 01 2. Fase 02 (para el esquema 01) Para los demás esquemas según corresponda : _____	Nominal
Edad	En años categorizados por ciclo de vida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor a 20 años 2. 20 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 a 49 años 5. 50 a 59 años 6. Mayor a 60 años 	Ordinal
Sexo	Género y fenotipo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino 	Nominal
Tiempo de enfermedad	Tiempo en años que padeció la enfermedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor de 6 meses 2. 6 a 12 meses 3. 12 meses a mas 	Nominal
Ocupación	Ocupación actual remunerada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ocupación 2. Trabajador independiente 3. Trabajador 	Nominal

		<p>dependiente</p> <p>4. Su casa</p> <p>5. Estudiante</p>	
Nivel socioeconómico	Estrato determinado por asistenta social del establecimiento. Escala MINSA	<p>1. No pobre</p> <p>2. Pobre</p> <p>3. Pobreza extrema</p>	Nominal
Estado civil	Condición conyugal y de convivencia actual	<p>1. Conviviente</p> <p>2. Casado</p> <p>3. Viudo</p> <p>4. soltero</p>	Nominal
Hacinamiento	N de personas / habitación	<p>1. Vive solo</p> <p>2. 1 a 2 personas por habitación</p> <p>3. 3 a 4</p> <p>4. 5 a mas</p>	Nominal
Comorbilidad	Enfermedades concomitantes	<p>1. Diabetes</p> <p>2. VIH</p>	Nominal
Recaídas	Veces de recaídas	<p>1. 1 vez</p> <p>2. 2 veces</p>	Nominal
Abandono	Abandono	<p>1. Si</p> <p>2. No</p>	Nominal
Calidad de Vida	Cuestionario respiratorio de	Se estimará como variable continua en	Nominal

	<p>Saint George (CRSG) de calidad de vida para pacientes con tuberculosis(21)</p>	<p>contraste con media del grupo. A mayor puntaje menor calidad de vida y viceversa. Se establecerá las categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buena calidad 2. Regular calidad 3. Mala calidad 	
--	---	---	--

CAPITULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Artículo IX. 4.1 Diseño

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional y transversal de corte transversal prospectivo.

Observacional.- Porque permite medir la calidad de vida que predomina en el paciente en tratamiento con tuberculosis.

Transversal.- Porque implica la obtención de la información sobre las variables de estudio en una sola oportunidad.

Prospectivo: porque levantará información de primera fuente en tiempo futuro.

Artículo X. 4.2 Población y muestra.

Se trabajó con el 100% de la población de pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento, atendidos en los establecimientos de la Microred Metropolitana.

		n
Establecimiento de Salud	C.S. Bolognesi	11
	C.S. Leguia	10
	C.S. Metropolitano	7
	C.S. Leoncio Prado	4
	C.S. Natividad	4
	P.S. Habitat	1
	P.S. Jesus Maria	0
	Total	37

Sección 10.01

4.2.1 Criterios de Inclusión

- a. Pacientes en tratamiento para tuberculosis pulmonar.
- b. De ambos sexos
- c. De todas las edades
- d. Atendido en la microred metropolitana

4.2.2 Criterios de Exclusión

- a. Paciente que no desee participar de la entrevista
- b. Pacientes que serán transferidos a otras jurisdicciones
- c. Pacientes en quimioprofilaxis
- d. Pacientes con enfermedad de EPOC, EPID, Insuficiencia cardiaca.

Artículo XI. (ver anexos)

4.3 Instrumentos de Recolección de datos.

El cuestionario de Saint George puede ser aplicado para cualquier persona, incluso a aquellos que no han sido diagnosticados de alguna enfermedad pulmonar, pero que si pueden padecerla sin darse cuenta o estar soportándola, como los pacientes con asma, TBP por ejemplo. La sociedad internacional de neumología así lo

recomienda (21). El paciente incluso puede autoaplicársela y recurrir a su médico cuando sospeche de alguno de los efectos graves finales de una enfermedad crónica como el EPOC que es el último estadio.

El CRSG El cuestionario de Saint George es un cuestionario específico, desarrollado originalmente en lengua inglesa, con pacientes de seis países: Reino Unido, Finlandia, Holanda, Italia, Tailandia, España, Ecuador Venezuela Colombia Chile Bolivia, Argentina Mexico, Nicaragua y EEUU, fue traducido al español por Ferrer y cols, en 1993 . El grupo de investigadores de la Clínica de EPOC, retomó la versión española. para la adaptación del cuestionario al español, realizada por Ferrer y colaboradores, se utilizó un método de traducción directa e inversa con varios traductores, comité de profesionales y panel de pacientes, todo esto dentro del proyecto IBERPOC (22). El cuestionario se leyó a siete sujetos con EPOC, para estar seguros que todas las frases fueran lo suficientemente claras. El cuestionario tiene la característica de ser autoaplicable. El CRSG consta de 50 reactivos donde 10 son de opción múltiple y 40 de cierto o falso. Este instrumento se divide en tres categorías:

a) Síntomas, el cual consta de ocho reactivos y se refiere a toda la sintomatología presentada debido a la patología pulmonar; entre ellos tos, producción de expectoración, disnea o sensación de ahogo o falta de aire y sibilancias, así como duración, frecuencia y severidad de estos, se suman los puntajes obtenidos de todos los reactivos de la parte 1, se dividen entre 662.5 y se multiplica por 100.

b) Actividades, que contiene 16 reactivos de opción verdadero o falso y se refiere a las actividades que se ven limitadas debido a

disnea. Se suma el puntaje obtenido de la sección 2 y la sección 6, se divide entre 1,209.1 y se multiplica por 100.

c) Impacto, que cuenta con 26 reactivos y se refiere a otras situaciones o aspectos referentes al funcionamiento social o psicológico afectados por el o los problemas respiratorios que pueden alterar el estilo de vida del paciente. Se calcula con la suma de los puntajes de las secciones 1,3,4,5 y 7, se divide entre 2,117.8 y se multiplica por 100.

La suma de las tres categorías nos da la calificación total de calidad de vida. A cada reactivo del cuestionario le corresponde un peso o puntaje dependiendo de la opción elegida por el sujeto y para los reactivos de cierto-falso solamente los de respuesta cierto tienen un puntaje.

Para determinar el grado de concordancia entre las aplicaciones se utilizó el coeficiente de correlación intraclase 0.8

CAPITULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La aplicación del instrumento de recolección de datos será de tipo cuantitativo adaptado y validado para el servicio respaldado por publicaciones existentes y juicio de expertos. Para el acopio de la información se realizará una adaptación de términos respetando la semántica de la información registrada en el servicio.

El instrumento contempla:

- Estará ajustado a los objetivos del estudio.
- Formato de registro estructurado.
- Asignación de la muestra: se trabajará con el 100% de pacientes registrados.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo del estudio se cumplirá con las autorizaciones de la Institución. Se utilizarán los registros oficiales de atención del establecimiento y validados por la institución que garantizará la confidencialidad y confiabilidad de la información.

Para el procesamiento de los datos se procederá a calificar la ficha de recolección de datos en una Matriz de datos digital, de donde se obtendrá las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el procesamiento de la información se elaboran cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentarán en tablas tabulares y con gráfico de barras con el programa SPSS versión 21. Se utilizará la prueba de chi cuadrada para contraste de variables cualitativas y determinación de factores asociados a calidad de vida con un valor p significativo menor a 0.05.

RESULTADOS

TABLA 1:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR EN TRATAMIENTO EN LA MICRORED
METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD TACNA. 2017

		n	%
Establecimiento de Salud	C.S. Bolognesi	11	29.7%
	C.S. Leguia	10	27.0%
	C.S. Metropolitano	7	18.9%
	C.S. Leoncio Prado	4	10.8%
	C.S. Natividad	4	10.8%
	P.S. Habitat	1	2.7%
	Total	37	100.0%

FUENTE: Cuestionario CRSG

En la tabla 1 Se observa La distribución de frecuencia según establecimiento de procedencia de los pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento antituberculoso en la microred Metropolitana.

Podemos observar que el 29.7% procedía del centro de salud Bolognesi seguido de un 27% del centro de salud Leguía, en tercer lugar de orden de frecuencia se encuentra el centro de salud Metropolitano con un 18.9% de los pacientes, seguido de un 10.8% del centro de salud Natividad. Sólo un paciente procedería del puesto de salud hábitat. Cabe destacar que los pacientes atendidos en esta microred proceden principalmente del cercado de Tacna; dónde se presume que la tuberculosis no podría ser un problema cuando podemos observar una gran demanda.

TABLA 2:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LAS PRINCIPALES
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN TRATAMIENTO EN LA MICRORED
METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD TACNA. 2017

		n	%
Sexo	Masculino	20	54.1%
	Femenino	17	45.9%
	Total	37	100.0%
Edad	< 20 años	2	5.4%
	29 a 29 años	8	21.6%
	30 a 39 años	7	18.9%
	40 a 49 años	5	13.5%
	50 a 59 años	3	8.1%
	60 a más	12	32.4%
	Total	37	100.0%
	Estado Civil	Conviviente	16
Casado		8	21.6%
Viudo		2	5.4%
Soltero		11	29.7%
Total		37	100.0%
Ocupación	Sin ocupación	6	16.2%
	Obrero independiente	12	32.4%
	Empleado dependiente	2	5.4%
	Su casa	11	29.7%
	Estudiante	6	16.2%
	Total	37	100.0%

FUENTE: Cuestionario CRSG

En la tabla 2 podemos observar la distribución de frecuencia según sexo, edad, estado civil y ocupación de los pacientes sujetos del presente estudio.

Podemos observar que el 54.1% era de sexo masculino y el 45.9% de sexo femenino.

Según edad, el grupo de mayor frecuencia estaba conformado por pacientes de la tercera edad, los cuales son de 60 a más años integrado por el 32.4% seguido de

un 21.6% entre 20 a 29 años, población muy joven. El 18.9% tenía entre 30 a 39 años y un 13.5% entre 40 a 49 años. Podemos observar que un gran grupo de pacientes se encuentra en la etapa de la vida de mayor actividad laboral. Asimismo se observa un 5.4% de pacientes menores de 20 años.

Según estado civil el 43.2% tenía la condición de conviviente seguido de un 29.7% la condición de soltero, el 21.6% era casado y el 5.4% viudo.

Según ocupación, el 32.4% es obrero independiente seguido de un 29.7% que tenía como principal ocupación su casa.

TABLA 3:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN NIVEL
SOCIOECONÓMICO Y HACINAMIENTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN TRATAMIENTO EN LA MICRORED
METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD TACNA. 2017

		n	%
Nivel socioeconómico	No pobre	1	2.7%
	Pobre	35	94.6%
	Pobreza extrema	1	2.7%
	Total	37	100.0%
Hacinamiento	Vive solo	2	5.4%
	1 a 2 pers. Habit.	31	83.8%
	3 a 4 pers. por hab.	4	10.8%
	Total	37	100.0%

FUENTE: Cuestionario CRSG

En la tabla 3 Se observa la distribución de frecuencia según nivel socioeconómico y condición de hacinamiento.

Podemos observar que el 94.6% estaba calificado como pobre según la calificación realizada por el establecimiento de salud mediante ficha socioeconómica oficial de evaluación social.

Se considera hacinamiento cuando la cantidad de personas por habitación es igual o mayor a 3. El 83.8% refiere que en su casa una a dos personas ocupan una sola habitación, el 10.8% tres a cuatro personas por habitación. El 5.4% vive solo.

TABLA 4:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TIEMPO DE
ENFERMEDAD, FASE DE TRATAMIENTO Y COMORBILIDADES EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN TRATAMIENTO
EN LA MICRORRED METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD
TACNA. 2017

		n	%
Tiempo de enfermedad	< de 6 meses	27	73.0%
	6 a 12 meses	9	24.3%
	> 12 meses	1	2.7%
	Total	37	100.0%
Fase de tratamiento	Fase 1	7	18.9%
	Fase 2	30	81.1%
	Total	37	100.0%
Comorbilidades	no	33	89.2%
	Diabetes	3	8.1%
	VIH	1	2.7%
	Total	37	100.0%

FUENTE: Cuestionario CRSG

En la tabla 4 Se observa la distribución de frecuencia según tiempo de enfermedad, fase del tratamiento y la presencia de comorbilidades. Así, podemos observar que el 73% tiene un tiempo de enfermedad menor de 6 meses seguido de un 24.3% entre 6 a 12 meses.

El 81.1% se encontraba ya en la fase 2 del tratamiento y el 18.9% en la fase 1 de tratamiento antituberculoso.

El 89.2% no presentaba ninguna comorbilidad pero el 8.1% presentaba el antecedente de diabetes y el 2.7% el de infección por VIH.

TABLA 5:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN TRATAMIENTO EN LA MICRORED METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD TACNA. 2017

	Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
SINTOMAS	59.39	87.50	32.50	16.00
ACTIVIDADES	40.37	100.00	12.50	18.84
IMPACTO	52.12	82.86	31.43	10.24

FUENTE: Cuestionario CRSG

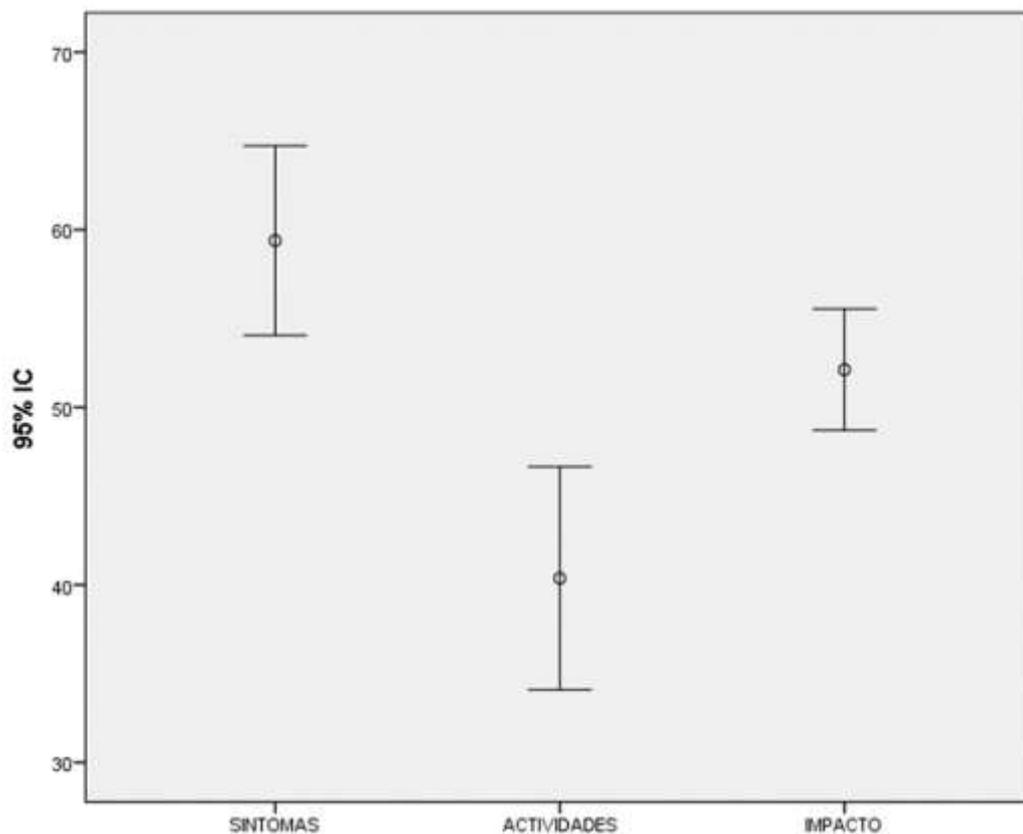


Gráfico 1: Medición de calidad de vida en pacientes con tuberculosis en tratamiento en la Microrred Metropolitana de la Red de Salud Tacna. 2017

En la tabla 5 Y gráfica 1 podemos observar los valores alcanzados mediante la aplicación del instrumento expresados en porcentajes para cada uno de las esferas evaluadas. Cabe acotar, como se expresa en metodología, que a mayor puntaje menor calidad de vida y el menor puntaje mayor calidad de vida. Los puntajes se calculan en números absolutos y se extrapolan a valores relativos en un rango de 0 a 100. En la tabla se expresan los valores promedios de estos porcentajes calculados para cada una de las esferas.

Podemos observar que la esfera más comprometida es la de los síntomas con un valor puntaje medio de 59.39 seguido la esfera de impacto con un valor alcanzado del 52,12. La esfera menos comprometida es la de las actividades.

En la Gráfica 1 se puede observar la tendencia comparativa entre las diferentes esferas. Si repitiéramos el estudio 100 veces estos resultados se repetirían en 95% de las probables muestras.

Podemos observar que existe una diferencia significativa entre los valores medios (las barras de error no se entrecruzan) dónde destaca el mayor valor alcanzado por síntomas (menor calidad de vida) y el menor valor alcanzado por la esfera de actividades (mayor calidad de vida) y esta diferencia es altamente significativa. Podemos concluir que en los pacientes con tuberculosis se puede identificar claramente las esferas a ser intervenidas en el futuro para mejorar la calidad de vida de los pacientes donde se debería priorizar en primer lugar síntomas y en segundo lugar la esfera de impacto.

TABLA 6:
NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN TRATAMIENTO EN LA MICRORED
METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD TACNA. 2017

		n	%	
CALIDAD DE VIDA	BUENA	20	54.1%	
	REGULAR	13	35.1%	
	MALA	4	10.8%	
	Total	37	100.0%	
	Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
	47.02	67.03	34.07	5.95

FUENTE: Cuestionario CRSG

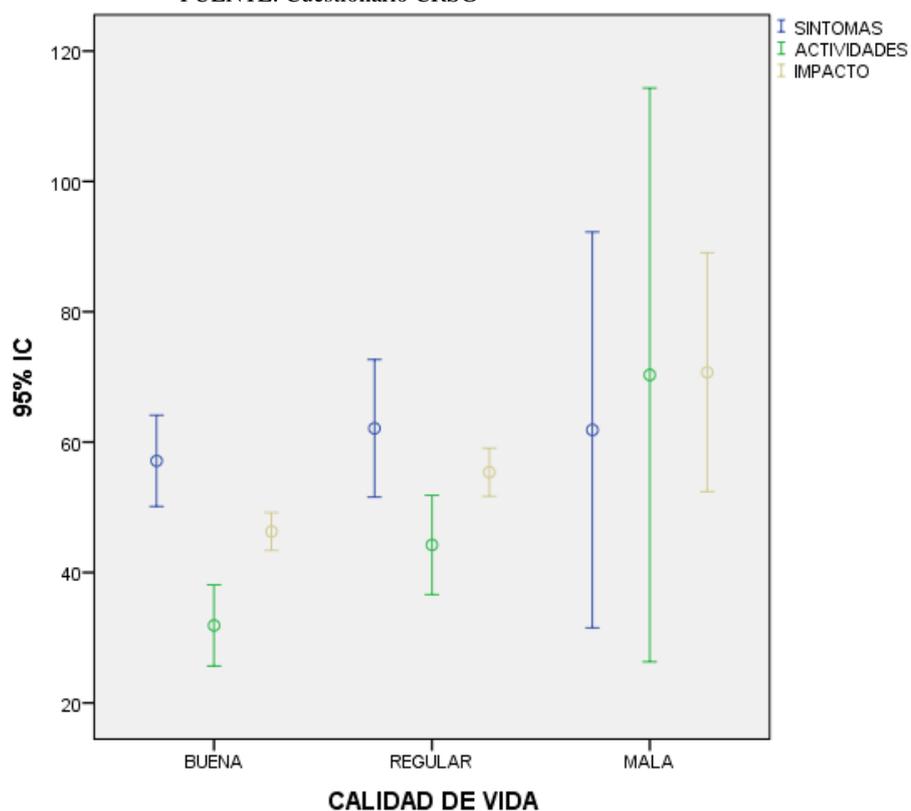


Gráfico 2: Niveles de calidad de vida general de los pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento en la Microred Metropolitana de la Red de Salud Tacna. 2017

La tabla 6 Se puede apreciar el puntaje medio alcanzado de la calidad de vida de los pacientes objeto del presente estudio este valor se obtiene sumando los puntajes de las tres esferas en cada uno de los pacientes y extrapolándolos de un intervalo del 0 al 100. El valor total alcanzado promedio fue de 47.02 observándose un valor máximo de 67.03 y un valor mínimo de 34.07. La desviación típica o desviación estándar fue baja siendo está de 5.95 (no existe mayor variabilidad entre los diferentes valores de cada paciente). Estos valores pudieron ser convertidos en tres categorías claramente identificables mediante el coeficiente de variación que permitió identificar calidad de vida buena, regular y mala. Podemos observar que el 54.1% de los pacientes manifestaron un nivel de calidad bueno seguido de un 35.1% como regular y 10.8% como mala calidad de vida.

En la Gráfica 2 Se observa con un intervalo del 95%, la comparación entre las categorías de calidad de vida y la influencia de las diferentes esferas que permitieron su cálculo. Podemos observar que en el nivel de calidad de vida buena, la esfera de los síntomas fue la esfera mayormente comprometida, característica que se repite en el grupo de regular calidad de vida. En el grupo con mala calidad la esfera de actividades aqueja a su bienestar seguido de síntomas y finalmente la esfera de Impacto.

TABLA 7:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN TRATAMIENTO EN LA MICRORED METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD TACNA. 2017

		CALIDAD DE VIDA								p:
		BUENA		REGULAR		MALA		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Establecimiento de Salud	C.S. Metropolitano	3	42.9%	3	42.9%	1	14.3%	7	100.0%	0,912
	C.S. Leoncio Prado	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	C.S. Leguía	6	60.0%	3	30.0%	1	10.0%	10	100.0%	
	C.S. Bolognesi	6	54.5%	3	27.3%	2	18.2%	11	100.0%	
	C.S. Natividad	3	75.0%	1	25.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	P.S. Habitat	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Total	20	54.1%	13	35.1%	4	10.8%	37	100.0%	

FUENTE: Cuestionario CRSG

En la tabla 7 podemos apreciar la distribución de frecuencia de calidad de vida según el establecimiento de procedencia. En el grupo de pacientes que procedía del centro de salud Metropolitano, el 14.3% manifiesta una mala calidad de vida. Proporciones similares se manifiestan en los pacientes procedentes del centro de salud Bolognesi donde el 18.2% del total manifiesta una mala calidad de vida. Aunque las proporciones son diferentes en los establecimientos respecto a la presencia de mala o regular calidad de vida está diferencias no son significativas (p: 0.912).

TABLA 8:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL Y OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN TRATAMIENTO EN LA MICRORED METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD TACNA. 2017

		CALIDAD DE VIDA								p:
		BUENA		REGULAR		MALA		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo	Masculino	11	55.0%	6	30.0%	3	15.0%	20	100.0%	0.594
	Femenino	9	52.9%	7	41.2%	1	5.9%	17	100.0%	
	Total	20	54.1%	13	35.1%	4	10.8%	37	100.0%	
Edad	< 20 años	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	0.462
	29 a 29 años	4	50.0%	3	37.5%	1	12.5%	8	100.0%	
	30 a 39 años	5	71.4%	2	28.6%	0	0.0%	7	100.0%	
	40 a 49 años	4	80.0%	1	20.0%	0	0.0%	5	100.0%	
	50 a 59 años	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%	3	100.0%	
	60 a más	3	25.0%	6	50.0%	3	25.0%	12	100.0%	
Total	20	54.1%	13	35.1%	4	10.8%	37	100.0%		
Estado Civil	Conviviente	9	56.3%	6	37.5%	1	6.3%	16	100.0%	0.571
	Casado	5	62.5%	2	25.0%	1	12.5%	8	100.0%	
	Viudo	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	Soltero	6	54.5%	4	36.4%	1	9.1%	11	100.0%	
	Total	20	54.1%	13	35.1%	4	10.8%	37	100.0%	
Ocupación	Sin ocupación	3	50.0%	3	50.0%	0	0.0%	6	100.0%	0.468
	Obrero independiente	8	66.7%	3	25.0%	1	8.3%	12	100.0%	
	Empleado dependiente	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Su casa	3	27.3%	6	54.5%	2	18.2%	11	100.0%	
	Estudiante	4	66.7%	1	16.7%	1	16.7%	6	100.0%	
	Total	20	54.1%	13	35.1%	4	10.8%	37	100.0%	

FUENTE: Cuestionario CRSG

En la tabla 8 podemos observar la distribución de frecuencia de la calidad de vida según las principales variables sociodemográficas.

Podemos observar que ninguna de estas características está asociada a la calidad de vida. podemos afirmar que no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres, los diferentes grupos de edad, el estado civil y de las diferentes ocupaciones y la probabilidad de poder tener una buena, regular o mala calidad de vida ($p > 0.05$).

Asimismo sólo podemos describir algunas características en los valores observados, dónde según sexo, en el grupo de varones el 15% manifiesta una mala calidad de vida, comparado a un 5.9% en el grupo de mujeres.

No existe mayor y diferencias según edad, estado civil y ocupación.

TABLA 9:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN
NIVEL SOCIOECONÓMICO Y HACINAMIENTO EN LOS PACIENTES
CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN TRATAMIENTO EN LA
MICRORED METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD TACNA. 2017

		CALIDAD DE VIDA								p:
		BUENA		REGULAR		MALA		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel socioeconómico	No pobre	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0,035
	Pobre	20	57.1%	12	34.3%	3	8.6%	35	100.0%	
	Pobreza extrema	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Total	20	54.1%	13	35.1%	4	10.8%	37	100.0%	
Hacinamiento	Vive solo	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%	0.312
	1 a 2 pers.por habit.	18	58.1%	10	32.3%	3	9.7%	31	100.0%	
	3 a 4 pers.por habit.	2	50.0%	1	25.0%	1	25.0%	4	100.0%	
	Total	20	54.1%	13	35.1%	4	10.8%	37	100.0%	

FUENTE: Cuestionario CRSG

En la tabla 9 se puede observar que la variable mayormente asociada a calidad de vida fue nivel socioeconómico (p: 0.035). En el grupo considerado como pobre el 8.6% refiere mala calidad de vida y en el grupo de pobreza extrema refiere esta misma condición. Esta diferencia es altamente significativa respecto al grupo No pobre o frente a las otras categorías de calidad de vida.

TABLA 10:
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN
FASES DE TRATAMIENTO Y COMORBILIDADES EN LOS
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN TRATAMIENTO
EN LA MICRORED METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD
TACNA. 2017

		CALIDAD DE VIDA								p:
		BUENA		REGULAR		MALA		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Fase de tratamiento	Fase 1	4	57.1%	3	42.9%	0	0.0%	7	100.0%	0,578
	Fase 2	16	53.3%	10	33.3%	4	13.3%	30	100.0%	
	Total	20	54.1%	13	35.1%	4	10.8%	37	100.0%	
Comorbilidades	no	19	57.6%	11	33.3%	3	9.1%	33	100.0%	0.043
	Diabetes	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%	3	100.0%	
	VIH	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Total	20	54.1%	13	35.1%	4	10.8%	37	100.0%	

FUENTE: Cuestionario CRSG

En la tabla 10 se puede observar que la variable asociada fue la presencia de comorbilidades (p: 0.043). No hubo diferencia significativa según la fase de tratamiento (p: 0.578).

Los pacientes que presentaron principalmente una mala o regular calidad de vida fueron aquellos que presentaron alguna comorbilidad. Del total de pacientes sin alguna comorbilidad en 57.6% manifestó una buena calidad de vida, estas diferencias fueron altamente significativas. Podemos afirmar que la presencia de una comorbilidad, incluso con un grupo no muy grande observado, está asociado a una mala calidad de vida.

DISCUSIÓN

Al valorar la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en la Microred Metropolitana de la Red de Salud Tacna, encontramos que a un 54.1% con buena calidad de vida lo que coincide con el trabajo realizado por Farias (8). Quien estudió la unidad de atención primaria de la Secretaría Municipal de Salud de Rio de Janeiro-Brasil. Con el instrumento WHOQOL-bref de la Organización Mundial de la Salud. Los participantes fueron 102 clientes con tuberculosis los clientes informaron una buena calidad de vida, que se atribuye a la adhesión al tratamiento en el Sistema Único de Salud, recibiendo medicación y orientación, con rápida mejoría clínica. Se concluyó que los clientes con TB no traen una visión negativa de su calidad de vida.

Gonzales(4).realiza una evaluación de la percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de pacientes con diagnóstico de tuberculosis y la relación con su trabajo. Las dimensiones del SF-36 percibidas como malas fueron rol físico, vitalidad, y percepción de la salud general. El 60 % del total manifestó que no tenía trabajo al momento del estudio. Podría decirse que aunque nosotros utilizamos un instrumento distinto al conocido SF36, (instrumento que mide la percepción de la calidad de vida en 5 dimensiones y la percepción de la salud general) puesto que el cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español se ha usado más específicamente para problemas neumológicos, nuestros resultados no coinciden con Gonzales, ya que hemos demostrado que la esfera de síntomas fue el aspecto peor percibido por el paciente con tuberculosis, además que la mayor parte de los enfermos con tuberculosis se encuentran con un nivel socioeconómico de pobreza y extrema pobreza. En otro punto tratado por Gonzales concluye que el 80 % de

los pacientes estuvieron en edad productiva, por lo que además de su CVRS se afecta su ingreso familiar al dejar de trabajar, lo cual aumenta el impacto social de la enfermedad. Si en nuestro estudio juntáramos los grupos de edad eliminando los grupos de jóvenes menores de 20 y mayores de 60 resulta que el grupo en edad productiva son los que en mayor proporción padecen de esta enfermedad (62.2%) (tabla en anexo)

También en la revisión de Chang y cols. (5). Respecto a calidad de vida El estudio concluye que la CVRS La función física es la dimensión más afectada, sobre todo por el número de medicamentos que los pacientes con tuberculosis tienen que consumir y los efectos secundarios que estos provocan. Además manifiesta que en cuanto al trabajo, la tuberculosis afecta a la capacidad de trabajar tanto durante la enfermedad como después del tratamiento, y la presencia de la persona enferma altera la dinámica familiar. Y al respecto no concordamos ya que en nuestro estudio hemos observado que la mayor frecuencia en cuanto a la ocupación, es que el 32.4% trabaja como obrero independiente, seguido de un 29.7% que manifiesta estar en su casa y un 16.2% no tiene ocupación. Pero si sumáramos estos resultados entre los estudiantes, los que hacen labores en casa y los sin ocupación pues la frecuencia sería alta por lo que estos resultados coinciden con Chang y col (5)

Con nuestros resultados también coincide Lemos (6). quien investiga la calidad de vida de pacientes con coinfección VIH/ tuberculosis y utiliza una escala de calidad de vida, denominada HAT-QoL La mayoría de los participantes tenía tuberculosis pulmonar, eran hombres, con poca escolaridad, fue evidenciado, que la coinfección impone cambios en el cotidiano que corroboran y amplían el compromiso de la calidad de vida. Vivenciar la coinfección, inclusive con terapéutica adecuada, produce alteraciones en la vida de los infectados, cuyas repercusiones pueden ser amenazadas con intervenciones que promuevan la

salud. En nuestro estudio solo encontramos con un paciente que cursaba ambas enfermedades y resultó que su nivel de calidad de vida fue mala.

Nuestros resultados a comparación del estudio que hizo Miller (9), sobre calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar, difiere, puesto que en dicho estudio hubo deterioro del impacto en sus pacientes en cuanto a calidad de vida, tal no es el caso en el nuestro, ya que la esfera que estuvo más comprometida es la de síntomas con un puntaje de 59.39.

Para finalizar, nuestros resultados muestran que la mayor cantidad de casos de tuberculosis pulmonar se presenta en la población económicamente activa, estos resultados muestran la percepción del paciente en tratamiento antituberculoso con un instrumento que midió aspectos de la salud específicamente con problemas respiratorios.

CONCLUSIONES

- a) La mayor parte de los pacientes en tratamiento de tuberculosis pulmonar fueron pacientes de la tercera edad, (32.4%) y la población más joven (21.6%) entre 20 a 29 años, el estado civil de conviviente (43.2%) fue más frecuente seguido de los solteros (29.7%); el 32.4% es obrero independiente seguido los que solo están en su casa (29.7%).
- b) La calidad de vida, mediante el cuestionario respiratorio de Saint George (CRSG) para pacientes con tuberculosis pulmonar, nos mostraron que en la Microrred Metropolitana de La Red de Salud Tacna. 2017, fue en el 54.1% buena, en el 35.1% regular y en el 10.8% pobre. donde la esfera más comprometida fue la de los síntomas.
- c) Los principales factores asociados a calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento en la Microrred Metropolitana es el nivel socioeconómico (p: 0.035) y la presencia de comorbilidades (p: 0.043).
- d) La diabetes y el tener VIH son comorbilidades asociadas a la calidad de vida del paciente con tuberculosis pulmonar atendidos en Microrred Metropolitana de La Red de Salud Tacna. 2017.

RECOMENDACIONES

Al evidenciar que la esfera más afectada de la calidad de vida es la de los síntomas, se recomienda la realización de pruebas al inicio durante y después del tratamiento así como promover programas de rehabilitación física.

Priorizar intervenciones integrales de manejo de comorbilidades e incluir a los pacientes con tuberculosis en rango de pobreza y extrema pobreza como beneficiarios a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis.

Promover el desarrollo de trabajos de tipo longitudinales para valorar la calidad de vida en diferentes momentos del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VALDEZ, W.; MIRANDA, J. MINISTERIO DE SALUD. Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología, 2014.
2. Patrick Chaulk C, Kazandjian VA, Vallejo Gutiérrez P. Evaluación en salud pública: lecciones aprendidas de la gestión de la tuberculosis pulmonar. *Gac Sanit* [Internet]. agosto de 2008 [citado 22 de febrero de 2017];22(4):362-70. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112008000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Munayco CV, Mújica OJ, León FX, Granado M del, Espinal MA. Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. septiembre de 2015 [citado 22 de febrero de 2017];38(3):177-85. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1020-49892015000800001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. González Baltazar R, Lupercio Heredia A, Hidalgo Santacruz G, Cortés L, Graciela S, Estrada S, et al. Health related quality of life and work in patients with tuberculosis in Guadalajara, (Mexico). *Rev Salud Uninorte* [Internet]. enero de 2013 [citado 22 de febrero de 2017];29(1):13-21. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522013000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Chang B, Wu A, Hansel N, Diette G. Quality of life in tuberculosis: A review of the English language literature. *Quality of Life Research* 2010; 13: 1633-1642.
6. Lemos L de A, Feijão AR, Gir E, Galvão MTG. Quality of life aspects of patients with HIV/tuberculosis co-infection. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 22 de febrero de 2017];25(SPE1):41-7. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002012000800007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Roque-Henríquez J, Catacora-López F, Hilasaca-Yungas G, Romaní-Romaní F. Evaluation of tuberculosis detection indicators in a region with high risk of transmission in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. septiembre de 2015 [citado 22 de febrero de 2017];32(3):504-8. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342015000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=es

8. Farias heila NP de. La calidad de vida de clientes con tuberculosis en el contexto de la atención básica. 21 de julio de 349d. C.; Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

9. 1: Pasipanodya JG, Miller TL, Vecino M, Munguia G, Bae S, Drewyer G, Weis SE. Using the St. George respiratory questionnaire to ascertain health quality in persons with treated pulmonary tuberculosis. *Chest*. 2007 Nov;132(5):1591-8. Epub 2007 Sep 21. PubMed PMID: 17890471.

10. Fernández-Plata M del R. Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes. Un estudio de casos y controles. febrero de 2011; Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn111g.pdf

11. Di Naso FC. Functional evaluation in patients with pulmonary tuberculosis sequelae [Internet]. 2011 [citado 22 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173511511000236>

12. De la Parte-Pérez M, Hurtado MP, Rivera M. Tuberculosis en el Nuevo Milenio. *Rev Fac Med* [Internet]. julio de 2001 [citado 22 de febrero de 2017];24(2):104-19. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0798-04692001000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13. Dirección Ejecutiva de Epidemiología – Dirección Regional de Salud Tacna [Internet]. 2017 [citado 22 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/portal/index.php/default_templates/epi/

14. Serón S P, Riedemann G P, Sanhueza A, Doussoulin S A, Villarroel A P. Validación del Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica en pacientes chilenos con limitación crónica del flujo aéreo. *Rev Médica Chile* [Internet]. noviembre de 2003 [citado 22 de febrero de 2017];131(11):1243-50. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872003001100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15. McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A guide to Ratings Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press 1987; 3-31.

16. Aguilar Estrada G. Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español, en pacientes mexicanos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 13 de junio de 2000;

17. Organización Panamericana de la Salud. *Plan Regional de Tuberculosis, 2006-2015*. Washington, DC: OPS; 2006.p. 8. [Internet]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001200002

18. García R, I L, Legró G, M K, Paez Candelaria Y, Zapata B, et al. Factores de riesgo asociados a la tuberculosis en Santiago de Cuba durante el quinquenio 2007-2011. MEDISAN [Internet]. diciembre de 2016 [citado 23 de febrero de 2017];20(12):2456-63. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192016001200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Martha Nussbaum y Amartya Sen, ed. (1993). *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press
20. <http://cuidadodelafamiliayeladulto.weebly.com/factores-sociodemograficos.html>
21. ST George [Internet]. 2017 [citado 23 de febrero de 2017]. Disponible en:
<http://www.fundacionneumologica.org/asma/asma/sangeorge2.htm>
22. Aguilar Estrada, Ma. Guadalupe; Sotelo Malagón, Ma. del Carmen; Lara Rivas, Adriana Gabriela; García Flores, Ángeles; Sansores Martínez; Raúl H.; Ramírez Venegas, Alejandra. Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George. Vol. 13, No. 2 Abril - junio 2000 87. edigraphic.com

ANEXOS

Instrucciones:

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y cómo le afectan a su vida. Usamos el cuestionario para saber qué aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas.

Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No use demasiado tiempo para decidir las respuestas.

Recuerde que necesitamos que responda a las frases solamente cuando este seguro (a) que lo (a) describen y que se deba a su estado de salud.

NOMBRE DEL PACIENTE (iniciales):

Establecimiento de Salud al que pertenece:

Historia Clínica No: _____

EDAD: _____

SEXO: Masculino () Femenino ()

Tiempo de enfermedad: _____ meses

Ocupación:

1. Sin ocupación
2. Obrero independiente
3. Empleado dependiente
4. Su casa
5. Estudiante

Esquema de tratamiento

1. Esquema 1
2. Esquema 2
3. Otro: _____

Mes de tratamiento: _____mes

Fase de tratamiento:

1. Fase 01
2. Fase 02

(Para el esquema 01)

Para los demás esquemas según corresponda: _____

Número de recaídas: _____

Abandono al tratamiento: _____

Estado civil

1. Conviviente
2. Casado
3. Divorciado/separado
4. Viudo
5. soltero

Nivel socioeconómico

1. No pobre
2. Pobre
3. Pobreza extrema

Hacinamiento

1. Vive solo
2. 1 a 2 personas por habitación
3. 3 a 4
4. 5 a mas

Comorbilidad

1. Diabetes
2. VIH

CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE (CRSG)

A continuación, algunas preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante el último año. **Por favor, marque una sola respuesta en cada pregunta.**

1. Durante el último año, he tenido tos

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

2. Durante el último año, he sacado flemas (sacar gargajos)

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

3. Durante el último año, he tenido falta de aire

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

4. Durante el último año, he tenido ataques de silbidos (ruidos en el pecho).

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

5. Durante el último año ¿cuántos ataques por problemas respiratorios tuvo que fueran graves o muy desagradables?

- Más de tres ataques
- Tres ataques
- Dos ataques
- Un ataque
- Ningún ataque



6. ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (si no tuvo ningún ataque serio vaya directamente a la pregunta No. 7)

- Una semana o más
- De tres a seis días
- Uno o dos días
- Menos de un día

7. Durante el último año ¿cuántos días a la semana fueron buenos? (con pocos problemas respiratorios)

- Ningún día fue bueno
- De tres a seis días
- Uno o dos días fueron buenos
- Casi todos los días
- Todos los días han sido buenos

8. Si tiene silbidos en el pecho (bronquios), ¿son peores por la mañana? (si no tiene silbidos en los pulmones vaya directamente a la pregunta No. 9)

- No
- Sí

Parte 2

Sección 1

9. ¿Cómo describiría usted su condición de los pulmones? **Por favor, marque una sola de las siguientes frases:**

- Es el problema más importante que tengo
- Me causa bastantes problemas
- Me causa pocos problemas
- No me causa ningún problema

10. Si ha tenido un trabajo con sueldo. **Por favor marque una sola de las siguientes frases:** (si no ha tenido un trabajo con sueldo vaya directamente a la pregunta No. 11)

- Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar
- Mis problemas respiratorios me dificultan mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo
- Mis problemas respiratorios no afectan (o no afectaron) mi trabajo

Sección 2

11. A continuación, algunas preguntas sobre otras actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. **Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo usted está actualmente:**

	Cierto	Falso
Me falta la respiración estando sentado o incluso descansando.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando me lavo o me visto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar dentro de la casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar de subida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al hacer deportes o jugar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3

12. Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración. **Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted actualmente:**

	Cierto	Falso
Me duele al toser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me canso cuando toso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando hablo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando me agacho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La tos o la respiración interrumpen mi sueño.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fácilmente me agoto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. A continuación, algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. **Por favor, marque todas las respuestas a cómo está usted en estos días:**

	Cierto	Falso
La tos o la respiración me apenan en público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No espero que mis problemas respiratorios mejoren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona insegura o inválida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer ejercicio no es seguro para mí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier cosa que hago me parece que es un esfuerzo excesivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 5

14. A continuación, algunas preguntas sobre su medicación. (Si no está tomando ningún medicamento, vaya directamente a la pregunta No. 15)

	Cierto	Falso
Mis medicamentos no me ayudan mucho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me apena usar mis medicamentos en público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis medicamentos me producen efectos desagradables.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis medicamentos afectan mucho mi vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 6

15. Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. **Por favor, marque cierto si usted cree que una o más partes de cada frase le describen si no, marque falso:**

	Cierto	Falso
Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No me puedo bañar o, me tardo mucho tiempo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camino más despacio que los demás o, tengo que parar a descansar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o, tengo que parar a descansar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir más despacio o parar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si corro o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, caminar de subida, cargar cosas subiendo escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar boliche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, escarbar en el jardín o en el campo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 7

16. Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios afectan normalmente su vida diaria. **Por favor, marque cierto si aplica la frase a usted debido a sus problemas respiratorios:**

	Cierto	Falso
No puedo hacer deportes o jugar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo salir a distraerme o divertirme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo salir de casa para ir de compras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo hacer el trabajo de la casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo alejarme mucho de la cama o la silla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A continuación, hay una lista de otras actividades que sus problemas respiratorios pueden impedirle hacer (no tiene que marcarlas, sólo son para recordarle la manera cómo sus problemas respiratorios pueden afectarle)

Ir a pasear o sacar al perro

Hacer cosas en la casa o en el jardín

Tener relaciones sexuales

Ir a la iglesia o a un lugar de distracción

Salir cuando hace mal tiempo o estar en habitaciones llenas de humo, visitar a la familia o a los amigos, o jugar con los niños

POR FAVOR, ESCRIBA AQUÍ CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD IMPORTANTE QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE IMPIDAN HACER:



Anexos

GRUPOS DE EDAD SEGÚN NIVELES DE CALIDAD DE VIDA

		CALIDAD DE VIDA								p:
		BUENA		REGULAR		MALA		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad	JOVENES (MENORES DE 20)	2	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	5.4%	0,087
	ADULTOS (20 A 59)	15	75.0%	7	53.8%	1	25.0%	23	62.2%	
	ANCIANOS (60 A MÁS)	3	15.0%	6	46.2%	3	75.0%	12	32.4%	
	Total	20	100.0%	13	100.0%	4	100.0%	37	100.0%	