

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**Percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el centro de salud El Agustino, noviembre - diciembre 2015.**

**Tesis para optar por el título profesional de Médico  
Cirujano**

**Luis Gustavo Loayza Adrianzen**

**Autor de Tesis**

**Dr. Jhony De La Cruz Vargas**

**Director de Tesis**

**Magdiel José Manuel Gonzales Menéndez**

**Asesor de Tesis**

**Lima, Perú**

**2016**

## **DATOS GENERALES**

- **Título del Proyecto**

Percepción de la calidad de vida en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud El Agustino, Noviembre – Diciembre 2015.

- **Nombre del Autor**

Luis Gustavo Loayza Adrianzen

- **Nombre del asesor**

Mg. Magdiel José Manuel Gonzales Menéndez

- **Línea de Investigación**

Ciencias Clínicas

- **Lugar de Ejecución**

Centro de Salud El Agustino.

## **Agradecimiento**

A Dios por permitirme llegar a este momento y poderlo compartir con mi familia.

A Luis y Clarita, mis abuelitos, por inculcarme valores en vida y por protegerme siempre desde el cielo.

## **Dedicatoria**

A Rosa, mi madre, por su constante apoyo y dedicación que nos brinda a mi hermana y a mí. Por esos días que si no dormía por un examen, ella se amanecía conmigo. Por esperarme siempre con un plato de comida caliente luego de un turno en el hospital.

A Emy, mi novia, por estar a mi lado en los buenos momentos pero sobre todo por aquellos en los que las cosas no salen como uno desea. Por el amor incondicional y su siempre consejo asertivo.

A Alessandro, mi pequeño hijo, por esa sonrisa que me motiva cada día y por sus ocurrencias que me hacen feliz.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la calidad de vida de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud El Agustino teniendo en cuenta sus dos componentes (físico y mental).

**METODOLOGI:** Estudio descriptivo, prospectivo. Se incluyeron un total de 80 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en la segunda fase del tratamiento del Centro de Salud el Agustino. Se aplicó el cuestionario SF-36 y una ficha de recolección de datos. Puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud,

**RESULTADOS:** La edad promedio de los participantes fue  $38.07 \pm 15.7$ , siendo más frecuente el sexo masculino (56.25%), En el componente físico de la calidad de vida el dolor corporal tuvo el mayor puntaje (89.2) y la salud general un puntaje malo (23.05). En el componente mental de las cinco dimensiones obtuvieron un puntaje positivo, siendo la función emocional quién obtuvo el mayor puntaje con 72.

**CONCLUSION:** Globalmente la calidad de vida en pacientes con tratamiento antituberculoso fue buena. En relación a las dimensiones individualmente la percepción de la salud general fue bajo.

## SUMMARY

To determine the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis in second phase of tuberculosis treatment in the Health Center El Agustino considering two (physical and mental) components.

**Methodology:** descriptive, prospective study. A total of 80 patients with a diagnosis of pulmonary tuberculosis in the second phase of the treatment of the Augustinian Health Center. The SF-36 and a data collection sheet was applied. Higher or lower than 50 scores indicate better or worse health,

**RESULTS:** The average age of 15.7 + fue38.07 participants, most frequently males (56.25%), in the physical component of quality of life bodily pain had the highest score (89.2) and overall health score bad (23.05). In the mental component of the five dimensions they obtained a positive score, the emotional function being who obtained the highest score with 72.

**CONCLUSION:** Overall quality of life in patients with TB treatment was good. In relation to the dimensions individually perceived general health was low.

## INDICE

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION .....	9
1.1 Planteamiento del Problema: .....	9
1.2 FORMULACIÒN DEL PROBLEMA .....	10
1.3 JUSTIFICACION .....	11
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION .....	12
1.4.1 General: .....	12
1.4.2Específicos: .....	12
CAPITULO II: MARCO TEORICO .....	13
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION .....	13
2.2. BASES TEORICAS.....	20
CAPITULO III: VARIABLES.....	27
3.1 VARIABLES E INDICADORES.....	27
CAPITULO IV: METODOLOGIA .....	30
4.1 TIPO DE INVESTIGACION .....	30
4.2 METODO DE INVESTIGACION.....	30
4.3 POBLACION Y MUESTRA.....	30
4.3.1 Población de estudio .....	30
4.3.2 Tamaño de la muestra.....	30
4.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión .....	30
4.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE    DATOS.....	31
4.4.1Instrumento de recolección de datos .....	31
4.5 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN:.....	32
4.6 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS .....	33
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION .....	34
5.1 RESULTADOS .....	34
5.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	44
Conclusiones Y Recomendaciones .....	46
CONCLUSIONES .....	46
RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA .....	48
ANEXOS .....	51



## CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

### 1.1 Planteamiento del Problema:

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa de gran impacto en la salud de las personas, considerada hasta la actualidad como un problema de salud pública; la misma que trae consigo devastadoras consecuencias no solo en la salud, sino también a nivel social y económico, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), entre 1995 y 2014, se han notificado un total de 78 millones de casos acumulados y 66 millones de los pacientes fueron tratados con éxito. En 2014, 6,3 millones de casos de tuberculosis fueron notificados por las autoridades nacionales de los programas contra la tuberculosis (PNT) y notificados a la OMS. <sup>1</sup>

En el Perú anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, somos uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas; la emergencia de cepas resistentes han complicado las actividades de prevención y control, en los últimos dos años en el país se han reportado más de 1500 pacientes con tuberculosis multidrogo resistente (MDR) por año y alrededor de 80 casos de tuberculosis extensamente resistente (XDR) por año.<sup>2</sup>

La tuberculosis es considerada un problema epidemiológico en nuestro país que no solo afecta a nivel físico, sino también emocional y social debido a sus características por ser una patología de largo

tratamiento implica compromiso y constancia para obtener una curación adecuada; debido a la limitación física que se presenta sobretodo en la primera etapa del tratamiento y en los casos de fármaco resistencia, lo cual disminuye la capacidad laboral de los pacientes que se refleja a su vez en menos ingresos económicos para ellos y sus familias; todos estos factores causan un deterioro de la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad que se puede prolongar hasta después de terminar el tratamiento.

Se han realizado escasos trabajos sobre la percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar y más aún en pacientes que se encuentran en segunda fase de tratamiento. Dado que el centro de salud El Agustino, atiende un número importante de pacientes con tuberculosis pulmonar y que consecuentemente administra tratamiento bajo la estrategia del tratamiento directamente observado se hace necesario realizar el presente estudio.

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de percepción de la calidad de vida en los pacientes con tuberculosis pulmonar que están en la segunda fase de

tratamiento anti tuberculoso en el centro de salud El Agustino en  
Noviembre- Diciembre 2015?

### 1.3 JUSTIFICACION

Al tener el Perú una alta prevalencia de tuberculosis pulmonar, es necesario realizar un estudio que valore la calidad de vida de los pacientes con esta patología para enfocar los programas de intervención mediante una red de soporte social integral dirigidos a las verdaderas necesidades, valorando no sólo el aspecto físico, sino también social y emocional, para llegar a conclusiones claras que orienten las acciones no sólo a nivel local, sino que puedan ser extrapoladas en forma general buscando incrementar la adherencia al tratamiento, disminuir el abandono y así mejorar la tasa de curación siendo este un elemento fundamental para cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.

En el Perú, Lima registra aproximadamente más del 70% de casos de tuberculosis sensible, de los cuales el mayor porcentaje se encuentra en Lima Ciudad y Lima Este, lugar donde se encuentra localizado el Centro de Salud El Agustino, uno de los establecimientos que atiende un conglomerado importante de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

Es importante recalcar que hay pocos trabajos realizados a nivel nacional para conocer la calidad de vida de los pacientes con

tuberculosis a pesar de la alta incidencia de esta enfermedad en nuestro país y principalmente en Lima Este.

## 1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

### 1.4.1 General:

1.4.1.1 Evaluar la percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud El Agustino, Noviembre – diciembre 2015.

### 1.4.2 Específicos:

1.4.1.2 Determinar las características demográficas de los pacientes con TB pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud El Agustino, Noviembre- Diciembre 2015.

1.4.1.3 Determinar el componente físico en la percepción de la calidad de vida en pacientes con TB pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud El Agustino, Noviembre 2015.

1.4.1.4 Determinar el componente mental en la percepción de la calidad de vida en pacientes con TB pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud El Agustino, Noviembre 2015.

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

**Brown y col**, señalan que la tuberculosis (TB) es una causa importante de morbilidad mundial, sin embargo, hay poca información en cuanto a su

impacto en la calidad de la condición de vida y la salud. Esto es sorprendente dado las implicancias para la atención al paciente, la evaluación de nuevos tratamientos o estrategias de prevención, así como la política de salud. Por otra parte, no existe un instrumento específico validado para Tuberculosis que mida el estado de salud y la calidad de vida, y por lo tanto se han empleado una amplia y no estandarizada gama de herramientas de evaluación. Los estudios realizados hasta la fecha han elegido una serie de diferentes poblaciones de comparación, y en muchas zonas endémicas de tuberculosis existe una falta de datos normativos en relación con el estado de salud de la población general. Evaluaciones sistemáticas de la calidad de vida se necesitan con urgencia en grupos específicos, incluyendo aquellos con tuberculosis extrapulmonar, enfermedad resistente a los medicamentos, la coinfección por VIH y la infección tuberculosa latente, y en niños con TB; También se requiere la evaluación de la discapacidad después del tratamiento.<sup>31</sup>

**Mamani y col,** realizaron un estudio en Irán, donde evaluaron la calidad de vida, incluyendo la fisiológica, la percepción de la salud general y el rol social que funciona entre los pacientes con tuberculosis. El estudio llevado a cabo fue transversal analítico, se llevó a cabo entre diciembre de 2009 y marzo de 2011, los puntajes de calidad de vida de 64 casos de tuberculosis se midieron mediante cuestionario SF-36 antes del tratamiento, después de la fase inicial y al final del tratamiento y se compararon con los de 120 controles. Se asoció

la calidad de vida con la edad, el tipo de tuberculosis, esputo, la duración de la enfermedad, y la etapa de tratamiento se evaluaron en los pacientes.

Antes del tratamiento, todos los puntajes de los pacientes con tuberculosis fueron inferiores a los de los controles ( $p < 0,05$ ). La puntuación de los pacientes aumentó significativamente después de dos meses de tratamiento ( $p = 0,01$ ), pero la diferencia no fue significativa entre dos y seis meses después del tratamiento ( $p = 0,07$ ). La puntuación más baja en los pacientes con tuberculosis se relaciona con el funcionamiento físico y energía ( $45 \pm 42$ ,  $44 \pm 24$ , respectivamente).<sup>32</sup>

**Mohammed Suleiman y col**, realizaron un estudio en Sudan que tuvo como objetivo responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de percepción de la enfermedad y la calidad de vida entre los pacientes con tuberculosis ?. Se utilizó un diseño descriptivo. Pacientes con tuberculosis con baciloscopia positiva recién diagnosticado registradas en el estado de Gezira en 2010 ( $n = 425$ ) constituyeron la población de estudio. Las percepciones de la enfermedad fueron medidas utilizando el cuestionario breve de las percepciones de la enfermedad. La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) se evaluó por medio del cuestionario de forma corta de 12 ítems (SF-12). Encontrándose que los pacientes tenían relativamente pobre calidad física y mental de vida. La Identidad, las consecuencias, el control de personal y las representaciones emocionales se asociaron con una mala calidad de vida física, mientras que la preocupación por la enfermedad se asoció con mala calidad mental de la vida. Concluyéndose que las

percepciones de la enfermedad de los pacientes con tuberculosis pueden influir en su adherencia al tratamiento. La mala calidad de vida de los pacientes con tuberculosis en los diferentes ámbitos de la calidad de vida , tales como las actividades diarias y el trabajo, exigen programas para fortalecer la información de tuberculosis, educación y asesoramiento.<sup>33</sup>

**Unalan D y col,** realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida en pacientes ambulatorios con tuberculosis activa e inactiva, y estudiar las relaciones entre la calidad de vida y las características demográficas y socio-culturales y las variables relativas a la enfermedad y la depresión.

Se Incluyó en el presente estudio a 196 casos activos y 108 casos inactivos que asistieron al Programa de tuberculosis dentro de un período de un año, más de 196 controles sanos. En este estudio, se utilizaron los cuestionarios SF 36 de calidad de vida y el Inventario de depresión de Beck. Se determinó que en todos los campos de la Calidad de Vida, las puntuaciones del grupo de control fueron más altas que los de los grupos de pacientes. Los puntajes de calidad de vida en las dimensiones de funcionalidad física y social de los casos inactivos fueron más altos que en los casos activos ( $p < 0,001$ ). La calidad de vida se correlacionó negativamente con la edad y el Inventario de depresión de Beck, mientras que se correlacionó positivamente con el ingreso mensual, período de sueño todos los días y el período de tratamiento ( $p < 0,05$ ). En los casos de tuberculosis inactivos, como en los casos de tuberculosis activos, la calidad de vida se deforma y las características culturales, socio demográfica, la depresión, el período de sueño todos los

días, período de tratamiento y las enfermedades que acompañan son factores que afectan la calidad de vida.<sup>34</sup>

**Bauer M y col**, realizaron un estudio donde se comparó la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entre las personas diagnosticadas y tratadas por tuberculosis, las personas tratadas por infección latente de tuberculosis, y las personas examinadas, pero no tratadas por enfermedad de la tuberculosis. Los participantes fueron reclutados en dos hospitales de Montreal (2008-2011), y completaron la versión Short Form-36 2 (SF-36) al inicio del estudio, y 1, 2, 4, 6, 9, y 12 meses después. Encontrándose que los participantes tratados por enfermedad tuberculosa reportaron puntuaciones medias significativamente peores al inicio del estudio en comparación con los participantes control (puntuaciones medias PCS: 50,0 vs. 50,7; puntuaciones medias MCS: 46,4 vs. 51,1), con una mejoría en las puntuaciones medias de MCS en todo el período de estudio. Concluyéndose que la enfermedad tuberculosa se asocia con disminuciones en la CVRS medida por el SF-36. Esto es más pronunciado durante las semanas después del diagnóstico y tratamiento de iniciación, pero ya no es evidente después de dos meses.<sup>35</sup>

**Vinaccia y col**, realizaron un estudio sobre la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social percibido en 60 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar entre los 18 a 70 años de edad de ambos géneros inscritos en el programa de control y prevención de tuberculosis de Antioquia, Colombia. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el Cuestionario SF36 y el apoyo social funcional fue evaluado mediante el

Cuestionario DUKEUNK Indicando que la muestra tuvo una calidad de vida buena y muy poco apoyo o respaldo social.<sup>36</sup>

**Chang B y col,** en el 2004, realizaron un estudio de revisión sistemática de la literatura médica publicada. Un total de 1972 artículos; 60 artículos cumplieron los criterios de inclusión y fueron revisados. Encontrándose que los pacientes con síntomas somáticos han sido bien estudiados, pero no había estudios de los efectos sobre el funcionamiento físico o percepciones generales de salud. Los pacientes tienden a estar preocupado, frustrado o decepcionado por su diagnóstico, pero no se sabe cómo se afectan los cambios emocionales de salud con el tratamiento. Pacientes diagnosticados tienen menos probabilidades de encontrar trabajo, y menos capaces de trabajar y cuidar a sus familias. TB crea la mayor carga financiera sobre los pobres. En los países en desarrollo, los pacientes y sus familias están condenados al ostracismo por la sociedad y las familias a veces aíslan los pacientes; el grado de estigma social de la tuberculosis en los países desarrollados es desconocido. Concluyéndose que ha habido relativamente poca investigación sobre la calidad de vida en pacientes con tuberculosis y aún menos en los países desarrollados. Una mejor comprensión puede ayudar a mejorar los regímenes de tratamiento, la adherencia al tratamiento, y el funcionamiento y el bienestar de las personas con TB.<sup>37</sup>

**Kibrisli y col,** realizaron un estudio con el propósito es determinar la gravedad de la ansiedad social en un grupo de pacientes con tuberculosis pulmonar, incluyendo a pacientes que fueron dados de alta recientemente de

hospital con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar 94 pacientes y 99 controles sanos que tenían características demográficas similares que se han incluido en el estudio. Un psiquiatra entrevistó a todos los participantes y un formulario de entrevista semiestructurada, que fue preparado por los autores, la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), y Short Form-36 se les administró a los mismos. Encontrándose que los pacientes con tuberculosis pulmonar mostraron mayores niveles de evasión en el desempeño social que los sujetos controles sanos. Además se Informaron puntuaciones de calidad de vida más bajas en todas las dimensiones. Los pacientes con tuberculosis pulmonar parecen experimentar mayores niveles de ansiedad social y el miedo asociado de exclusión social que se suman a su peor calidad de vida durante los meses anteriores de su enfermedad. Entre ellos el miedo a la exclusión social está relacionado con la gravedad de la enfermedad percibida. <sup>38</sup>

**Gonzales y col,** Evaluaron la percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de pacientes con diagnóstico de tuberculosis y la relación con su trabajo. Se utilizó el cuestionario SF-36 y la dimensión de trabajo del Sickness Impact Profile (SIP), encontró que fueron malos el rol físico, vitalidad, salud mental y percepción de la salud general. Sin embargo el 60% no tenía trabajo, el 80% se encontraban en edad reproductiva en el momento del cuestionario.<sup>39</sup>

**Fernández y col,** realizó un estudio 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. 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 acortado estrictamente supervisado (TAES). Los pacientes con TB tuvieron puntajes significativamente menores que los controles para la calidad de vida global ( $51.1 \pm \text{DE } 22.6$ ) versus  $75.9 (\pm \text{DE } 17.6)$ ,  $p < 0.0001$ . 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.<sup>41</sup>

## 2.2. BASES TEORICAS

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones, sin embargo puede afectar a cualquier órgano de nuestro cuerpo. Es curable y prevenible.

### **HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS<sup>6</sup>**

De las enfermedades infecciosas, la TB ha sido una de las causantes de mayor morbi mortalidad, afectando a diferentes civilizaciones a lo largo de la historia. Hoy en día, la TB continua siendo una enfermedad peligrosa, ya que el bacilo de Koch, luego de su exposición a drogas de los esquemas de tratamiento ha mutado, ocasionando el origen de la TB multidrogorresistente (TB-MDR), y la TB extremadamente resistente (TB-XDR) que ha complicado

la lucha contra este mal sobre todo en los países con mayores índices de pobreza. También debemos considerar agravantes a esta situación como el aumento de la drogadicción, la violencia, el incremento de casos de VIH - SIDA y migración de la población hacia las ciudades.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, esas personas están infectadas por el bacilo pero no han enfermado ni pueden transmitir la infección.<sup>1</sup>

La TB es la enfermedad de etiología infecciosa con mayores tasas de morbimortalidad<sup>7</sup>. No obstante, a nivel mundial y en nuestro continente ha disminuido la tasa de incidencia y se espera alcanzar las metas planteadas por el Plan Global para detener la TB en el quinquenio (2011 – 2015)<sup>8</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) encontró que para el año 2009 hubo: 9,4 millones de nuevos casos, una prevalencia estimada de 14 millones de casos, 1,3 millones de muertes en personas no infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y 380 000 muertes en personas VIH positivas. Se observó que la distribución de casos no es homogénea, ya que el 85% de los casos ocurren en países en vías de desarrollo.<sup>9</sup>

Según la estadística del Ministerio de Salud, durante el año 2013 se registraron 31 mil casos de TB en la forma sensible; 1,260 casos de TB multidrogoresistente (MDR) y 66 casos de TB extremadamente drogorresistente (XDR).<sup>10</sup>

La Tuberculosis afecta a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 15 y 54 años, resaltando que los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos. En 1990 solo 25% de los servicios del Ministerio de Salud desarrollaban actividades de diagnóstico y tratamiento para Tuberculosis, para el año 2006 se garantizó el acceso al diagnóstico y tratamiento gratuito para todas las personas con TB y TB MDR. En la actualidad, aproximadamente el 60% de los casos se concentran en Lima y Callao y en el interior del país las regiones con mayor tasa de incidencia son: Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto e Ica.<sup>11</sup>

## **FISIOPATOLOGIA<sup>1</sup>**

La tuberculosis se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.

Al toser se generan aerosoles de pequeñas partículas líquidas (gotas de Flügge), en cuyo interior se encierran uno o dos bacilos. Al evaporarse queda tan sólo el núcleo de bacilos que permanece flotando en el medio ambiente y se desplaza con las corrientes de aire pudiendo ser aspirado por otras personas.

Las partículas de tamaño superior a 10  $\mu\text{m}$  quedan retenidas en la barrera mucosa de las vías respiratorias superiores y son eliminadas por el sistema defensivo mucociliar, pero las de menor tamaño (entre 1 y 5  $\mu\text{m}$ ) tienen la capacidad de llegar hasta los alvéolos y desencadenan la primoinfección. El

único reservorio relevante de *M. tuberculosis* causante del mantenimiento de la pandemia es el ser humano infectado, mediante la transmisión aérea.<sup>12</sup>

Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen a lo largo de la vida un riesgo de enfermar de tuberculosis de un 10%. Sin embargo, este riesgo es mucho mayor para las personas cuyo sistema inmunitario está dañado, como ocurre en casos de infección por el VIH, malnutrición o diabetes, o en quienes consumen tabaco.

Cuando la forma activa de la enfermedad se presenta, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etcétera) pueden ser leves durante muchos meses. Como resultado de ello, en ocasiones los pacientes tardan en buscar atención médica y transmiten la bacteria a otras personas. A lo largo de un año, un enfermo tuberculoso puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho. Si no reciben el tratamiento adecuado, hasta dos terceras partes de los enfermos tuberculosos mueren.

### **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD**

La Calidad de Vida se define como la “percepción adecuada y correcta que tiene una persona de sí misma en su contexto cultural, sobre la sensación de su bienestar físico, mental y social en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Depende en gran medida de los valores y creencias propias. Tiene como indicadores objetivos (indicadores sociales) y subjetivos (percepciones o estimaciones). Posteriormente se introduce el concepto de Calidad de Vida Relacionada a la Salud como la manera de evaluar la percepción subjetiva del individuo de la influencia que tiene la condición de su salud en su vida. Luego en 1993 Patrick y Erickson lo definen como una “medida en la que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función a la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, secuelas, tratamiento y políticas de salud. Luego Schumaker y Naughton en 1996 la definen como la “percepción subjetiva influenciada por

el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes del individuo”, finalmente Shipper y col. La define como el “efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre el paciente, tal como es percibido por el paciente”.<sup>27</sup> Como se observa, los conceptos tienen en común que es la percepción del paciente, es decir totalmente subjetiva, además que se ha influenciado por la condición clínica y finalmente que el paciente percibe que lo limita tanto en lo físico, social y psicológico.

El concepto de calidad de vida tiene un carácter subjetivo, especialmente a nivel individual, lo cual implica diferentes construcciones de significados que pueden ser reflejados en la idiosincrasia de agrupaciones o comunidades, por lo cual se hace imprescindible en salud identificar las variables biológicas, sociales y psicológicas determinantes de la percepción de calidad de vida tanto a nivel individual como colectivo. Para poder evaluar la calidad de vida debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica, lo cual sitúa a la promoción de salud en un plano multidisciplinario e intersectorial.<sup>28</sup>

En el 2015 se realizó un metaanálisis de once estudios donde se evaluó la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente según género, encontrando que en algunas dimensiones el puntaje era mayor en los hombres, estadísticamente significativo como en las dimensiones de “actividad física y salud”; “estado de ánimo y sentimientos”. Sin embargo en la dimensión de “vida familiar y el tiempo libre” no se encontró diferencia según el género. Finalmente en la dimensión “apoyo social y amigos” junto a “entorno familiar” se presentan mejores puntajes en el sexo femenino.<sup>29</sup> Por lo que es necesario contar con este factor en nuestro estudio debido a la alta incidencia de tuberculosis en pacientes jóvenes en nuestro país con predominio del sexo masculino.

A pesar de que la morbilidad de la tuberculosis tanto como la de los pacientes con VIH se ha reducido sin embargo ambas enfermedades tienen

repercusiones psicosociales que involucran la culpa, miedo, vergüenza y discriminación que podrían impedir alcanzar los objetivos trazados por estos individuos.

### **CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36**

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

Dicho cuestionario tiene 36 preguntas que valoran estados positivos y negativos de la salud. Se originó después de valorar varios cuestionarios que empleaban 40 conceptos en relación a la salud, seleccionando el mínimo de conceptos para mantener la validez. Este cuestionario tiene 8 escalas o dimensiones que son frecuentemente empleados para evaluar la enfermedad, salud y el tratamiento. Estas escalas son: Función física, Rol físico, Dolor Corporal, Salud general, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

Hay dos versiones en cuanto el periodo recordatorio, el estándar (4 semanas) y aguda (1 semana). Está dirigido a personas mayores de 14 años, pudiendo ser auto administrado o mediante una entrevista. El Cuestionario original fue concebido en Estados Unidos, pero se siguió un protocolo para la traducción

mediante la adaptación internacional del cuestionario original con El  
International Quality of Life Assessment

Dimensión	No. Ítems	Peor puntuación (0)	Mejor puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor Corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud General	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Ítem de Transición de la salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año.	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año.

## CAPITULO III: VARIABLES

### 3.1 VARIABLES E INDICADORES

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala	Indicadores	Valores	Categoría o Unidad de medición
Edad	Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento de la persona.	Años cumplidos	Cuantitativo	Discreta	Tiempo en años	Nº de años	Años cumplidos
Sexo	Característica fenotípica de la persona	Condición orgánica masculina o femenina	Cualitativa	Dicotómica	Tipo de sexo	Sexo	Masculino Femenino
Estado civil	Condición del paciente en relación al código civil.		Cualitativa	Politómica	Tipo de estado civil	Estado civil	Casada (o) Conviviente Soltera (o) Divorciada (o) Viuda (o)
Grado de instrucción	Grado de estudios de una persona	Último año aprobado con respecto al año escolar	Cualitativa	Politómica	Nivel de grado de instrucción	Nivel de instrucción	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universitaria

Función física	Grado en el que falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria,	Percepción de la limitación física del paciente con respecto a su enfermedad	Cuantitativa	discreta	Puntaje global de 10 preguntas del cuestionario FS-36	Valor numérico	0 a 100
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias,	Percepción de cómo la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias,	cuantitativa	discreta	Puntaje global de 04 preguntas del cuestionario FS-36	valor numérico	0 a 100
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar	Percepción de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo y actividades	Cuantitativa	discreta	Puntaje global de 02 preguntas del cuestionario FS-36	Valor numérico	0 a 100
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	Percepción del estado de salud, actual y a futuro.	Cuantitativa	Discreta	Puntaje global de 05 preguntas del cuestionario FS-36	Valor numérico	0 a 100

Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al cansancio y desánimo30	Percepción del Sentimiento de energía y frente al cansancio	Cuantitativa	Discreta	Puntaje global de 04 preguntas del cuestionario FS-36	Valor numérico	0 a 100
Función Social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual30	Percepción de como los problemas de salud interfieren en la vida social	Cuantitativa	Discreta	Puntaje global de 02 preguntas del cuestionario FS-36	Valor numérico	0 a 100
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias,	Percepción de los problemas emocionales y como afectan el trabajo y actividades diarias	Cuantitativa	Discreta	Puntaje global de 03 preguntas del cuestionario FS-36	Valor numérico	0 a 100
Salud mental	Valoración de la salud mental general	Percepción de la salud mental	Cuantitativa	Discreta	Puntaje global de 05 preguntas del cuestionario FS-36	Valor numérico	0 a 100
Transición de salud	Condición de salud actual en relación a condición previa	Percepción de salud actual en relación a condición previa	Cuantitativa	Discreta	Puntaje de pregunta del cuestionario FS-36	Valor numérico	0 a 100

## CAPITULO IV: METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE INVESTIGACION

Descriptivo, observacional, transversal.

### 4.2 METODO DE INVESTIGACION

No experimental.

### 4.3 POBLACION Y MUESTRA

#### 4.3.1 Población de estudio

La población objeto de investigación estará constituida por todos los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar que tomen tratamiento específico, segunda fase de tratamiento, atendidos en el Centro de Salud El Agustino.

#### 4.3.2 Tamaño de la muestra

Considerando el número de pacientes atendidos con diagnóstico de tuberculosis pulmonar es de **100** anuales, con un margen de error del 5%, con un nivel de confianza del 95% y variabilidad del 50% se calcula un tamaño muestral de 80 pacientes.

#### 4.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

##### 4.3.3.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar sensible en segunda fase de tratamiento antituberculoso.
- Pacientes mayores de 18 años.

##### 4.3.3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar con tratamiento diferente al esquema sensible.

- Pacientes con abandono al tratamiento.
- Pacientes con alguna alteración de salud física o mental que no permita responder al cuestionario propuesto.

#### 4.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

##### 4.4.1 Instrumento de recolección de datos

Se utilizará una ficha de recolección de datos para recolectar datos de filiación de los pacientes, a ésta se anexará la encuesta de salud Short Form 36 (SF-36) misma que fue diseñada para uso del Medical Outcomes Study, MOS (Estudio de Resultados Médicos) en Estados Unidos a inicio de la década de los 90's y que resulta de gran utilidad para evaluar la calidad de vida de la población ya sea en forma general o en grupo que presentan alguna patología. Como su nombre lo indica está compuesta por 36 preguntas y valora ocho ejes que son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Aunque se recomienda su auto administración, también se acepta que sea aplicada por un encuestador, metodología que incluiremos en esta investigación debido a posibles equivocaciones en la interpretación de las preguntas y respuestas, ya que a pesar de que se utilizará la versión en español existen términos que deberán ser explicados para

una adecuada comprensión y para que se puedan obtener datos confiables.

#### 4.5 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN:

El estudio se realizó previo trámite administrativo para obtener la autorización y facilidades pertinentes para realizarlo.

En un primer momento se realizó una visita al Centro de Salud El Agustino para realizar las coordinaciones previas y obtener el número de pacientes pertenecientes al programa que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Posteriormente se aplicó la ficha de recolección de datos y el cuestionario SF-36 a cargo del investigador. Previamente los pacientes firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio, asignándole un número de ficha.

El SF-36 es un instrumento genérico que contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud y proporcionan un perfil de este. Sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud, para cada dimensión; los ítems son codificados y transformados en una escala desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

Todos los procedimientos del presente estudio tratan de preservar la integridad y los derechos fundamentales de los pacientes sujetos a investigación, de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación médica se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos.

#### 4.6 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Una vez obtenida la información se procesaron los datos con el programa Excel 2010, se realizó el análisis univariado a través de frecuencias y gráficos como barras y pasteles.

Mediante el cuestionario SF-36, se evaluó la percepción de la calidad de vida de los pacientes, se obtuvo la media, mínimos y máximos de cada una de las dimensiones de los componentes físicos y mentales de la calidad de vida.

## CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

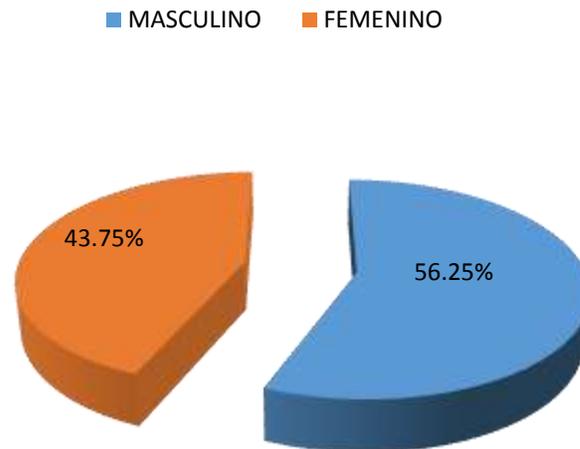
### 5.1 RESULTADOS

**Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso**

<b>EDAD</b>		<b>%</b>
<b>Media</b>	38.07 ( $\pm$ 15.7)	
<b>SEXO</b>		
<b>FEMENINO</b>	35	43.75
<b>MASCULINO</b>	45	56.25
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
<b>PRIMARIA</b>	5	6.25
<b>SECUNDARIA INCOMPLETA</b>	23	28.75
<b>SECUNDARIA COMPLETA</b>	44	55
<b>UNIVERSITARIA</b>	8	10
<b>ESTADO CIVIL</b>		
<b>SOLTERO</b>	26	32.5
<b>CASADO</b>	15	18.75
<b>CONVIVIENTE</b>	38	47.5
<b>VIUDO</b>	1	1.25
<b>ENFERMEDADES ASOCIADAS</b>		
<b>HIV</b>	7	8.75
<b>HTA</b>	2	2.5
<b>DM2</b>	3	3.75
<b>NINGUNA</b>	68	85

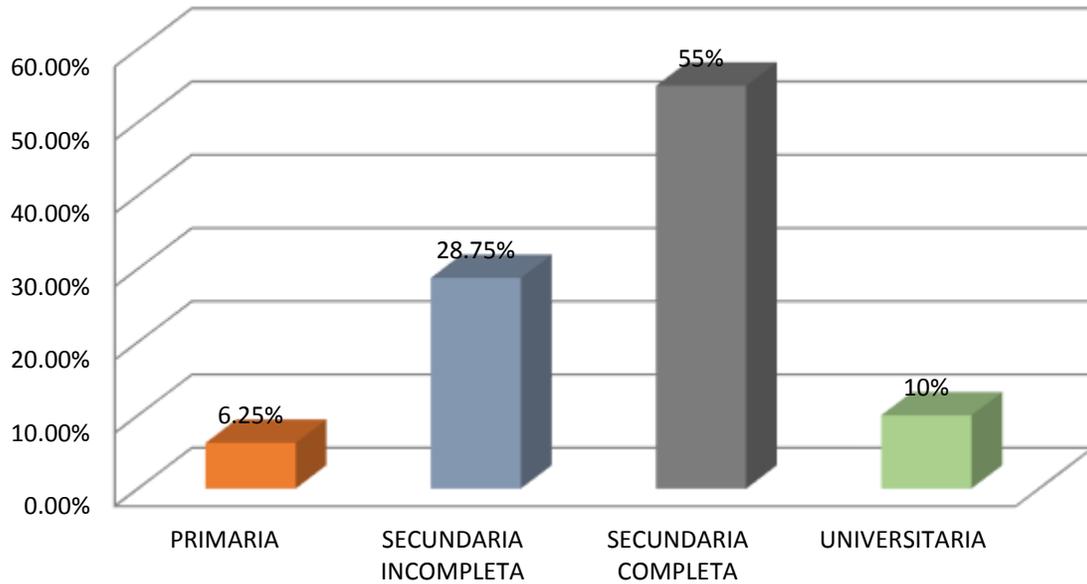
El total de pacientes que fueron incluidos en el estudio fueron 80, la edad media de los pacientes estudiados fue de 38.07  $\pm$ 15,7 años, comprendidos entre 19 a 49 años, la mayoría (56,25%) fueron de sexo masculino. La mayoría de pacientes tiene como grado de instrucción secundaria completa con un 55%, el estado civil más frecuente fue conviviente con un 47,5%, solo un 15% tenía una enfermedad asociada siendo la más frecuente el HIV (Ver tabla 1, gráficos 1, 2, 3)

**GRAFICO 1. DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN SEGUNDA FASE DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO**



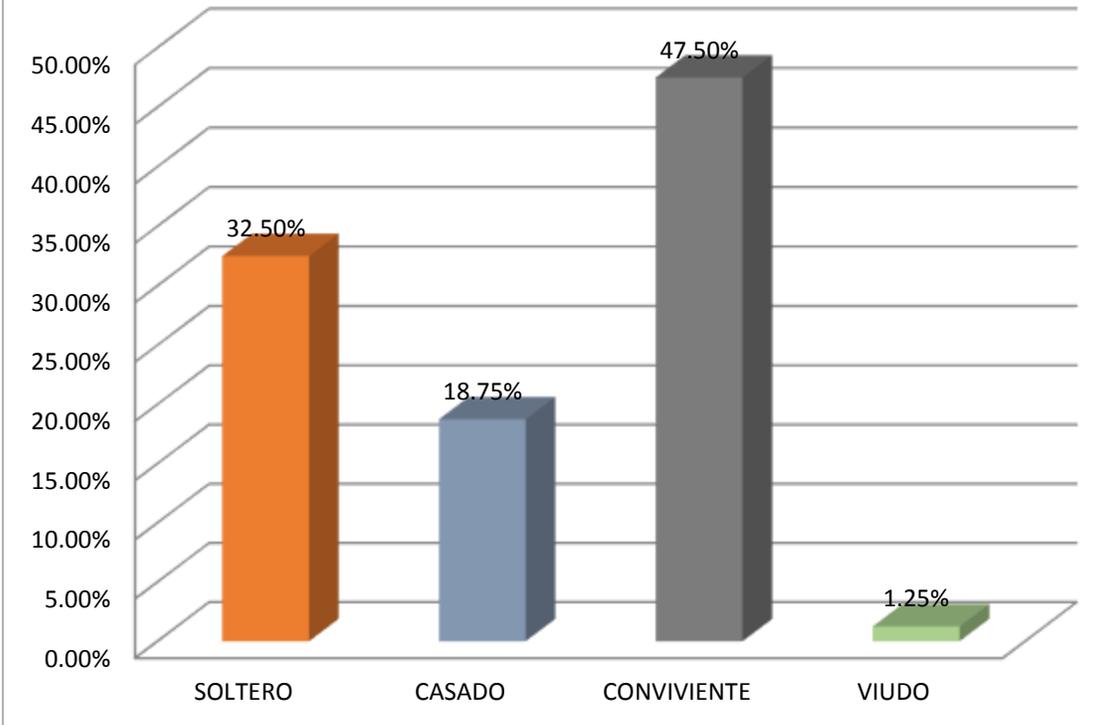
El 56.23% fueron del sexo masculino.

**GRAFICO 2. DISTRIBUCION POR GRADO DE INSTRUCCION DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN SEGUNDA FASE DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO**



El 55% tienen secundaria completa.

**GRAFICO 3. DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN SEGUNDA FASE DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO**



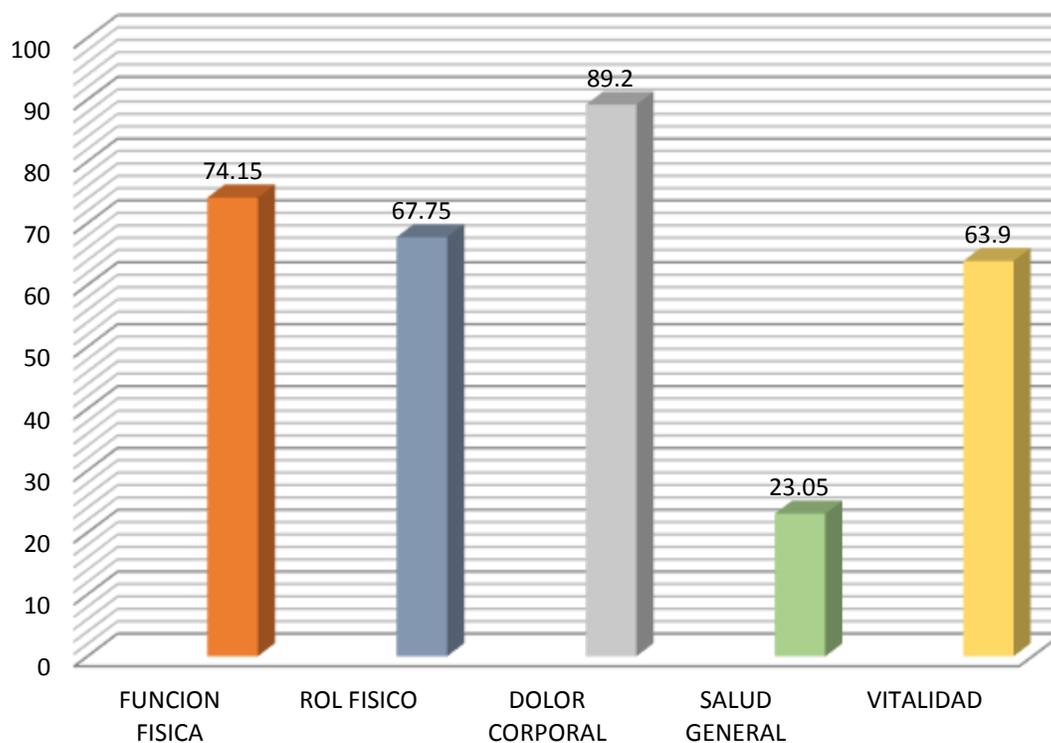
El 47.50% tienen estado civil: convivientes

**Tabla 2. Componente físico de la percepción de calidad de vida de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso**

<b>COMPONENTES FISICO</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>MEDIA</b>
<b>FUNCION FISICA</b>	45	85	74.15
<b>ROL FISICO</b>	25	75	67.75
<b>DOLOR CORPORAL</b>	40	100	89.2
<b>SALUD GENERAL</b>	10	55	23.05
<b>VITALIDAD</b>	25	85	63.9

En relación al componente físico de la calidad de vida en general se obtuvo valores altos, la dimensión con mayor puntaje fue el relacionado con el dolor corporal (89.2) lo que indica que los pacientes tuvieron poca interferencia en sus actividades de trabajo y del hogar, de las 5 dimensiones la percepción general fue la única que obtuvo un puntaje negativo con 23.05 que indica una percepción mala tanto de su estado de salud actual como a futuro (Ver tabla 2 y gráfico 4).

**GRAFICO 4. COMPONENTE FISICO DE LA PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN SEGUNDA FASE DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO**



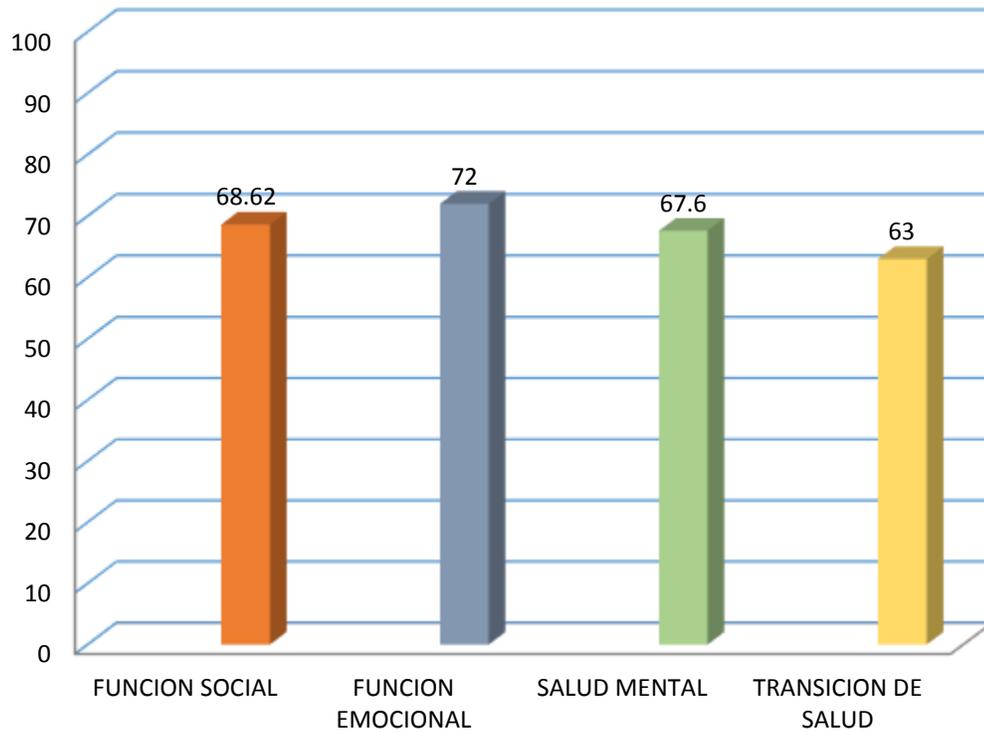
El 23.05% presentan niveles negativos sobre su salud en general

**Tabla 3. Componente Mental de la percepción de calidad de vida de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso**

<b>COMPONENTES MENTALES</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>MEDIA</b>
<b>FUNCION SOCIAL</b>	32.5	90	68.62
<b>FUNCION EMOCIONAL</b>	33.3	100	72
<b>SALUD MENTAL</b>	32	88	67.6
<b>TRANSICION DE SALUD</b>	25	100	63

En relación al componente mental de la calidad de vida las cinco dimensiones no se evidenciaron niveles negativos, siendo la función emocional quién obtuvo el mayor puntaje con 72 (Ver tabla 3 y gráficos 6).

**GRAFICO 6. COMPONENTE MENTAL DE LA PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN SEGUNDA FASE DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO**



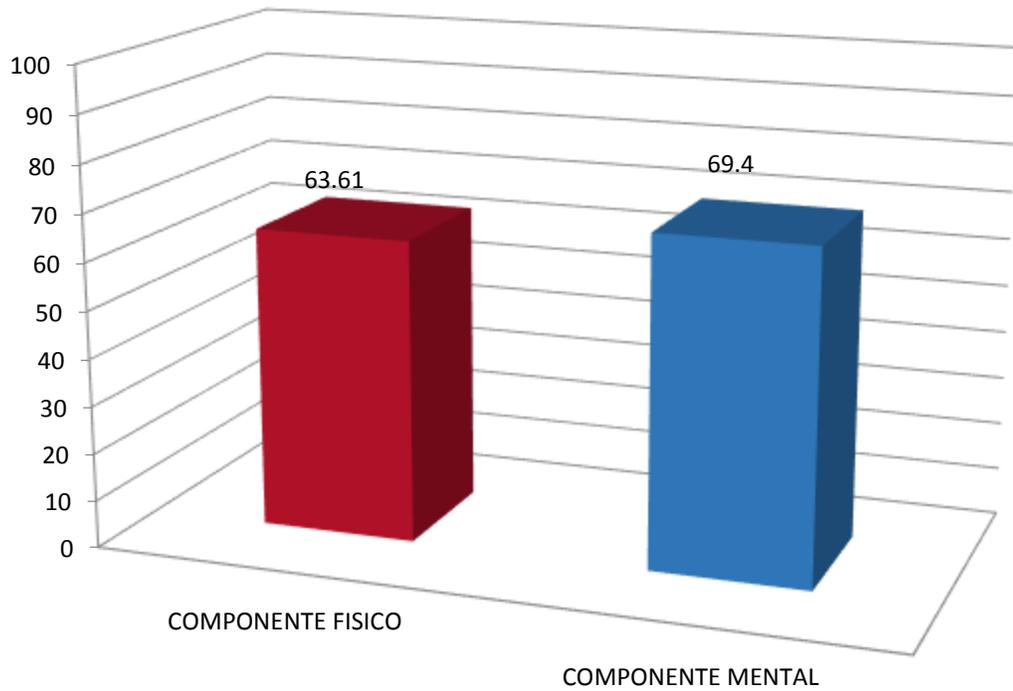
La función emocional es la de mejor nivel.

**Tabla 4. Promedio de Componentes de la percepción de calidad de vida de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso**

<b>COMPONENTES CALIDAD DE VIDA</b>	
<b>FÍSICO</b>	63.61
<b>MENTAL</b>	69.4

Ambos componentes de la calidad de vida tanto físico como mental tuvieron resultados positivos, teniendo el mayor puntaje el componente mental con 69.4. (Ver tabla 4 y gráfico 8)

**GRAFICO 8. PROMEDIO DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN SEGUNDA FASE DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO**



El componente mental obtuvo mayor puntaje.

## 5.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La mayor cantidad de casos de tuberculosis pulmonar se presenta en la población económicamente activa entre los 15 a 54 años<sup>11</sup>, nuestro promedio de edad 38.07 que concuerda con la estadística conocida.

En esta revisión de la literatura, no se identificó ningún instrumento específico para evaluar la calidad de vida en pacientes con Tuberculosis Pulmonar.<sup>31</sup>

En nuestro estudio encontramos como resultado relevante que de manera global los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar que se encuentran tomando la segunda fase del esquema sensible tienen una buena percepción de la calidad de vida.

La mayor parte de los estudios han encontrado que la percepción de calidad de vida es muy pobre al inicio de tratamiento y se incrementa conforme avanza el mismo <sup>32,34,35,41</sup>. Se ha tomado como población objetivo a pacientes en la segunda fase de tratamiento específico explicaría el encontrar puntajes positivos promedios en ambos componentes de la percepción de la calidad de vida por lo que se infiere que los resultados dependen del momento de la evaluación.

Si nos centramos en la dimensiones de manera individual hallamos resultados muy variados tuvieron resultados con puntaje negativo el rol físico<sup>39,31</sup>, vitalidad<sup>39,32</sup>, salud mental<sup>39</sup>, percepción de la salud general<sup>39</sup>, función física<sup>32</sup> y en otros estudios fueron más altos las dimensiones de función física y social<sup>34,36</sup>

Hemos encontrado que a pesar que el promedio de los componentes de la calidad de vida fueron puntajes positivos, la única dimensión con resultado malo fue la percepción de la salud general con un puntaje de 23,05; esto podría explicarse por la idiosincrasia de la población de nuestro medio que a pesar valorar las otras

dimensiones como positivas globalmente no se siente bien y evalúa su salud como mala y piensa que empeorará en el futuro.

Si el estudio realizado no es de tipo comparativo o caso-control, el ministerio de Salud publicó el año 2013 un estudio donde evaluó un índice de calidad de vida la población peruana en general con el cuestionario de Mezzich, de un valor que va de 0 a 10, encontró un índice de  $7.63 \pm 1,33$ , este cuestionario integral es similar al SF-36; si comparamos este resultado con el resultado que se encontró en nuestro trabajo cuyos rangos de resultados son de 0 a 100 podemos decir que tenemos un índice 6,36 6,91 para el componente físico y mental respectivamente; estos valores son menores que los promedio lo que va en relación al efecto de la enfermedad en la percepción de la persona<sup>42</sup>.

## Conclusiones Y Recomendaciones

### CONCLUSIONES

1. La percepción de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar que se encuentran en la segunda fase del tratamiento e bueno de manera global.
2. El puntaje global del componente físico de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar que se encuentran en la segunda fase del tratamiento fue 63.61.
3. El puntaje global del componente mental de la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar que se encuentran en la segunda fase del tratamiento fue 69.4.
4. De todas las dimensiones evaluadas con el cuestionario SF-36 sólo la percepción de salud general tuvo un puntaje negativo con 23.05.

## RECOMENDACIONES

1. Se debería aplicar a todos los pacientes que ingresen al programa de Tuberculosis el cuestionario para medir su percepción de la calidad de vida, lo que permitiría manejar integralmente al paciente (físico y mental) y si fuese necesario brindar apoyo psico-emocional lo que traería mejores resultados del tratamiento y al curso clínico de la enfermedad.
2. Desarrolla trabajos tipo longitudinales para valorar la calidad de vida en diferentes momentos del tratamiento, incluyendo post tratamiento debido a la alta incidencia de sintomáticos respiratorios por pulmón secuelar post Tuberculosis en nuestro medio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata? [Internet]. Ginebra: OMS; c2014 [citado el 1 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/08/es/>
2. Salud, M. d. (2015, 02 de Noviembre). *Vigilancia de tuberculosis*. Lima: Dirección General de Epidemiología.
3. (2013). *Análisis Situacional de Salud*. Lima: Dirección de Salud IV Lima Este.
4. Salud, M. d. (2014). *Boletín Epidemiológico N° 11*. Lima: MINSA.
5. Gonzáles R, L. A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara (México). *Salus Uninorte Barranquilla (Col.)*, 29 (1): 13-21.
6. Daniel TM. The history of tuberculosis. *Respir Med*. 2006;100(11):1862- 70
7. Dye C, Lonroth K, Jaramillo E, Williams BG, Raviglione M. Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries. *Bull World Health Organ* 2009; 87(9):683-691
8. Stop TB Partnership. The Global Plan to Stop TB 2011-2015: Transforming the Fight-Towards Elimination of Tuberculosis [Internet]. Geneva: stoptb; c2014 [citado el 2 de noviembre del 2015]. Disponible en: [http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB\\_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf)
9. World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2011 [Internet]. Geneva: WHO; c2014 [citado el 2 de noviembre del 2015]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44728/1/9789241564380\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44728/1/9789241564380_eng.pdf?ua=1)
10. MariellaSausa. Tuberculosis en Perú: cifra baja, pero seguimos liderando ranking [Artículo Periodístico] [Internet] Lima: Peru21; c2014 [citado el 3 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/tuberculosis-peru-cifra-baja-seguimos-liderando-ranking-2175444>
11. Perú, Ministerio de Salud. Situación de la Tuberculosis en el Perú 2010 [Internet]. Lima: MINSA; c2014 [citado el 3 de noviembre del 2015]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda\\_memoaria\\_Lanzamiento\\_TB.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda_memoaria_Lanzamiento_TB.pdf)
12. Lozano JA. Tuberculosis. Patogenia, diagnóstico y tratamiento. *OFFARM*. 2002; 21(8):102-10.

13. Jave O. La Tuberculosis Multirresistente en el Perú [Internet]. Lima: ForoSalud; c2014 [citado el 2 de noviembre del 2015]. Disponible es: [http://www.forosalud.org.pe/La\\_tuberculosis\\_multirresistente\\_en\\_el\\_Peru.pdf](http://www.forosalud.org.pe/La_tuberculosis_multirresistente_en_el_Peru.pdf)
14. Becerra, M.C. PE Farmer, J Y Kim. The problema of drug-resistant tuberculosis: an overview. En: Harvard Medical School/Open Society Institute. The global impact of drug-resistant tuberculosis, 1999:3-38.
15. Essalud, Oficina II de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria. Boletín Epidemiológico N° 03-2012 [Internet] Lima: Essalud; c2014 [citado el 4 de noviembre del 2015]. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem\\_2012\\_3.pdf](http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem_2012_3.pdf)
16. USA, Southeastern National Tuberculosis Center. Tuberculosis Fármacorresistente: Una Guía Práctica para la Atención Médica del Paciente 2009. [Internet] Florida: SNTC; c2014 [citado el 15 octubre del 2015]. Disponible en: [http://sntc.medicine.ufl.edu/Files/drtbspanish/documents/tb\\_farmacorresistente\\_gui\\_a.pdf](http://sntc.medicine.ufl.edu/Files/drtbspanish/documents/tb_farmacorresistente_gui_a.pdf)
17. Da Fonseca P, Silva G, Mendes AdJ. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. Cad. Saúde Pública. 2014;30(8):1745-54.
18. Laporte JR, Tognoni G. Principios de Epidemiología del Medicamento. 2° ed. Barcelona: Masson-Salvat Medicina; 1993: p. 67-93.
19. Perú, Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis, Resolución Ministerial N° 579-2010 [Internet]. Lima: MINSA; c2014 [citado el 7 de octubre del 2015]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2010/RM579-2010-MINSA.pdf>
20. Terra MF, Bertolozzi MR. Does directly observed treatment (“DOTS”) contribute to tuberculosis treatment compliance?. Rev Latino-am Enfermagem. 2008;16(4):659-64.
21. Perú, Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis, Situación de la Tuberculosis en el Perú, Informe de Gestión 2008 [Internet]. Lima: MINSA; c2014 [citado el 8 de octubre del 2015]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1347\\_MINSA1523.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1347_MINSA1523.pdf)
22. Peralta ML, Carbajal P. Adherencia a tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua. 2008;17(3):84-88.
23. Cáceres FM. Factores de Riesgo para Abandono (No Adherencia) del Tratamiento Anti-tuberculosis [Tesis de Maestría]. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Escuela de Medicina; 2005.

24. Nebeker JR, Barach P, Matthew HS. Clarifying Adverse Drug Events: A Clinician's Guide to Terminology, Documentation, and Reporting. *Ann Intern Med* 2004;(140):795-801.
25. World Health Organization. International drug monitoring: the role of national centers, Report of a WHO Meeting 1972 [Internet]. Geneva: WHO; c2014 [citado el 10 de octubre del 2015]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_498.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_498.pdf)
26. Nathanson E, Gupta R, Huamani P, Leimane V, Pasechnikov AD, Tupasi TE, et al. Adverse events in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis: results from the DOTS-Plus initiative. *Int J TubercLungDis*. 2004;8(11):1382-4.
27. Tavera, M. S. ( vol. 14, núm. 3, diciembre, 2010). Calidad de Vida Relacionada a la salud en pacientes con HIV. *Revista Peruana de Epidemiología*, 170-176 - Internet (citado el 05 noviembre del 2015) <http://C:/Users/PCT03/Downloads/Calidad%20de%20vida%20relacionada%20a%20la%20salud%20en%20pacientes%20con%20VIH.pdf>.
28. Claudio Méndez, R. B. (IndexEnferm v.16 n.58 Granada otoño 2007). Percepción de Calidad de Vida en Personal de Atención Primaria de Salud. *SCIELO*, Internet visto el 4 noviembre 2015.
29. Colombia, L. F.-G.-U. ( vol. 33, núm. 2, mayo-agosto, 2015). Meta-análisis de la percepción de la calidad. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica* - , 228-.
30. G. V.-M. (2005;19(2) Internet <http://www.scielosp.org/pdf/gsv/v19n2/revision1.pdf>). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década. *Gac Sanit*, 135-50.
31. Brown J., Capocci S., Smith C., Morris S., Abubakar I., Lipman M. Health status and quality of life in tuberculosis. *International Journal of Infectious Diseases*. 2015: 32 , pp. 68-75.
32. Mamani M, Majzoobi MM, Ghahfarokhi SM, Esna-Ashari F, Keramat F. Oman Med J. Assessment of Health-related Quality of Life among Patients with Tuberculosis in Hamadan, Western Iran. *Oman Med J*. 2014 Mar;29(2):102-5. doi: 10.5001/omj.2014.25.
33. Mohammed S, Nagla S, Morten S, Asma E, Arja A. Illness perceptions and quality of life among tuberculosis patients in Gezira, Sudan. *African Health Sciences*. 2015;15(2):385-393. doi:10.4314/ahs.v15i2.11.
34. Unalan D, S. F. Is The Quality Of Life Different In Patients With Active And inactive tuberculosis? *Indian J Tuberc*. 2008; 55: 127-137.

35. Bauer M, Ahmed S, Benedetti A, et al. La calidad relacionada con la salud de la vida y la tuberculosis: Un estudio de cohorte longitudinal de salud y de calidad de vida. 2015; 13: 65. doi: 10.1186 / s12955-015-0250-4.
36. Vinaccia S, Q. J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de psicología*, Vol 23, N° 2: 245-252.
37. Chang B, W. A. (2004 ). Quality of life in tuberculosis: a review of the English language literature. *Qual Vida Res.* , Dic 13 (10): 1633 - 1642.
38. Kibrisli E, B. Y. (2015 ). High Social Anxiety and Poor Quality of Life in Patients With pulmonary tuberculosis. *Medicine* , Volume 94, Number 3, January .
39. Baltazar<sup>1</sup>, R. G. (.Barranquilla (Col.) 2013:29(1)). Calidad de vida relacionada con la salud y. *Salud Uninorte*, 13-21.
40. Rodolfo Eduardo Pezoa Jares, 1. (Mejico, 2012;11:). Calidad de vida y concentraciones séricas de TNF-a en pacientes. *Rev Latinoam Psiquiatría*, 125-132.
41. Fernández M, G. M. (2011). Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes. Un estudio de casos y controles. *Revista de investigación clínica*, Vol. 63, N° 1: 39-45
42. Robles, Yolanda. Índice de calidad de vida: Validación de una muestra Peruana Ministerio de Salud 2013. [bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2658.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2658.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lea cuidadosamente y asegúrese que se respondan todas sus interrogantes.

Usted está siendo invitado a participar en el estudio de investigación denominado

## PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA SEGUNDA FASE DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN EL CENTRO DE SALUD EL AGUSTINO.

Para cumplir dicho objetivo se le tomarán datos en una ficha de encuesta, donde no figurará su nombre, en relación a datos demográficos y antecedentes médicos además se le aplicará una encuesta que consta de 36 preguntas con opciones múltiples que nos permitirá evaluar su percepción de calidad de vida

Su participación en este estudio proveerá información útil que ayudará a otros individuos que tengan una condición clínica similar.

Su participación en este estudio es enteramente voluntaria, usted no está obligado a tomar parte, su tratamiento y la actitud de su doctor hacia usted no se verán afectados si usted decide no tomar parte. No habrá costos adicionales para usted por la participación en el estudio.

Los datos recolectados serán procesados manteniendo los datos obtenidos y su identidad personal en confidencialidad, asignándose un número de ficha para tales fines. Si usted tiene alguna pregunta puede ponerse en contacto con el investigador del estudio Luis Gustavo Loayza Adrianzen al celular 995954985

Por medio de la presente Yo .....  
identificado con DNI ..... consiento voluntariamente mi  
participación para el trabajo de investigación, habiéndome proporcionado  
información relevante sobre el estudio y resuelto mis dudas al respecto.

\_\_\_\_\_  
FIRMA y DNI del PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR

Fecha y Hora .....

### ANEXO 02

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN SEGUNDA FASE DE TRATAMIENTO

**ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD EL AGUSTINO.**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- 1) N° de ficha: \_\_\_\_\_
- 2) Edad en años: \_\_\_\_\_
- 3) Sexo: M (  )                      F (  )
- 4) Ocupación:  
a) Estudiante (  ) b) Ama de casa (  ) c) Obrero (  ) d) Empleado (  ) e)  
Comerciante (  ) f) Profesional (  ) g) Pensionado (  )  
h) Desempleado (  )
- 5) Grado de instrucción:  
a) Analfabeta (  ) b) Primaria incompleta (  ) c) Primaria completa (  )  
d) Secundaria incompleta (  ) e) Secundaria completa (  )  
f) Preuniversitario (  ) g) Universitario incompleta (  )  
h) universitaria completa i) Posgrado: (  )
- 6) Estado civil:  
a) Soltero(a) (  ) b) Casado(a) (  ) c) Conviviente (  ) d) Divorciado(a) (  )  
e) Viudo(a) (  ) f) Unión libre (  )
- 7) Enfermedades sistémicas asociadas:  
DM2 (  ), HIV (  ), HTA (  ), Obesidad (  ) Hipotiroidismo (  ) Artritis reumatoide  
(  ) Otras: \_\_\_\_\_ Ninguna (  ).

**CUESTIONARIO DE SALUD SF-36**

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:  
1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LEA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1. si me limita mucho.	2. si me limita un poco	3. No me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	1. si me limita mucho.	2. si me limita un poco	3. No me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	1. si me limita mucho.	2. si me limita un poco	3. No me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita	1. si me limita mucho.	2. si me limita un poco	3. No me limita nada

para subir varios pisos por la escalera?			
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	1. si me limita mucho.	2. si me limita un poco	3. No me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	1. si me limita mucho.	2. si me limita un poco	3. No me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	1. si me limita mucho.	2. si me limita un poco	3. No me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	1. si me limita mucho.	2. si me limita un poco	3. No me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	1. si me limita mucho.	2. si me limita un poco	3. No me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	1. si me limita mucho.	2. si me limita un poco	3. No me limita nada

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.**

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1. SI	2. NO
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1. SI	2. NO
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1. SI	2. NO
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	1. SI	2. NO
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1. SI	2. NO
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1. SI	2. NO

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa	1. SI	2. NO
---	-------	-------

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno
2. Sí, muy poco
3. Sí, un poco
4. Sí, moderado
5. Sí, mucho
6. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo						

estuvo muy nervioso?						
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?						
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?						
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					
34. Estoy tan sano como cualquiera.					
35. Creo que mi salud va a empeorar					
36. Mi salud es excelente.					