



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR
TIPO C. AÑO 2021

AUTOR:

OCAÑA PARRAGA, SONIA VIRGINIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTORA:

HUACÓN CASTRO, NORMA DEL ROCÍO

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el/ Dra. Sonia Virginia Ocaña Pàrraga*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Norma del Rocío Huacón Castro

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Sonia Virginia Ocaña Pàrraga

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Valoración de calidad de vida en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dra. Sonia Virginia Ocaña Pàrraga



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Sonia Virginia Ocaña Pàrraga

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Valoración de calidad de vida en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dra. Sonia Virginia Ocaña Pàrraga



Document Information

Analyzed document 3096 VIGZHA DCXVA RMWGA.docx (302167054)
Submitted 2022-02-03T08:38:00.0000000
Submitted by
Submitter email amia.coriginal@coriginal.com
Security ITS
Analysis address xcom3andvax.coriginal@post.its.kuni.com

Sources included in the report

Agradecimiento

Agradezco infinitamente a Dios por haberme permitido hacer este Progrado, y conocer personas increíbles.

Dedicatoria

A mis padres Santiago y Sonia

A mi tia Lupita

A mi hermano Erick

A mi abuelita Olguita

Por estar siempre a mi lado y apoyarme



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE



ACTA DE CALIFICACIÓN

TEMA: POSGRADISTA: FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN	IX
INDICE GENERAL.....	X
INDICE DE TABLAS	XII
INDICE DE ANEXOS.....	XIV
RESUMEN	XV
ABSTRACT.....	XVI
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA	4
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	4
2.2 FORMULACIÓN.....	5
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
3.1 GENERAL.....	6
3.2 ESPECÍFICOS.....	6
4. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 MARCO CONCEPTUAL	7
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	28
5. MÉTODOS	30
5.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	30
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	30
5.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	30
5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	30
5.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO	30
5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	30
5.5.2 Criterios de inclusión	30
5.5.3 Criterios de exclusión	30
5.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	31

5.7	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	33
5.8	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	33
5.9	VARIABLES	34
5.9.1	Operacionalización de variables.....	34
6.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
7.	CONCLUSIONES.....	50
8.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	51
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR EDAD Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021	36
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS, POR AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTION POPULAR TIPO C. AÑO 2021.....	37
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR ESTADO CIVIL Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021.....	38
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR ESCOLARIDAD Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021.....	39
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR OCUPACIÓN Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTION POPULAR TIPO C. AÑO 2021.....	40
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR INGRESOS ECONÓMICOS Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021.....	41
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR HÁBITOS TÓXICOS Y SEXO. ALCOHOLISMO. CENTRO DE SALUD BASTÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021.....	42
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR HABITOS TÓXICOS Y SEXO. TABAQUISMO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021.....	42
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR HABITOS TÓXICOS. DROGAS. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021.....	43
TABLA 10. TABLA RESUMEN DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR HABITOS TÓXICOS Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021.....	43
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR ESTADO NUTRICIONAL Y SEXO. CENTRO DE	

SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021	44
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR LA CALIDAD DE VIDA. FUNCIÓN FÍSICA Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021	45
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR LA CALIDAD DE VIDA. ROL FÍSICO Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTION POPULAR TIPO C. AÑO 2021	45
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR LA CALIDAD DE VIDA. DOLOR CORPORAL Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021	46
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR LA CALIDAD DE VIDA. SALUD GENERAL Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTION POPULAR TIPO C. AÑO 2021	46
TABLA16. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR LA CALIDAD DE VIDA. VITALIDAD Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021	47
TABLA 17. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR LA CALIDAD DE VIDA. FUNCIÓN SOCIAL Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021	47
TABLA 18. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR LA CALIDAD DE VIDA. ROL EMOCIONAL Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021	48
TABLA 19. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR LA CALIDAD DE VIDA. SALUD MENTAL Y SEXO. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021	48
TABLA 20. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN LA CALIDAD DE VIDA. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021	49

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1	55
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	55
ANEXO 2	56
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	56
ANEXO 3	58
CUESTIONARIO SF-36.....	58

RESUMEN

Antecedentes: La calidad de vida es una valoración multidisciplinaria, es decir, que puede ser utilizado en diferentes contextos o puede ser en función del nivel de la salud física, psicológica, social y ambiental de una persona, y de mucha importancia en los cuidados de salud; se le debe reconocer el valor que tiene, ya que es un reflejo de la manera en la que el sujeto percibe su estado de salud; se evidencian una disminución en la calidad de vida de las personas que viven con tuberculosis **Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, están incluidos todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que asisten al Centro de Salud Bastión Popular, se utiliza encuestas personalizadas que contienen datos sociodemográficos, hábitos tóxicos, estado nutricional y la encuesta SF 36 para valorar la calidad de vida de los individuos. **Resultados:** se encontró que de los 46 pacientes con TB encuestados, la edad que predominó fue de 20-29 años y comprende 39,1%, el sexo masculino el 42%, la etnia presente es la mestiza con un 73,9%, el estado civil soltero con 34,8% seguido de la unión libre con 32,6%, la escolaridad secundaria con 60,9%, el desempleo se presenta con un 37%, la dimensión afectada fue la función física con un 58,7% y el rol físico con un 60,9%, la calidad de vida en general es buena.

Palabras Clave: CALIDAD DE VIDA, TUBERCULOSIS, HABITOS TOXICOS, ESTADO NUTRICIONAL

ABSTRACT

Background: Quality of life is a multidisciplinary concept, that is, it can be used in different contexts or it can be based on the degree of physical, psychological, social and environmental health of an individual, and highly relevant in health care, and it must begin to be given the value it has, since it is a reflection of the way in which the subject perceives his state of health; a decrease in the quality of life of people living with tuberculosis is evident

Methods: Observational, prospective, cross-sectional, descriptive study, all patients with a diagnosis of tuberculosis who come to the Bastion Popular Health Center are included, personalized surveys containing sociodemographic data, toxic habits, nutritional status and the SF 36 survey are used to assess quality. life of patients.

Results: It was found that of the 46 patients with TB surveyed, the prevailing age was 20-29 years and comprised 39.1%, the male sex 42%, the ethnic group present is mestizo with 73.9%, the state single civilian with 34.8% followed by common law union with 32.6%, secondary schooling with 60.9%, unemployment is presented with 37%, the affected dimension was physical function with 58.7% and the physical role with 60.9%, the quality of life in general is good.

Keywords: QUALITY OF LIFE, TUBERCULOSIS, TOXIC HABITS, NUTRITIONAL STATUS

1. INTRODUCCIÓN

Dependiendo del medio en donde se desarrolle la calidad de vida puede variar su forma de ser percibida, ya sea de una persona a otra e incluso de una sociedad a otra.

Además, desde hace unos años ha adquirido, la calidad de vida una gran relevancia aplicada y teórica en diferentes ámbitos como son el de la familia, servicios sociales, salud, educación (Schalock y Verdugo, 2003). Gómez y Sabeh (2000) manifestaron que este concepto referencia al ámbito personal e individual, pero centrando su atención en diversos propósitos como la formulación de políticas internacionales y nacionales, dirigidas a determinados grupos sociales y a la comunidad en general que presentan necesidades más urgentes y definidas como son las personas mayores, las personas con discapacidad, entre otros, al igual que, la evaluación e implementación de programas y medidas que buscan la satisfacción de sus necesidades, así como, la evaluación de dichas necesidades. ⁽¹⁾

Además, la calidad de vida se define en la manera como una persona puede verse deteriorada por un tratamiento o enfermedad, aspecto que puede influir en su nivel de satisfacción acerca de su bienestar tanto social, emocional y fisiológico. ⁽²⁾

Por otra parte, la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, curable, que afecta principalmente a los pulmones y que se transmite a través del aire, de persona a persona, ya que, solo basta que un enfermo con tuberculosis pulmonar escupa, estornude o tosa para que sean expuestos en el aire los bacilos tuberculosos.

Esta contagiosa enfermedad es provocada por una bacteria conocida como *Mycobacterium tuberculosis*, la cual, afecta casi siempre a los pulmones. ⁽⁵⁾

La tuberculosis (TB), dada su gran incidencia y prevalencia es un problema de salud pública, el siguiente estudio se realizó para evaluar la calidad de vida; en base a la adherencia en el tratamiento y constancia hasta el término como curado de los pacientes con TB.

Entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se incorpora el poner fin a

la epidemia de tuberculosis para el año 2030. En la Estrategia Fin a la TB se definen objetivos provisionales (para 2020 y 2025) y metas (para 2030 y 2035) para reducir los casos de TB y las muertes ocasionadas por la enfermedad. ⁽⁵⁾ Durante el año 2018, el Ecuador tuvo un total de 6094 notificaciones de casos de TB sensible, lo cual, representa una de incidencia de 34.53 por 100.000 habitantes, demostrando con esto una brecha de 906 casos entre lo notificado y lo estimado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2017.⁽⁴⁾ En el Centro de Salud Bastión Popular no se ha hecho un estudio de la valoración de la calidad de vida en los pacientes con TB, por lo cual, se decidió analizarlo con el fin de implementar intervenciones.

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Se considera que, mundialmente durante el año 2018 unos 10 millones de personas se enfermaron de TB, de las cuales, 5.7 millones fueron hombres y 3.2 millones fueron mujeres; y fallecieron 1.5 millones de individuos por esta enfermedad.

La mortalidad estimada para las Américas, fue de 22.900, en que el 26% corresponde a la coinfección por TB/VIH

En el caso de Ecuador, la evolución de los nuevos casos de TB desde el año 2012 han presentado una tendencia al alza, siendo el año 2014 donde se consiguió la menor cifra de casos con un total de 4.903, mientras que, en el año 2018 se mostró la mayor cantidad de casos de TB que fue de 5.960.

Aproximadamente un tercio de la población mundial sufre de tuberculosis latente con un 10% de posibilidades de desarrollar la enfermedad en algún momento de sus vidas, y el riesgo aumenta en pacientes con el sistema inmunológico comprometido, por comorbilidades como VIH, malnutrición, diabetes o con hábitos tóxicos como el tabaquismo y las drogas.

Además, entre los más afectados son las personas de escasos recursos económicos, niños, las minorías étnicas, inmigrantes y las personas privadas de libertad.

Resistencia a los medicamentos antituberculosos tradicionales que se han utilizado durante décadas es un desafío que ha surgido en los últimos años. En 2016, hubo un estimado de 8.100 casos de MDR-TB en las Américas, con solo un 46% diagnosticado.

Las personas con tuberculosis se ven afectadas en todos los aspectos, reduciendo su calidad de vida.

La calidad de vida se determina por como un individuo percibe su entorno: bienestar físico, estado mental, independencia, relaciones sociales, factores ambientales y religión.

Tiene un rico valor pronóstico el determinar la calidad de vida en un individuo; ya que, facilita la predicción de su supervivencia con respecto a los datos

clínicos.

La calidad de vida comprende los puntajes de condiciones de vida medible que tiene una persona, siendo estos la ocupación, las actividades funcionales, las relaciones sociales, las condiciones de vida y la salud física.

2.2 Formulación

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Centro de Salud Bastión Popular en el año 2021?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Valorar la calidad de vida en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Bastión Popular tipo C en el año 2021.

3.2 Específicos

- Caracterizar la población de estudio según variables socio-demográficas
- Identificar hábitos tóxicos en los pacientes con tuberculosis
- Evidenciar el estado nutricional de los pacientes con tuberculosis
- Evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida o buena vida, está vigente a partir del período griego, la instalación del criterio en el campo de la salud es subjetivamente actual, con un apogeo en la década de los noventa.

Su origen proviene de la medicina, pero se expande a otras especialidades como la psicología y la sociología.

Por otro lado, la vida presente, que se caracteriza por un crecimiento en la esperanza de vida, no está precisamente vinculada a mejorar la calidad de vida. La rapidez de los cambios (avances tecnológicos), la inseguridad, la sobrecarga de información, el desempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, relaciones inconstantes), la pérdida de la motivación, la lealtad y los valores son características de muchos factores estresantes con los que lucha la mayoría de las personas.

La aplicación del concepto de calidad de vida, se remonta a los Estados Unidos de América, después de la segunda guerra mundial, como un intento de los académicos de conocer la percepción de los individuos sobre si tenían una buena vida o si se sentían económicamente seguros.

Es ampliamente utilizado desde la década de los sesenta, una vez que los sociólogos inician averiguaciones en calidad de vida recogiendo información como el nivel socioeconómico, educación y el tipo de vivienda, siendo frecuentemente dichos indicadores económicos incompletos, ya que únicamente eran capaces de describir un 15% de la diferencia en la calidad de vida de los individuos.

Ante esto, ciertos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían explicar un mayor porcentaje de diferencia en la calidad de vida de los

individuos, porque los indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explican sobre un 50% de la diferencia.

La calidad de vida se la define como el estado de satisfacción general, ya que esta dispone de aspectos objetivos como la salud objetivamente percibida, las relaciones acorde con el ambiente social y físico; así como, el bienestar material, y subjetivos como la salud objetiva, productividad personal, seguridad percibida, la expresión emocional y la intimidad; los cuales, le dan a la persona una sensación subjetiva de bienestar social, psicológico y físico.⁽⁶⁾

En el Foro Mundial de la Salud realizado en 1966 en Ginebra, la OMS determinó a la calidad de vida como, la sensación que tiene una persona acerca de su lugar en la existencia en relación a sus preocupaciones, normas, expectativas y objetivos, al igual que, en el sistema de valores en el que vive y con el contexto de la cultura.⁽⁷⁾

Con esta conclusión, podemos nombrarle un área muy abierta donde incluye factores de salud, físicos e independientes, para tener relaciones que contribuyan a mejorar la relación con el entorno que vivimos. Ahora, cuando requerimos que la persona vea la calidad de vida, podemos mostrar diferentes términos como la felicidad, realización personal y familiar, el buen estado de la salud, tener una comida saludable, finalmente todos estos están asociados con las relaciones sociales y ambiente cultural.

La calidad de la vida puede definirse como una relación global, en la que se establece aspectos positivos, pero también puede haber situaciones negativas en la vida personal, mostrando las temidas relaciones personales y colectivas en la implementación de valores sociales. Esto nos muestra que el concepto de calidad de vida es el movimiento continuo porque está relacionado con los aspectos socioeconómicos, culturales y psicológicos para crear otros valores positivos y negativos juntos.

Por tanto, podemos decir que el concepto de calidad de vida y bienestar social puede tener cinco áreas que deben entenderse de la siguiente manera:

1. Físico: tener seguridad y salud personal.
2. Materiales: tener una vivienda adecuada y digna, con acceso a todos los servicios básicos, alimentación y transporte.
3. Educación: la presencia y proximidad de la educación que permite la expansión de conocimientos de forma individual y colectiva.
4. Emociones: a través de la cual permiten que su estado emocional se desarrolle y se comunique eficazmente entre sí.
5. Comunidad: donde las personas tienen opciones personales con núcleos centrales, como la familia y el círculo de amigos que les permiten prosperar.

Se debe considerar que estas áreas pueden tener una variedad de impactos en factores sociales, políticos y de salud, así como a nivel individual y social. Entendemos que la calidad de vida no es un proceso fácil, ya que requiere un análisis cuidadoso.

La calidad de vida es la consecuencia de interacciones repetidas entre factores económicos y sociales, necesidades individuales, libertad emocional, medio ambiente y estado de salud - enfermedad, tanto a nivel personal como social.⁽⁸⁾ Por ese motivo, esta definición facilita la comparación de una persona con otra basándose en indicadores objetivos, pero estas medidas solo muestran cantidades más no en si lo que realmente significa calidad de vida.

Por otro lado, el método tradicional utilizado para el monitoreo del progreso de una enfermedad puede no ser útil para identificar casos de personas que presentan una calidad de vida baja, esto se debe a que, suele intervenir factores que no son biológicos necesariamente como es el caso del estado psíquico del sujeto.

Confundir salud y calidad de vida genera dilemas éticos, técnicos y conceptuales. Algunos comentaristas del concepto han considerado que el mismo conlleva a la medicalización de la vida cotidiana. El término de calidad de vida no podría ser de ningún modo libre de normas culturales, los patrones de conducta y expectativas individuales.

Por lo tanto, se puede acordar que la misión de la medicina también es optimizar las situaciones en las que se puede lograr una calidad de vida razonable, incluyendo la promoción de confort por medio de intervenciones psicosociales, una vez que sea primordial, en los tratamientos comunes.

TUBERCULOSIS

La TB a pesar de los años sigue manteniéndose como un problema de salud pública, y esto se debe a que, en las Américas durante el año 2017 se han evidenciado 282.000 casos nuevos y recaídas de esta enfermedad, lo cual, generó una incidencia de 28 por cada 100.000 habitantes y representando un 3% de la población mundial de TB.

Dentro del continente americano se ha constatado que el Caribe tiene la tasa de incidencia más alta de TB por cada 100.000 habitantes que fue de 61,2; a este le sigue América del Sur con 46,2; en tercer lugar, se encuentra América Central y México con 25,9 y finaliza con Norte América con 3,3. No obstante, el 87% de los casos de TB se presentaron en diez países; entre ellos se encuentran Brasil, Perú y México que fueron los que tuvieron más de la mitad de los casos.

En el año 2017, se notificaron dentro del continente casos de TB tanto de recaídas como nuevos, siendo estos de 228.943, que corresponde al 82% del total de casos estimados; lo cual, demuestra que en los últimos años la brecha en el diagnóstico no se ha reducido siendo esta de 50.000 casos, la cual experimentó un leve aumento en los años 2016 a 2017 que fue de unos 3.000 casos.

En América Latina y el Caribe (ALC) la TB se ha posesionado como la segunda causa de muerte provocada por un agente infeccioso, pese a que esta enfermedad fue incluida dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como una meta para ponerle fin que tenía como plazo el año 2015 y luego se la adjudicó en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el año 2030.

Esto se debe a que, la región de ALC ha tenido graves problemas para el enfrentamiento de la TB, primero por el hecho de que esta afección ha evolucionado formas más agresiva como la TB extremadamente resistente (TB-XDR) y la TB multidrogo-resistente o multifármacoresistente (TB-MDR / TB-MFR), a esto se suma el incremento de la comorbilidad que hay entre la coinfección TB y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como, la TB y la diabetes mellitus (DM) hasta por el relajamiento que han tenido en cuanto a los programas de control.

Además, la TB en ALC presenta un panorama más grave por la existencia de determinantes sociales de la salud (DSS) como son la extensión de lapobreza, la inequidad en la concentración de la riqueza y la desigualdad, aspectos que impiden o dificultan el acceso a servicios de salud de calidad auna gran parte de la población.

Estos DSS son el resultado de la implementación de políticas ambientales y socioeconómicas, de la migración y de procesos de globalización, que solo provocan sistemas de salud poco eficaces y débiles, así como, poblaciones con una vulnerabilidad alta a la TB por causa del VIH, DM, malnutrición, hacinamiento, entre otros. Representan un gran desafío estos factores al momento de implementar programas y políticas que integren valores de la bioética y los derechos humanos. ⁽¹⁰⁾

Durante el año 2018, el Ecuador tuvo un total de 6094 notificaciones de casos de Tuberculosis, lo cual, representa una tasa de incidencia de 34.53 por cada 100.000 habitantes, demostrando con esto una brecha de 906 casos entre lo notificado y lo estimado por la OMS en el año 2017. ⁽⁵⁾

En lo que respecta a las provincias del Ecuador con mayor incidencia de tuberculosis se pudo verificar que Guayas presentó una cifra de 3.354 casos de TB a nivel urbano y rural que representa el 55.03% del total de casos de TB sensible, seguido de El Oro que tuvo 444 casos correspondientes al 7.28% y Los Ríos ocupó el tercer lugar con 367 casos que representa el 6.02%.

Estas cifras presentadas pueden deberse en gran parte al hecho que en estas provincias existen poblaciones vulnerables que son aquellas personas que presentan enfermedades crónicas o catastrófica como la diabetes, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), entre otros, así como, los individuos con recursos económicos muy bajos. ⁽⁵⁾

Con respecto al grupo etario que padece la TB se encuentra un predominio en los que tienen una edad entre 25 a 34 años que corresponde al 25% del total de casos (1.523 casos), seguido de las personas que tienen entre 15 a 24 años que representan el 20.54% de casos (1.252 casos); mientras que, el 16.85% (1.027 casos) del total de casos tienen entre 35 a 44 años. Además, se constató un predominio de casos de TB con el sexo masculino, la cual, tuvo una razón de 2.40 hombres por cada mujer. ⁽⁵⁾

Durante el año 2018, la TB pulmonar que es un tipo de afección muy común, esta representó el 81.54% de los casos nuevos de tuberculosis, por lo cual, se exceptúa los abandonos, fracasos y recaídas; en cambio, el 18.46% de los casos totales de TB fueron por TB extrapulmonar.

El riesgo de desarrollar la TB se incrementa en la población que tienen factores extrínsecos e intrínsecos como son la población menor de 15 años, personas privadas de la libertad, las que presentan ciertas condiciones de salud como los individuos que padecen VIH e inmunodeprimidas.

Por otra parte, la TB es considerada una enfermedad transmisible infecto-bacteriana crónica que es generada por una bacteria conocida como *Mycobacterium tuberculosis*; la misma que, tiene una forma ligeramente curva y delgada, con una longitud de uno a cuatro micrones, lo cual, le permite mantenerse en el ambiente suspendido por ocho horas una vez que es expulsado por una persona infectada.

Adicional, la vía de transmisión de la TB es área, puesto que esta se pasa de persona a persona mediante las vías respiratorias, por lo cual, cuando ingresa en su nuevo huésped este bacilo provoca la enfermedad de manera inmediata

o inclusive puede permanecer inactivo por muchos años, siendo este fenómeno conocido como TB latente; por lo tanto, se considera que la TB latente la poseen un tercio de la población. ⁽⁹⁾

De igual manera, es necesario comprender que existen ciertos factores que pueden determinar el riesgo de infección de TB, los cuales son las condiciones culturales y económicas de la población, los determinantes sociales y el número de fuentes de contagio existentes en la comunidad.

Otro aspecto importante que debe considerarse para la transmisión de la TB son las condiciones de salud del paciente que comprometan el sistema inmunológico y la edad, ya que, son esta población la que tiende a desarrollar la TB activa.⁽⁹⁾

El consumo de alcohol constituye un elemento de peligro determinante en la aparición de la patología. El paciente alcohólico principalmente no se alimenta correctamente y una vez que lo hace, el alcohol desplaza los nutrientes de la dieta o interfiere en su absorción o implementación, lo que condiciona una reacción inmunológica deficiente, especialmente a nivel celular, por lo cual son componentes que condicionan a dichos pacientes tengan estados graves de desnutrición.

Una vez que una persona padece de tuberculosis y está en tratamiento para esta patología y añadido a esto depende del alcohol puede producir disminución de las defensas antimicrobianas. Altera la respuesta de los macrófagos y los niveles de variación de las proteínas que trabajan como mediadores intercelulares (citoquinas), además se crea un desequilibrio entre la inmunidad celular y humoral, como además reduce la activación de las células T.

Además, el alcohol crea un impacto inhibitor sobre los medicamentos antituberculosos. El consumo de alcohol al lado de la toma de medicación esta desaconsejada, debido a los efectos colaterales que ocasiona, por un lado, alterando la desintoxicación de los medicamentos antituberculosos por medio

del hígado, siendo este órgano importante en el proceso de curación.⁽¹¹⁾

Se cree que el tabaquismo es responsable del 20% de la carga de tuberculosis y que entre el 2010 y 2050 va a ser responsable de 18 millones de casos nuevos y de 40 millones de muertes. El tabaquismo además está relacionado con las maneras graves en términos de consecuencias y resultados negativos a lo largo del procedimiento antituberculoso como recaída y muerte.

Esto se debería a que los elementos del humo de tabaco ocasionan varios cambios fisiopatológicos en el sistema respiratorio promoviendo cambios inflamatorios locales, así como inmunológicos, inhibiendo el aumento celular y las actividades de ciertos mediadores químicos involucrados a la inmunidad congénita. Además, se identificó que los pacientes que fuman a lo largo del procedimiento poseen una menor adhesión al procedimiento antituberculoso, en especial, las personas de género masculino.⁽¹²⁾

Existe una interacción directa entre la adicción a las drogas y la tuberculosis, debido a que la primera puede desencadenar a la otra en casos severos de adicción, debido a que el consumo agravado de drogas crea dificultad respiratoria, patologías pulmonares, destrucción de vías aéreas más pequeñas, crecimiento del tamaño de las glándulas situadas en la mucosa de la tráquea y bronquios, entre otras sintomatologías.

La condición socioeconómica es una de las razones por las cuales el estado nutricional se ve perjudicado, ya sea por el ingreso familiar para adquirir los alimentos o al grado educativo poblacional para orientar su consumo de una forma eficaz, optimizando los recursos y escogiendo alimentos más completos y saludables.

La nutrición idónea es elemental para la prevención del agravamiento en la enfermedad, debido a que se sabe que la TBP perjudica gravemente el estado nutricional debido al crecimiento del metabolismo inherente a la infección, así como a una reducción de la ingesta calórica que al final perjudica las reservas del organismo

Los factores de riesgo nutricionales que se muestran en la tuberculosis son extensos, a partir de la perspectiva biológico se puede nombrar, la resistencia a los diferentes fármacos antituberculosos, los cuales paralelamente tienen la posibilidad de tener efectos colaterales a nivel gastrointestinal, alterando la absorción de macronutrientes y micronutrientes, además de provocar sintomatología como náusea, vómito y variación en los sentidos del gusto y del olfato, lo cual tiene como resultado la disminución del consumo de alimentos y por consiguiente el deterioro del estado nutricional.

La interacción entre desnutrición y tuberculosis pulmonar es interactiva, debido a que la desnutrición prolongada expone al organismo a una invasión rápida de enfermedades infectocontagiosas y la infección por TBP conduce o agrava la desnutrición debido al aumento del metabolismo inherente a la infección, en la desnutrición proteico-calórica básicamente cualquier órgano y sistema corporal puede padecer alteraciones morfológicas y funcionales, que en el caso del pulmón se encuentran dadas por la pérdida de masa y fuerza de los músculos de la respiración.

Cabe resaltar que la inanición o malnutrición disminuye la resistencia a la enfermedad y ello es un elemento determinante en las sociedades pobres, tanto en adultos como en niños. Además, síntomas como tos con expectoración, fatiga, diaforesis, fiebre, disnea, conllevan a una reducción de la ingesta calórica, perjudicando al final las reservas del organismo.

Sin embargo, las drogas antifímicas trabajan ocasionando trastornos gastrointestinales que alteran la absorción de nutrientes y micronutrientes, provocando sintomatología como náusea, vómito y alteración en los sentidos del gusto y del olfato, reduciendo todavía más el consumo de alimentos por el paciente, dando como consecuencia el deterioro del estado nutricional. La nutrición oportuna resulta imprescindible para el buen desempeño del sistema inmunológico y la recuperación de la salud, por lo cual es de fundamental importancia su adecuado seguimiento nutricional. ⁽¹³⁾

Cuando se ha desarrollado la enfermedad tuberculosa y los bacilos se alojan en el pulmón, la persona infectada se convierte en una fuente de infección para las personas sanas; no se debe olvidar que existen tipos de TB que no son contagiosas como es el caso de la TB extrapulmonar; la TB laríngea que suele ser secundaria a la TB pulmonar activa.

Definición de caso

Caso de TB bacteriológicamente confirmado. Esto se suele constatar cuando una persona tiene un resultado positivo de muestra biológica de *Mycobacterium tuberculosis*, la misma que se haya detectado mediante un nuevo método diagnóstico avalado por OMS como el PCR en tiempo real, cultivo, baciloscopia u otro método aprobado por el MSP; una vez detectados los casos de TB se debe notificar de manera inmediata sin importar cuando inició el tratamiento.

Caso de TB clínicamente diagnosticado. Esto ocurre cuando la persona es diagnosticada de TB, aunque sin confirmar los criterios bacteriológicos, y fue diagnosticada por el médico como TB activa, por lo cual, prescribe un tratamiento completo. Dentro de este criterio están incluidos los casos de TB extrapulmonares sin confirmación de laboratorio y aquellos que fueron diagnosticados de TB basándose en histología sugestiva o por rayos X. Sin embargo, si tiempo después estos casos diagnosticados clínicamente presentan un resultado positivo bacteriológico, es necesario que se reclasifiquen como bacteriológicamente confirmados.⁽⁹⁾

Clasificación del caso basada en la localización anatómica de la enfermedad

Caso de TB pulmonar (TBP). Este tipo de enfermedad contempla aquellas personas que han sido diagnosticadas clínicamente de TB o que se tengan TB bacteriológicamente confirmada, para ambos casos esta patología provoca afección del árbol traqueo-bronquial o parénquima pulmonar; dentro de este grupo se considera a la TB miliar como TBP debido a las lesiones que

ocasiona en los pulmones; pero en este grupo se excluye al derrame pleural TB, TB intratorácicas o las linfadenopatías cuando no existe alteración pulmonar; aunque si se da el caso de que la TB tiene una localización extrapulmonar y pulmonar de manera simultánea, esta se debe clasificar como TBP.

Caso de TB extrapulmonar (TBEP). Este tipo de afección se da en las personas que han sido diagnosticadas de TB en otros órganos exceptuando los pulmones como meninges, huesos, articulaciones, piel, tracto genitourinario, abdomen, ganglios linfáticos y pleura; o que tenga TB bacteriológicamente confirmada.

Clasificación de caso basadas en la historia de tratamiento de TB previo (condición de ingreso)

Caso nuevo. Este se da cuando existe un diagnóstico de TB extrapulmonar o pulmonar, por el cual, no ha recibido tratamiento anti TB o que lo ha recibido por un tiempo menor a un mes, dentro de este grupo se incluye a los afectados comprobados con TB resistentes a medicamentos.

Caso previamente tratado. En este grupo se encuentran las personas que han sido tratadas por un mes o más con medicamentos antituberculosis. Este tipo de casos se clasifican en:

- **Afectado con tratamiento después de fracaso.** Incluye las personas que fueron previamente tratadas para TB; pero este al final de su ciclo fracasó, sin importar si la persona afectada recibió terapia de drogas de primera o segunda línea.

- **Afectado con tratamiento después de pérdida en el seguimiento.**

Aquí se encuentran las personas que han sido previamente tratadas por TB; sin embargo, este al final de su tratamiento más reciente fue declarado pérdida, pero el afectado después de una interrupción de más de un mes retorna.

- **Afectado con recaída.** Este grupo lo conforman aquellas personas que fueron tratadas previamente por TB, que al final del último ciclo tuvo su tratamiento completo o fue declarado como curado, no obstante, fue

diagnosticada nuevamente con un episodio recurrente de TB. ⁽⁹⁾

Clasificación de caso basado en la resistencia a medicamentos (condición de ingreso)

Extensamente resistente (XDR). Esto se suele dar en las personas que presentan resistencia a uno de tres medicamentos inyectables de segunda línea como la amikacina, kanamicina o capreomicina; así como, a fluoroquinolona de última generación y tiene un caso de Multidrogorresistencia (MDR).

Monorresistencia. Se trata de la resistencia demostrada que tiene una persona a un medicamento antituberculosis de primera línea (DPL).

Multidrogorresistencia (MDR). Se da en las personas una resistencia demostrada simultánea a Rifampicina (R) e Isoniacida (H).

Polirresistencia. Se lo define como la resistencia demostrada a varias DPL antituberculosa exceptuando la Rifampicina (R) e Isoniacida (H) utilizadas a la misma vez.

Resistencia a rifampicina (RR). Como su nombre lo especifica es cuando una persona presenta resistencia demostrada a rifampicina (R).

Definición de resultado de tratamiento de afectados con TB

Definiciones de resultado de tratamiento para TB sensible con tratamiento de primera línea (condición de egreso)

Curado. Una persona se encuentra curada cuando al haber sido afectado con TB pulmonar con bacteriología confirmada al principio del tratamiento, presenta un cultivo o baciloscopia negativa en una ocasión anterior y en el último mes de tratamiento.

Fracaso al tratamiento. Se refiere a que la persona afecta con TB cuyo cultivo de esputo o baciloscopia es positiva al finalizar el tratamiento o durante

el quinto mes.

Fallecido. Se trata de las personas afectada con TB que durante el curso del tratamiento o por cualquier razón antes de comenzarle muere.

No evaluado. Es la persona afectada con TB que no se le asignado el resultado del tratamiento; aquí se incluyen los casos donde se desconoce los resultados del tratamiento en la unidad que reporta y los transferidos a otra unidad de tratamiento; no obstante, son excluidos los casos que empiezan tratamiento para TB sensible y que antes del quinto mes de tratamiento muestran resultados de PSD con resistencia a una o más drogas; por lo cual, estos casos se deben evaluar y notificar en la cohorte de TB resistente (TBR) a medicamentos.

Pérdida en el seguimiento. Este resultado se da en las personas afectadas con TB que interrumpió o no empezó un tratamiento durante un mes o más.

Tratamiento completo. Se trata de un individuo afectado con TB que terminó el tratamiento sin indicios de fracaso, aunque no existe constancia de que en una ocasión anterior y en el último mes de tratamiento el cultivo de esputo o la baciloscopia dieran negativo, esto se puede deber a que los resultados no están disponibles o las pruebas no se hicieron.

Tratamiento exitoso. Este resultado se da a las personas afectadas con TB que recibieron tratamiento completo y a los afectados curados.

Definiciones de resultado de tratamiento para TB resistente con tratamiento de segunda línea (condición de egreso)

Curado. Se encuentran curadas las personas con TB que recibieron tratamiento completo y que durante los tres últimos meses o más presentaron después de la fase intensiva cultivos negativos de manera consecutiva y sin evidencia de fracaso.

Fracaso al tratamiento. Se refiere a las personas con TB que necesitan cambio en el régimen terapéutico de forma permanente de dos drogas por lo menos anti-TB o tratamiento terminado, esto se debe a:

- RAM
- Por evidencia de resistencia adicional adquirida a medicamentos inyectables de segunda línea o a las fluoroquinolonas.

- Reversión bacteriológica que se da después de su conversión a negativo durante la fase de continuación.
- La falta de conversión que sucede en la fase intensiva cuando está en su finalización.

No evaluado. Se refiere a aquellos afectados con TB que el resultado de tratamiento no ha sido asignado; por lo cual, están incluidos los casos donde se desconoce en la unidad que reporta los resultados del tratamiento o los casos transferidos a otra unidad de tratamiento.

Tratamiento completo. Son los casos sin evidencia de fracaso y donde los último tres o más cultivos negativos realizados de manera consecutiva no hay una constancia.

Fallecido, perdida en el seguimiento y tratamiento exitoso. Las definiciones anteriores se adaptan a los afectados por TB R a medicamentos con tratamiento de segunda línea.

Diagnóstico de la TB

Criterios para el diagnóstico de TB en el adulto

Criterio clínico

La TB suele presentar por más de 15 días tos con expectoración sin o con hemoptisis, siendo sus síntomas generales la astenia, el dolor torácico, la pérdida de peso, la pérdida de apetito, sudoración nocturna y fiebre, mientras que en TB extrapulmonar los signos y síntomas específicos son el daño en órganos diana.

Criterio bacteriológico

Es recomendable realizar los siguientes aspectos:

- Se debe utilizar la herramienta diagnóstica PCR en tiempo real en las personas que presentan sintomatología sugestiva de TB.
- Cultivo, baciloscopia.

Para detectar la resistencia a rifampicina y la *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) es recomendable realizar un diagnóstico con PCR tiempo real y solicitar para determinar la resistencia a isoniacida (H) la prueba de Nitrato Reductasa.

Criterio imagenológico

Para dar soporte al diagnóstico clínico de la TB es recomendable usar la

radiografía de tórax; ya que, esta cuenta con especificidad moderada y una alta sensibilidad. La radiografía de tórax sirve para evaluar la severidad, extensión y localización de la enfermedad. No obstante, existen otros estudios de imagenología que pueden utilizarse, entre ellos se encuentran la resonancia magnética, la tomografía computarizada de tórax y la ecografía, aunque esta se debe efectuar de forma conjunta con los hallazgos bacteriológicos y el cuadro clínico. ⁽⁹⁾

Examen histopatológico

Para el diagnóstico de TB extrapulmonar es recomendable que se efectúe el examen histopatológico, ya que, en los tejidos observados con microscopía óptica cuando se evidencia la presencia de granuloma de tipo específico, esto sugiere un diagnóstico presuntivo de TB. Además, es de gran relevancia que se coloque en agua destilada estéril o solución fisiológica una fracción de la muestra extrapulmonar para que esta sea enviada para cultivo o BAAR.

Los factores de riesgo y/o criterios epidemiológicos en los grupos vulnerables se enlistan a continuación:

- a) Personas mayores de edad o conocidos como adulto mayor.
- b) Las mujeres en estado de gestación
- c) Contactos de una persona afectada con TB resistente (TB-R)
- d) Las personas afectadas que presentan sospechas de fracaso individualizado o estandarizado.
- e) Las personas afectadas que reciben tratamiento de TB sensible y que al finalizar el mes de extensión del tratamiento continúan con BK (+).
- f) Los individuos afectados que presenten fracaso de tratamiento de TB sensible por coinfección de TB/VIH.
- g) Las personas que muestran sospechas altas radiológicas y/o clínica de TB con BK (-).
- h) Individuos con antecedente de haber tenido irregularidad del tratamiento.
- i) Las personas que presentaron pérdida en el seguimiento que había sido recuperado.
- j) El fracaso a esquema con medicamentos de segunda y primera línea.
- k) Las personas afectadas que están en tratamiento de TB sensible que vuelven a tener positiva su BK luego de su negativización.

- l) Lo afectados que en su segundo mes de tratamiento donde reciben esquema para TB sensible siguen con baciloscopia.
- m) Los contactos de casos confirmados de TB RR y MDR con BK (+).
- n) El talento humano en centros de privación de libertad y establecimientos de salud.
- o) Las personas privadas de su libertad (PPL) que presentan fracaso al tratamiento de TB sensible.
- p) El contacto con persona que hubiera fallecido por TB.
- q) Los habitantes de la calle, las asociaciones que atienden adicciones y los residentes de albergues.
- r) Las personas con comorbilidades que fueron diagnosticados de TB, las mismas que pueden ser las afecciones intestinales, tratamiento inmunosupresor, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus y TB/VIH.
- s) Los afectados que tengan antecedente de tratamientos múltiples de TB mayores a dos episodios.
- t) Las personas tratadas previamente por TB que hayan tenido tratamientos particulares y donde los resultados sean no documentados o desconocidos sobre el tratamiento más reciente de TB.
- u) La recaída de las personas afectadas con diagnóstico de TB resistente o TB sensible.

Es necesario tener presente que se debe usar en los grupos con factores de riesgos para diagnóstico de TB resistente o sensible, así como, en las personas vulnerables la herramienta PCR en tiempo real. En cambio, es recomendable desarrollar la prueba PSD (método de proporciones) y de Nitrato Reductasa (GRIESS) en los afectados con factores de riesgo que mostraron resistencia confirmada a rifampicina por PCR en tiempo real y que presentaron baciloscopia positiva con resultado desde una cruz (+).

Criterios para el diagnóstico de TB extrapulmonar

La tuberculosis extrapulmonar (TBEP) es otro tipo de infección que tiende afectar órganos y tejidos que están localizados fuera del parénquima pulmonar, estos suelen representar del 20% al 25% del total de casos con TB, esto se suele deber a su difusión linfática y/o hematológica. Los lugares de Tb

extrapulmonar más comunes suelen ser órganos abdominales, peritoneo, sistema nervioso central, articulaciones, huesos, pleura miliar o diseminada, tracto genitourinario y ganglios.

La TBEP en los PVV suele representar hasta el 60% de todas las TB en general, para lo cual, el lugar más frecuente de este grupo suele ser la osteoarticular, la genitourinaria y la ganglionar, mientras que, las localizaciones suelen presentar con menor frecuencia.

Cuando existen sospechas de TBEP es recomendable que se investiguen los síntomas focalizados en algún sistema u órgano; así como, los síntomas generales como pérdida de peso, sudoración nocturna y fiebre. Además, es fundamental tener presente el criterio clínico en la TBEP, puesto que generalmente suelen ser paucibacilares los pacientes con dicha patología.

Por otra parte, se debe llevar a cabo un diagnóstico por punción con aguja fina (PAAF) o biopsia cuando la TBEP se encuentra focalizada en un sistema u órgano, donde su contenido se someta a métodos de proporciones, cultivo/tipificación, PCR en tiempo real y baciloscopia, e incluso se puede apoyar este diagnóstico al determinar la enzima adenosindeaminasa (ADA). Adicional, las técnicas de imagen como la resonancia magnética y la tomografía computarizada, así como, el uso de la radiografía puede ayudar en la aproximación diagnóstica cuando hay dificultad para conseguir muestras microbiológicas o cuando la TB no está focalizada. En cambio, para la detección de la actividad inflamatoria precoz se utiliza las técnicas isotópicas como es el caso de la tomografía por emisión de positrones (PET-TAC); no obstante, los hallazgos de la misma en el diagnóstico son inespecíficos.

TB ganglionar

Del total de TBEP la TB ganglionar representa del 30% al 40%, entre los ganglios linfáticos afectados con mayor frecuencia están:

- Abdominales
- Axilares
- Cervicales
- Torácicos

La sospecha de TB en un ganglio tiene la siguiente evolución natural:

- Cicatrización
- Disrupción de la piel
- Ganglios firmes coalescentes
- Abscesos o fistulización
- Ganglios fluctuantes

Para evaluar a una persona con linfadenopatías es recomendable que se inicie con un examen físico completo y la historia clínica. En caso, de que lo antes mencionado no explique el aumento del tamaño de los ganglios es necesario que se lleve a cabo una o biopsia ganglionar o una citología por aspiración con aguja fina (PAAF).

TB pleural

De total de casos de TBEP la TB pleural representa el 20% de casos, dentro de las más comunes manifestaciones clínicas se encuentran:

- La pérdida de peso
- La sudoración nocturna
- Fiebre

En cuanto a los signos y síntomas del derrame pleural están:

- Disnea
- Murmullo vesicular y percusión mate disminuida en el lado del derrame
- Desplazamiento de mediastino y tráquea alejándose del derrame
- Dolor torácico del tipo pleurítico
- Expansión torácica disminuida

La radiografía de tórax muestra típicamente:

- Radiopacidad homogénea unilateral
- Borramiento de uno o los dos ángulos (costodiafragmático y/o costofrénico) borde cóncavo superior (curva de Damoiseau, triángulo de Grocco), descartando una condensación neumónica.

En este tipo de patología el método más específico y sensible es la determinación del ADA.

TB abdominal

Es importante para descartar una TB gastrointestinal que se investigue cerca del ciego y el estómago cualquier masa abdominal, el cual, podría presentarse como un cuadro abdominal agudo. En lo que respecta a su localización, este puede ser genitourinaria, peritoneal, mesentérica o gastrointestinal; siendo su etiología más frecuente es por la ingesta *M. bovis* por medio de productos lácteos no pasteurizados; mientras que, la presentación con mayor frecuencia se da es la ileocecal.

Por lo antes mencionado es que se recomienda la investigación de los siguientes aspectos como:

- Masas abdominales y/o Adenopatías
- Pérdida de peso
- Ascitis
- Hepatomegalia
- Fiebre

Los síntomas antes enlistados suelen presentarse comúnmente en las personas afectadas con TB peritoneal. Pero, se debe efectuar el análisis y extracción del líquido peritoneal con ADA en los casos de ascitis.

TB renal

La TB renal se da por diseminación hematógica del bacilo cuando existe una reactivación tardía en el curso de una afectación diseminada o de la infección, en donde se presenta un cuadro clínico indoloro y crónico.

Tratamiento de la TB

Los tratamientos de TB están agrupados en Tb resistente y Tb sensible, los mismos que se deben administrar en relación al peso corporal de cada paciente.

El esquema que se debe aplicar en casos con TB sensible está basado en la combinación de cuatro fármacos de primera línea antituberculosis que se presenta a continuación:

- Casos nuevos donde no existe evidencia de TB resistente se aplica por seis meses 2HRZE/4HR.

- Casos de pérdida en el seguimiento, con sensibilidad a rifampicina, fracasos o recaídas, se debe aplicar por nueve meses HRZE.

En el tratamiento de TB sensible en adultos las recomendaciones de dosis por kg de peso con drogas de primera línea son las siguientes:

- Etambutol: dosis en mg/Kg 15 (15-20); máximo 1200 mg
- Rifampicina: dosis en mg/Kg peso 10 (10-20; máximo 600 mg
- Isoniacida: dosis en mg/Kg peso 5 (5-15); máximo 300 mg
- Pirazinamida: dosis en mg/Kg 25 (20-30); máximo 2000 mg

Tratamiento para casos nuevos con TB pulmonar y extrapulmonar sensible

Los casos nuevos que presentan sensibilidad comprobada a H y/o R detectado mediante PSD es recomendable que siga el esquema 2HRZE/4HR. Estos casos son:

1. Los casos de TB extrapulmonar exceptuando la osteoarticular y del sistema nervioso central.
2. Los casos TB pulmonar por diagnóstico clínico.
3. Los casos TB pulmonar bacteriológicamente positiva.

El esquema presentado puede ser aplicado a los casos nuevos que no representen factores de riesgo para TB resistente, siempre esperando los resultados de la PSD.

El esquema se subdivide en dos fases, las cuales se explican a continuación.

- Primera fase: 50 dosis HRZE por dos meses.
- Segunda fase: 100 dosis HR por cuatro meses.

La administración de los medicamentos en las dos fases se las efectúa de manera diaria, en el caso de hospitalización y PPL es siete días a la semana y en casos ambulatorios cinco días por semana. Por otra parte, el cálculo de los fármacos se realizará tomando en consideración 25 tomas por mes.

Prevención y tamizaje

Control de infecciones

Las medidas básicas de prevención que se recomiendan a los infectados que iniciaron el tratamiento para evitar el contagio y la transmisión es que usen

mascarillas las son primeras semanas y que se cubran la boca al estornudar o toser.

Se ha evidenciado que convierten al segundo mes de tratamiento más del 84% de casos TBPBK+. Esto se da después de iniciar un eficaz tratamiento en la mayoría de casos, por lo que en la segunda y cuarta semana se tornan negativas las baciloscopias.

Además, el personal de salud tiene mayor riesgo de contagiarse por TB que la población general. Por ese motivo se recomienda que las personas afectadas por TB bacteriológicamente positiva utilicen durante su permanencia en zonas comunes del establecimiento de salud mascarillas quirúrgicas.

Control de contactos

Tienen mayor riesgo de enfermar e infectarse por TB los contactos de un afectado por TB bacteriológicamente positiva. Puesto que, existen estudios que demuestran que la incidencia de TB entre los contactos íntimos del afectado es del 5 % o más.

De acuerdo al tiempo de exposición y la cercanía se pueden clasificar los contactos en:

- Contacto esporádico: son aquellos que tienen una exposición no diaria.
- Contacto frecuente: es aquel que suele estar bajo exposición diaria menor de seis horas.
- Contacto íntimo: es aquel que sufre una exposición diaria con más de 6 horas.

El personal de salud debe entrevistar a los contactos dentro de las 72 horas de empezado un tratamiento antituberculoso como parte de las recomendaciones del MSP con el fin de registrar y controlar oportunamente cada caso, para después constatarla mediante la visita domiciliaria.

Además, dentro del primer mes de empezado el tratamiento y mientras este dure se recomienda que se efectúe el control y examen de contactos, el cual debe tener una periodicidad de cada tres meses por medio de visitas domiciliarias llevadas a cabo en el primer nivel de atención.

Educación para la salud

Para que se logre una conducta colectiva es recomendable que se realice un proceso de diálogo entre el agente comunitario, el personal de salud, la familia del afectado y el afectado por TB con el fin de que se logre disminuir el riesgo de infección por TB en la comunidad.

El personal de salud debe seguir como recomendación la incorporación de medidas preventivas y la identificación de SR en cada una de sus consultas. Las razones que limitan la adherencia al tratamiento de acuerdo a los estudios efectuados a personas afectadas con TB son la consejería médica, la falta de apoyo familiar y el desconocimiento de la enfermedad. Por ese motivo, para que se logre garantizar la adherencia al tratamiento es recomendable que se desarrolle procesos de educación para la salud integral.

4.2 Antecedentes investigativos.

Un estudio realizado por Angy Daza, Ingrid Garzón, Karen Vélez (2017) titulado “Calidad de vida en salud del personal asistencial de la Clínica Universidad Cooperativa de Colombia”, en cuyas conclusiones refleja optimo estado de salud en las dimensiones rol físico, rol emocional, función física y función social; por otra parte, las dimensiones de salud mental y vitalidad los puntajes fueron bajos reflejando un déficit en el estado de salud. ⁽¹⁴⁾

El estudio realizado por Sandy Rincon y Edna Villalobos (2019) titulado “Calidad de vida y afrontamiento de pacientes enfermos crónicos en áreas rurales vs áreas citadinas”, concluyo que la importancia de los lazos y la conformación de entornos les permite tener una vida activa socialmente, incluyendo la vitalidad y la salud mental. ⁽¹⁵⁾

Se llevó a cabo un estudio analítico observacional de casos y controles por Francisco Caiza (2015), titulado “Valoración de la calidad de vida de los pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en la zona de salud N°9”, el cual se efectuó a una muestra de 43 casos de pacientes con diagnóstico de TBP y 86 controles sin TBP, se concluyo que las dimensiones mas afectadas en la calidad de vida de pacientes con

tuberculosis pulmonar es el rol físico.⁽¹⁶⁾

Estudio realizado por Jessica González (2017) titulado “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos” concluyo que las personas presentan niveles altos de salud mental y rol emocional que se relaciona con la calidad de vida buena. ⁽¹⁷⁾

5. MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación.

El nivel de investigación fue descriptivo.

5.2 Tipo de investigación.

Según la intervención del investigador: observacional.

Según la planificación de la toma de datos: prospectivo.

Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: transversal.

Según el número de variables analíticas: descriptiva.

5.3 Diseño de investigación.

Es un estudio de prevalencia o de corte transversal.

5.4 Justificación de la elección del método

Los métodos utilizados son flexibles a las necesidades del estudio y dio respuesta a los objetivos de la investigación; el cual nos permitió valorar la calidad de vida en pacientes con tuberculosis.

5.5 Población de estudio.

Los 46 pacientes de ambos sexos con diagnóstico de tuberculosis que se atienden en el Centro de Salud Bastón Popular tipo C

5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

La población de estudio son los 46 pacientes de ambos sexos, en edades de 20 años y más, con diagnóstico de tuberculosis del Centro de Salud Bastión Popular durante al año 2021

5.5.2 Criterios de inclusión.

1. Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
2. Pacientes que reciban el tratamiento para tuberculosis regularmente en el Centro de Salud Bastión Popular tipo C.

5.5.3 Criterios de exclusión

1. Paciente con discapacidad intelectual que le impida completar los

instrumentos de investigación.

2. Paciente que después de dos citas al centro de salud no sea posible contactarse.

5.6 Procedimiento de recolección de la información

La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Durante su realización se cumplieron las normas éticas establecidas en el reglamento de ética para las investigaciones del Ecuador y en la declaración de Helsinki.

Los pacientes expresaron su consentimiento de participar del estudio.

Se solicitó la autorización de la dirección del centro de Salud Bastión Popular Tipo C.

La información de la población de pacientes, se obtuvo de la base de datos del PRAS de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis

Instrumentos:

- Se realizó encuestas elaboradas por el autor y validadas por dos médicos familiares
- Se aplicó encuestas elaboradas por otros autores

Para dar salida al primer objetivo se utilizó una encuesta elaborada por el autor, sobre datos sociodemográficos (sexo, edad, etnia, estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos económicos) constó de 7 ítems

Para dar salida al segundo objetivo se utilizó encuesta elaborada por el autor, utilizando la escala de Likerts (frecuentemente, ocasionalmente, raramente, nunca), sobre la categorización de hábitos tóxicos constó de 3 ítems, que se puntúa de la siguiente manera nunca: 1, raramente: 2, ocasionalmente: 3 frecuentemente: 4

Para dar salida al tercer objetivo se evaluó el estado nutricional, sus valores se tomaron de la historia clínica (delgadez, normal, sobrepeso, obesidad)

Para dar salida al cuarto objetivo se utilizó la encuesta SF 36- español, que recogió información que identificó la calidad de vida de pacientes con tuberculosis.

El SF 36 es una escala genérica que consta de 8 dominios y 36 ítems, el instrumento cubre las siguientes escalas: 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 (déficit en el estado de salud) hasta 100 (óptimo estado de salud).⁽¹⁸⁾

Las dimensiones evaluadas son la función física: entendida como el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida cotidiana, como la higiene personal, caminar, subir escaleras, transporte de mercancías y realizar esfuerzos moderados e intensos. Rol físico: entendido como el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. Dolor corporal: como la medida de la intensidad del dolor padecido y su impacto en el trabajo ordinario y en las actividades del hogar. Salud general: esta es una evaluación personal de la salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. Vitalidad: como el sentimiento de energía frente al de cansancio y desánimo.

Calidad de vida relacionada con función social: dependiendo del grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual. Rol emocional: grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo asignado, disminución del rendimiento y la atención al trabajo. Salud mental: como una evaluación de la salud mental general, teniendo en cuenta la depresión, la ansiedad, el autocontrol, y bienestar general.

La valoración completa de las encuestas permitió evaluar la calidad de vida global de la población, con una puntuación de malo 0-24%; regular: 25-49%; buena: 50-74%; muy buena; 75-100%.

5.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
EDAD	ENCUESTA
SEXO	ENCUESTA
ETNIA	ENCUESTA
ESTADO CIVIL	ENCUESTA
ESCOLARIDAD	ENCUESTA
OCUPACION	ENCUESTA
INGRESOS ECONOMICOS	ENCUESTA
HABITOS TOXICOS	ENCUESTA
ESTADO NUTRICIONAL	HISTORIA CLINICA
CALIDAD DE VIDA	ENCUESTA SF 36

5.8 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento estadístico de los datos se realizó a través del programa informático SPSS (statistical Package for Social Sciences) v. 26 para Windows

Se utilizaron números absolutos y proporciones para el resumen de variables cualitativas y cuantitativas. La información se presentó en forma de tablas para su mejor comprensión.

5.9 Variables

5.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Edad	20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, >90	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Etnia	Autoidentificación étnica	Blanco(a) Montubio(a) Mestizo(a) Indígena Afroecuatoriano(a)	Cualitativa nominal
Estado civil	Estado civil	Soltero(a) Casado(a) Unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)	Cualitativa nominal
Escolaridad	Escolaridad	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Cualitativa ordinal
Ocupación	Ocupación	Empleado privado Empleado público Cuenta propia Ama de casa Estudiante Jubilado	Cualitativa nominal

		Desempleado	
Ingresos económicos familiar mensual per capite	Ingresos económicos total, familiar. Número de integrantes de la familia	Adecuado (84,49 o más) Pobreza (84,48 a 47,62) Pobreza extrema (menos de 47,62)	Cualitativa ordinal
Hábitos Tóxicos	Consume Alcohol Consume Tabaco Consume droga	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Cualitativa ordinal
Estado nutricional	Peso y Talla	Delgadez Normal Sobrepeso Obesidad	Cualitativa ordinal
Calidad de vida	Función física Rol físico Función social Dolor corporal Vitalidad Rol emocional Salud mental Salud general	Deficit en el estado de salud Optimo estado de salud	Cualitativa ordinal

6. PRESENTACION DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por edad y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
20-29	14	42,8	4	30,8	18	39,1
30-39	4	12,1	5	38,5	9	19,6
40-49	7	21,2	0	0	7	15,2
50-59	5	15,2	1	7,7	6	13,0
60-69	3	9,1	1	7,7	4	8,7
80-89	0	0,0	2	15,4	2	4,3
Total	33	100	13	100	46	100

Fuente: Encuesta

En el estudio participaron 46 personas de las cuales el mayor número es decir 39,1% de casos fue masculino y sus edades comprendidas entre 20-29 años. En comparación con los estudios realizados por:

- . Rivero Milton J. (2017) Tuberculosis Pulmonar: estudio clínico-epidemiológico manifestó que el mayor número de casos diagnosticados fue de sexo masculino, el grupo de edad que predominó fue de 60 años
- . Programa Nacional de Control y eliminación de la tuberculosis (2018). Informe de situación epidemiológica y operacional del programa nacional de tuberculosis. Santiago de Chile Julio 2018

Tabla 2. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis, por autoidentificación étnica y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

AUTOIDENTIFICACIÓN	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Mestizo(a)	25	75,8	9	69,2	34	73,9
Indígena	6	18,2	3	23,1	9	19,6
Montubio(a)	1	3,0	1	7,7	2	4,3
Afroecuatoriano(a)	1	3,0	0	0	1	2,2
Total	33	100	13	100	46	100

Fuente: Encuesta

En la presente tabla los pacientes con mayor porcentaje se autoidentificaron como mestizos en un 73,9%

. Ortega K. (2020) Prevalencia de tuberculosis en pacientes de 18 a 40 años atendidos en el área de consulta externa de un centro de salud de la ciudad de Guayaquil, año 2020

. Samaniego F. (2019) "Prevalencia de tuberculosis pulmonar en pacientes del Hospital Esmeralda sur Delfina Torres de Concha"

Tabla 3. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por estado civil y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

ESTADO CIVIL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero(a)	13	39,4	3	23,1	16	34,8
Unión Libre	12	36,4	3	23,1	15	32,6
Casado(a)	7	21,2	5	38,5	12	26,1
Viudo(a)	0	0	2	15,4	2	4,3
Divorciado(a)	1	3,0	0	0	1	2,2
Total	33	100	13	100	46	100

Fuente: Encuesta

La mayoría de los encuestados son de estado civil solteros con un 34,8%, seguidos de unión libre con un 32,6%

. Sánchez N. (2018) “Conocimiento actitudes y practicas de pacientes con tuberculosis atendidos en el Centro de Salud tipo C “Nueva San Rafael” manifestó que la mitad del estudio eran solteros.

. Peralta B. (2018)” “Intervención de enfermería en pacientes con tratamiento de tuberculosis pulmonar en la comunidad”

Tabla 4. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por escolaridad y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

ESCOLARIDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	10	30,3	4	30,8	14	30,4
Secundaria	21	63,3	7	53,8	28	60,9
Superior	2	6,1	2	15,4	4	8,7
Total	33	100	13	100	46	100

Fuente: Encuesta

En esta tabla se observa que el 60% de los encuestados la escolaridad es secundaria

. Castellanos F. (2018) Tuberculosis Pulmonar en el centro de salud anidado El Triunfo. Guía de prevención, menciona que el nivel de escolaridad solo era primario.

. Torres M. (2016) Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados, menciona que el 70% tiene estudios de secundaria

Tabla 5. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por ocupación y sexo. Centro de Salud Bastion Popular tipo C. Año 2021

OCUPACIÓN	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Desempleo	16	48,5	1	7,7	17	37,0
Cuenta propia	8	24,2	2	15,4	10	21,7
Ama de casa	0	0	7	53,8	7	15,2
Empleado privado	4	12,1	1	7,7	5	10,9
Estudiante	3	9,1	1	7,7	4	8,7
Empleado publico	2	6,1	0	0	2	4,3
Jubilado	0	0	1	7,7	1	2,2
Total	33	100	13	100	46	100

Fuente: Encuesta

En esta tabla nos permite identificar que el 37 % de los pacientes encuestados están en desempleo

. Tisoc J. (2016) Nivel de conocimiento en pacientes afectados de tuberculosis en el Centro de salud Maria Teresa de Calcuta, predomino el trabajo independiente.

. Vasquez A. (2018) Conocimiento y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en pacientes y familiares que reciben tratamiento en el Centro de salud Venezuela de la ciudad de Machala, menciona que el 62,5% no trabaja

Tabla 6. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por ingresos económicos y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

INGRESOS ECONOMICOS	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Adecuado	25	75,8	11	84,6	36	78,3
Pobreza	8	24,2	2	15,4	10	21,7
Total	33	100	13	100	46	100

Fuente: Encuesta

En esta tabla se observa que el 78,3% de encuestados sus ingresos económicos son adecuados.

. Martinez L. (2017) Costo de bolsillo de pacientes con diagnóstico de tuberculosis en Colombia.

. Revista Latino-americana de Enfermagen. (2020) Tuberculosis asociada con condiciones de vida en un municipio endemico en el Norte de Brasil

Tabla 7. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por hábitos tóxicos y sexo. Alcoholismo. Centro de Salud Bastón popular tipo C. Año 2021

HABITOS TOXICOS ALCOHOLISMO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Ocasionalmente	1	3,0	0	0	1	2,2
Raramente	9	27,3	0	0	9	19,6
Nunca	23	69,7	13	100	36	78,3
Total	33	100	13	100	46	100

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que el 78,3% de encuestados nunca consumo alcohol

. Jaramillo B. Yanez A. (2018) "Perfil epidemiológico y caracterización clínica de los pacientes con diagnostico de tuberculosis en el servicio de neumología del Hospital Pablo Arturo Suarez.

. Cajilema N. Martillo M (2019)" Frecuencia del abandono al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes atendidos en un centro de salud en la ciudad de Guayaquil"

Tabla 8. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por habitos tóxicos y sexo. Tabaquismo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

HABITOS TOXICOS TABAQUISMO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Raramente	4	12,1	0	0	4	8,7
Nunca	29	87,9	13	100	42	91,3
Total	33	100	13	100	46	100

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que el 91,3% nunca a fumado tabaco

. Aguilar J. Arriaga M. Rodas M. Martins E. (2016) "Tabaquismo y fracaso del tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Estudio de casos y controles"

. Nuñez E. (2018) "Factores asociados a recaídas por tuberculosis en el Hospital Nacional Guillermo Almendara Irigoyen"

Tabla 9. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por hábitos tóxicos. Drogas. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. año 2021

HABITOS TOXICOS DROGAS	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Frecuentemente	2	6,1	0	0	2	4,3
Raramente	4	12,1	0	0	4	8,7
Nunca	27	81,8	13	100	40	87,0
Total	33	100	13	100	46	100

Fuente: Encuesta

El 87% de la encuestada refirió que nunca a consumido drogas

. Carpio F. Lindo R. Salguero C. Torres D. “Asociación de tuberculosis y consumo de cocaína en resultados desfavorables al tratamiento antituberculoso”

. Tapia A. (2018) “Factores de riesgo y comorbilidades de tuberculosis pulmonar en pacientes adultos”

Tabla 10. Tabla resumen de distribución de la población de pacientes con tuberculosis por hábitos tóxicos y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

HABITOS TOXICOS	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Frecuentemente	2	4,3	0	0	2	4,3
Ocasionalmente	1	2,1	0	0	1	2,1
Raramente	5	10,8	0	0	5	10,8
Nunca	25	54,3	13	28	40	82,5
Total	33	71,5	13	28,2	46	100

Fuente: Encuesta

En el estudio realizado a los 46 pacientes, al elaborar la tabla resumen se pudo evidenciar que el 82,5% de la población nunca a tenido hábitos tóxicos.

. Nuñez E. (2018) “Factores asociados a recaídas por tuberculosis en el Hospital Nacional Guillermo Almendara Irigoyen”

Tabla 11. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por estado nutricional y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

ESTADO NUTRICIONAL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Delgadez	4	12,1	1	7,7	5	10,9
Normal	20	60,6	9	69,2	29	63,0
Sobrepeso	8	24,2	3	23,1	11	23,9
Obesidad	1	3,0	0	0	1	2,2
Total	33	100,0	13	100,0	46	100,0

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que el estado nutricional de los pacientes con tuberculosis es normal con un 63%

. Pacsi K. (2017) "Consumo alimenticio y estado nutricional. Beneficiarios de la estrategia sanitaria control y prevención de la tuberculosis"

. Baldoma M (2016) "Evaluación nutricional en la tuberculosis"

Tabla 12. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por la calidad de vida. Función física y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

FUNCIÓN FÍSICA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Deficit estado de salud	21	63,6	6	46,2	27	58,7
Optimo estado de salud	12	36,4	7	53,8	19	41,3
Total	33	100,0	13	100,0	46	100,0

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que los encuestados en la calidad de vida en su función física, esta en un déficit estado de salud con un 58,3%

. Daza A, Garzón I, Vélez K (2017) “Calidad de vida en salud del personal asistencial de la Clínica Universidad Cooperativa de Colombia

Tabla 13. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por la calidad de vida. Rol físico y sexo. Centro de Salud Bastion Popular tipo C. Año 2021

ROL FISICO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Deficit estado de salud	21	63,6	7	53,8	28	60,9
Optimo estado de salud	12	36,4	6	46,2	18	39,1
Total	33	100,0	13	100,0	46	100,0

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que los encuestados en la calidad de vida, en el rol físico esta en un déficit de estado de salud con un 60,9%

. Macazon B. (2017) “Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas- Los Rios intervenida con el modelo de atención inetgral”

Tabla 14. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por la calidad de vida. Dolor corporal y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

DOLOR CORPORAL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Déficit estado de salud	7	21,2	4	30,8	11	23,9
Optimo estado de salud	26	78,8	9	69,2	35	76,1
Total	33	100,0	13	100,0	46	100,0

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que los encuestados en la calidad de vida en el dolor corporal, manifiestan un optimo estado de salud con un 76,1%

. Aguilar K. Salazar S. (2016) “Evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento de hemodiálisis del instituto de atención renal especializada”

Tabla 15. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por la calidad de vida. Salud general y sexo. Centro de Salud Bastion Popular tipo C. Año 2021

SALUD GENERAL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Déficit estado de salud	12	36,4	4	30,8	16	34,8
Optimo estado de salud	21	63,6	9	69,2	30	65,2
Total	33	100,0	13	100,0	46	100,0

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que los encuestados en la calidad de vida en su salud general, manifiestaron un optimo estado de salud con un 65,2%

. Francisco Caiza. (2015) “Valoración de la calidad de vida de los pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en la zona de Salud.

Tabla16. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por la calidad de vida. Vitalidad y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

VITALIDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Déficit estado de salud	12	36,4	4	30,8	16	34,8
Optimo estado de salud	21	63,6	9	69,2	30	65,2
Total	33	100,0	13	100,0	46	100,0

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida en vitalidad, manifestaron un óptimo estado con un 65,2%

. Carbajal D. (2019) “Calidad de vida en el adulto mayor del centro integral de la molina”

. Daza A, Garzón I, Vélez K (2017) “Calidad de vida en salud del personal asistencial de la Clínica Universidad Cooperativa de Colombia

Tabla 17. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por la calidad de vida. Función social y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

FUNCIÓN SOCIAL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Déficit estado de salud	10	30,3	4	30,8	14	30,4
Optimo estado de salud	23	69,7	9	69,2	32	69,6
Total	33	100,0	13	100,0	46	100,0

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida en función social, manifestaron un optimo estado con un 69,6%

. Rincon S y Villalobos E (2019) titulado “Calidad de vida y afrontamiento de pacientes enfermos cronicos en áreas rurales vs áreas citadinas”

Tabla 18. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por la calidad de vida. Rol emocional y sexo. Centro de Salud Bastión popular tipo C. Año 2021

ROL EMOCIONAL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Déficit estado de salud	8	24,2	3	23,1	11	23,9
Optimo estado de salud	25	75,8	10	76,9	35	76,1
Total	33	100,0	13	100,0	46	100,0

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida en rol emocional y sexo, manifestaron un optimo estado de salud con un 76,1%

. González J. (2017) “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos

Tabla 19. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis por la calidad de vida. Salud mental y sexo. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

SALUD MENTAL	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Déficit estado de salud	7	21,2	4	30,8	11	23,9
Optimo estado de salud	26	78,8	9	69,2	35	76,1
Total	33	100,0	13	100,0	46	100,0

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida en la salud mental esta en óptimo estado de salud con un 76,1%

. Aguilar K. Salazar S. (2016) “Evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) entratmiento de hemodiálisis del instituto de atención renal especializada”

Tabla 20. Distribución de la población de pacientes con tuberculosis según la calidad de vida general. Centro de Salud Bastión Popular tipo C. Año 2021

Calidad de vida	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Déficit estado de salud	13	28,2	4	8,7	17	36,9
Óptimo estado de salud	20	43,4	9	19,5	29	63,0
Total	33	71,6	13	28,2	46	100,0

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que la calidad de vida en general de los pacientes con tuberculosis es óptimo estado de salud con el 63%, lo que nos da como resultados una buena calidad de vida.

. Francisco Caiza. (2015) "Valoración de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en la zona de Salud.

7. CONCLUSIONES

- De acuerdo al análisis obtenido de la población de estudio se puede determinar las siguientes conclusiones
- La distribución sociodemográfica está compuesta mayormente de la población masculina, el grupo de edad que predominó es de la segunda década de vida, la mayoría de los participantes se consideran de etnia mestiza, la escolaridad secundaria es lo que mayormente predominó, de igual manera el desempleo
- En la población de estudio no se evidenció la presencia de hábitos tóxicos
- El estado nutricional normal fue el que prevaleció en el estudio realizado.
- La dimensión afectada en la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis según el estudio es el Rol físico y la función física, determinando que se encuentran en un déficit.
- En conclusión, la interpretación general de la valoración de la calidad de vida en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Bastión Popular tipo C, es catalogada como buena, por los instrumentos antes utilizados.

8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación se pudo analizar los diferentes factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis, considerando que esta enfermedad esta presente principalmente en los adultos jóvenes; las personas con desnutrición presentan un mayor riesgo de contraerla, asi como los que consumen tabaco y alcohol.

La calidad de vida de estos pacientes en las áreas donde se ven mas afectados es en la función física y el rol físico, limitando sus actividades diarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González R, Valle A, Arce R, Fariña F, editors. Calidad de vida, bienestar y salud. [Internet], España: Psicoeduca; 2010 [citado 2021 mayo 7]. p.5-22. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/288653542_Calidad_de_vida_bienestar_y_salud
2. Giraldo N, Valencia D, Cardona J, Calidad de vida relacionada con la salud en tuberculosis: revisión sistemática y metanálisis. Infectio [Internet], 2018 Oct [citado 2021 mayo 7]; 22(3); 124-130. Disponible en: <http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/722>
3. Robles A, Rubio B, Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Residente [Internet], 2016 Sept [citado 2021 mayo 7]; 11(3); 120-125. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
4. Subsecretaria de vigilancia de la Salud pública [Internet]. Ecuador: Boletín Anual Tuberculosis 2018; [actualizado 2019; citado 7 mayo 2021]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/informe_anual_TB_2018UV.pdf
5. Organización Mundial de la Salud (OMS) Tuberculosis. 2019. Citado 2021 mayo 7. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
6. Ardilla R. Calidad de vida una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología [Internet] 2003 [citado 2021 mayo 7]; 35(2): 161-164. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
7. Robles A, Rubio B, Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Residente [Internet], 2016 Sept [citado 2021 mayo 7]; 11(3); 120-125. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
8. Galván M, ¿Qué es la calidad de vida? Revista y boletines científicos. Universidad autónoma del estado de Hidalgo [Internet] 2014 [citado 2021 septiembre 25]; Vol. 1. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>

9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. Guía de Práctica Clínica. Segunda Edición. Quito. Dirección Nacional de Normatización; 2018. 150 p. [citado 2021 mayo 7]
10. Muñoz A, Sánchez H, Verges C. Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones de la bioética. *pers. bioét.* [Internet], 2018 [citado 2021 Mayo 7]; 22(2); Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49510/OPSCDE18036_spa?sequence=2&isAllowed=y
11. Cepeda K, Chérrez M, Vera D, Oviedo G. La dependencia alcohólica como factor de riesgo de tuberculosis. *Revista científica* [Internet], 2018 [citado 2021 septiembre 30]; vol 3; 363-390; Disponible en : <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/281/542>
12. Aguilar J, Arriaga M. Tabaquismo y fracaso del tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Un estudio de casos y controles. *Revista científica* [Internet], 2019 [citado 2021 septiembre 30]; 45(02); Disponible en: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/wwJHX5tz4qrrpmggLmL7Z8P/?lang=es>
13. Sánchez S. Nutrición y tuberculosis. [Internet], 2019 [citado 2021 septiembre 30]; Disponible en: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1172/2016_N_015.pdf?sequence=1
14. Daza A, Garzón I, Vélez K, Calidad de vida y salud en el personal asistencial de la Clínica Universidad Cooperativa de Colombia. *Salud y Sociedad* [Internet], [citado 2021 agosto 20]; 2017. 58p; Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4512/1/2017_calidad_vida_salud..pdf
15. Rincon S, Villalobos E. Calidad de vida y afrontamiento de pacientes enfermos crónicos en áreas rurales vs. áreas urbanas [Internet], 2019 [citado 2021 agosto 20]; 33p; Disponible en: <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1302/Tesis%20en%20word.pdf?sequence=1>

16. Caiza F, Valoracion de la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis en tratamiento en la zona N°9 durante los meses de Mayo y Junio 2015 [Internet], [citado 2021 agosto 20]; 2015. 99p; Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10431/TESIS%20CVRSTBP.pdf?sequence=1>
17. González J. Estrategia de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos [Internet], [citado 2021 agosto 20];2017. 109p. Disponible en:
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26005/2/TESIS-TERMINADA-JESSY-.pdf>
18. Vilagut G. Ferrer M. El cuestionario de salud SF-36 español: una decada de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta sanitaria [Internet], 2005 [citado 2021 mayo 7]; 19(2) Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en: valorar la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis.

He recibido la información por el médico: SONIA OCAÑA PARRAGA posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0916617434 y número de teléfono: 0992050218

1. Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
2. Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
3. La investigación consistirá en aplicación de una serie de preguntas
4. El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es 12 meses
5. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
7. Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
8. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente: Firma _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha:.....

SISTEMA DE POSGRADO

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA

SEXO: MASCULINO

 FEMENINO

EDAD:

ETNIA:

- Blanco
- Montubio
- Mestizo
- Indígena
- Afrodescendiente

ESTADO CIVIL:

- Soltero
- Casado(a)
- Unión libre
- Separado(a)
- Divorciado
- Viudo

ESCOLARIDAD:

- Ninguna
- Primaria
- Secundaria
- Superior

OCUPACION:

- Empleado privado
- Empleado publico
- Cuenta propia
- Ama de casa
- Estudiante
- Jubilado
- Desempleado

INGRESOS ECONOMICOS

- Adecuado (84,49 o más)
- Pobreza (84,48 a 47,62)
- Pobreza extrema (menos de 47,62)

ANEXO

MARQUE X SEGÚN SU CRITERIO

1.- Consume alcohol

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

2.- Fuma tabaco

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

3.- Consume drogas

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

ANEXO 3

CUESTIONARIO SF-36

Marque con una X la casilla que mejor describa su respuesta

1.- En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

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

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
---	--	---	---------------------------------------	--

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
<u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1	2	3
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
Agacharse o arrodillarse	1	2	3
Caminar un kilómetro o mas	1	2	3
Caminar varios centenares de metros	1	2	3
Caminar unos 100 metros	1	2	3
Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4.- Durante las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

SI NO

¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o sus actividades cotidianas?	1	2
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)	1	2

5.- Durante las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

SI NO

¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	1	2
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	1	2
¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

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

Nada Un poco Regular Bastante Mucho
 1 2 3 4 5

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

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

8.- 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)?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho
 1 2 3 4 5

9.- Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Se sintió lleno de vitalidad	1	2	3	4	5
¿Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5
¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5
¿Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5
¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5
¿Se sintió desanimado y deprimido?	1	2	3	4	5
¿Se sintió agotado?	1	2	3	4	5
¿Se sintió feliz?	1	2	3	4	5
¿Se sintió cansado?	1	2	3	4	5

10.- Durante las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Solo alguna vez Nunca

1 2 3 4 5

11.- Por favor diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

GRACIAS POR CONTESTAR A ESTAS PREGUNTAS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ocaña Párraga Sonia Virginia**, con C.C: # 0916617434 autor/a del trabajo de titulación: **Valoración de calidad de vida en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021**, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de noviembre del 2021

f. _____

Nombre: **Ocaña Párraga Sonia Virginia**

C.C: **0916617434**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Valoración de calidad de vida en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021		
AUTOR(ES)	Sonia Virginia Ocaña Párraga		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Norma del Roció Huacón Castro		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre del 2021	No. PÁGINAS:	60
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina familiar y Comunitaria, Medicina interna, Nutrición		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Calidad de vida, Tuberculosis, Hábitos tóxicos, Tabaquismo, Alcoholismo, Nutrición.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>La Tuberculosis a pesar de los años sigue manteniéndose como un problema de salud pública, esto se debe a que, en la región de las Américas durante el año 2017 se han evidenciado 282.000 casos nuevos y recaídas de esta enfermedad, lo cual, generó una tasa de incidencia de 28 por cada 100.000 habitantes y representando un 3% de la carga mundial de tuberculosis.</p> <p>De igual manera, es necesario comprender que existen ciertos factores que pueden determinar el riesgo de infección de tuberculosis, los cuales son las condiciones culturales y económicas de la población, los determinantes sociales y el número de fuentes de contagio existentes en la comunidad.</p> <p>Los pacientes con tuberculosis se ven afectados en diferentes aspectos de su vida por esta enfermedad, haciendo que la calidad de vida se vea disminuida</p> <p>La calidad de vida es un concepto que se refiere a la manera como una persona puede verse deteriorada por un tratamiento o enfermedad, aspecto que puede influir en su nivel de satisfacción acerca de su bienestar tanto social, emocional y fisiológico.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-992050218	E-mail: drasonia_oc@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Landívar Varas, Xavier Francisco		
	Teléfono: +593-4-3804600 ext:1830-1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			