

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



TESIS

**"PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD RESPIRATORIA
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE
TUBERCULOSIS CONFIRMADA EN LA JURISDICCIÓN
DEL C.S. LA ESPERANZA, 2023"**

**PARA OPTAR POR:
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR:
JOSÉ RENATO VELA QUIROZ
ORCID: 0000-0002-8178-6150**

**ASESOR:
GERSON ROBERTO GÓMEZ ZAPANA
ORCID: 0000-0003-3493-7910**

**TACNA – PERÚ
2024**

DEDICATORIA

A Dios, por favorecerme siempre.

A mi familia, por forjarme como soy.

Y a mi Patria, a quien dedico todos mis logros.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, José Renato Vela Quiroz, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 72351387, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

“PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CONFIRMADA EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. LA ESPERANZA, 2023” Asesorada por Gerson Roberto Gómez Zapana, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

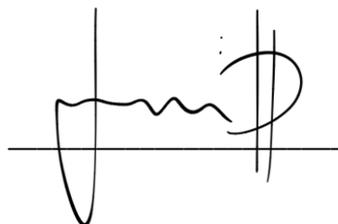
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 72351387

Fecha: 03 de julio del 2024

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por haberme guiado y ser mi soporte durante los años de estudio universitario y a todos los demás integrantes de mi familia, por la confianza y esperanza que han puesto en mí.

A mis amigos y compañeros de estudio, con quienes hemos forjado lazos fraternales en base a la mutua confianza y apoyo desinteresado.

A los catedráticos de mi facultad que obraron de buena fe y que con profesionalismo y dedicación han contribuido en formarme como médico.

RESUMEN

Objetivo: Estimar la percepción de calidad de vida (SF-36) y calidad respiratoria en pacientes con antecedente de tratamiento de tuberculosis confirmada en la jurisdicción del C.S. La Esperanza, 2023.

Metodología: Usando la técnica de la encuesta, se realizó un estudio observacional retrospectivo a un total de 58 pacientes con antecedente de TB, se les aplicó dos cuestionarios, (Calidad de Vida SF-36 y Cuestionario de la Enfermedad Respiratoria Crónica (CRQ) validados para el Perú.

Resultados: De los 58 pacientes estudiados, el 27,6% tenía entre 40 a 49 años. El 43,1% tenía secundaria. El 82,8% procedía de zona urbana. El 55,2% era empleada (o) independiente. El 94,8% tenía el seguro integral de salud. El 79,3% no tenía comorbilidades. Según calidad de vida en salud, el promedio más bajo lo tuvo la dimensión de rol físico (media de 21,55) y la dimensión de rol emocional (media de 20,11). El componente más afectado es el mental respecto al físico, con un promedio de 36,95 y 51,64 y respectivamente. El 60,3% refiere una calidad de vida buena pero un 39,7% como mala. Según enfermedad respiratoria crónica, el 36,2% se encuentra en una condición de buena, 32,8% en riesgo y el 15,5% nivel malo. La dimensión de fatiga (media de 21,93) y control de la enfermedad (media de 17,34) son los más afectados.

Conclusiones: El componente más afectado es el mental respecto al físico, el cual se encuentra relacionado con la dimensión de disnea de enfermedad respiratoria crónica (Rho de Spearman: 0.302 valor p: 0.021). La calidad de vida en salud se ve influenciada hasta en un 30,2% por la presencia de disnea, principalmente.

Palabras clave: *Calidad de vida, Calidad de vida en salud, Calidad respiratoria, Enfermedad respiratoria crónica, Tuberculosis pulmonar.*

ABSTRACT

Objective: To estimate the perception of quality of life (SF-36) and respiratory quality in patients with a history of confirmed tuberculosis treatment in the jurisdiction of C.S. La Esperanza, 2023.

Methodology: Using the survey technique, a retrospective observational study was carried out on a total of 58 patients with a history of TB. Two questionnaires were applied (Quality of Life SF-36 and Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) validated for Peru).

Results: Of the 58 patients studied, 27.6% were between 40 and 49 years of age. 43.1% had high school education. 82.8% were from urban areas. 55.2% were self-employed. 94.8% had comprehensive health insurance. 79.3% had no comorbidities. According to quality of life in health, the lowest average was in the physical role dimension (mean of 21.55) and the emotional role dimension (mean of 20.11). The most affected component is the mental component with respect to the physical component, with an average of 36.95 and 51.64, respectively. A good quality of life was reported by 60.3% but 39.7% as poor. According to chronic respiratory disease, 36.2% are in a good condition, 32.8% at risk and 15.5% in a bad condition. The dimension of fatigue (mean 21.93) and disease control (mean 17.34) are the most affected years.

Conclusions: The most affected component is the mental component with respect to the physical component, which is related to the dyspnea dimension of chronic respiratory disease (Spearman's Rho: 0.302 p-value: 0.021). The quality of life in health is influenced up to 30.2% by the presence of dyspnea, mainly.

Key words: *Quality of Life, Quality of Life in Health, Respiratory Quality, Chronic Respiratory Disease, Pulmonary Tuberculosis.*

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
ÍNDICE	5
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I.....	10
1 EL PROBLEMA	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2.1 PREGUNTA GENERAL	11
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	12
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.4 JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II	16
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	16
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	16
2.1.1 INTERNACIONALES.....	16
2.1.2 NACIONALES	19
2.2 MARCO TEÓRICO	20

2.2.1	Tuberculosis	20
2.2.2	Complicaciones	24
2.2.3	Calidad de vida en salud.....	26
2.2.4	Calidad de vida respiratoria.....	27
2.2.5	Instrumentos Que Miden Calidad De Vida	29
2.2.6	Cuestionario SF-36.....	31
CAPÍTULO III.....		33
3	HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	33
3.1	HIPÓTESIS	33
3.2	VARIABLES.....	33
3.2.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	33
CAPÍTULO IV.....		35
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	35
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	35
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
4.3.1	Población.....	36
4.3.2	Muestra.....	36
4.3.2.1	Criterios de inclusión.....	36
4.3.2.2	Criterios de exclusión.....	37
4.4	TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
4.4.1	TÉCNICA.....	37
4.4.2	INSTRUMENTOS (ver anexos)	37
CAPÍTULO V.....		41

5	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	41
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	41
5.2	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	41
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
	RESULTADOS.....	43
	DISCUSIÓN	59
	CONCLUSIONES	62
	RECOMENDACIONES	63
	BIBLIOGRAFÍA	64
	<i>ANEXOS</i>	71

INTRODUCCIÓN

El sufrir de una enfermedad infectocontagiosa como la tuberculosis (TB) puede afectar significativamente la calidad de vida de las personas. Son diversas las causales que podrían influir y alterar, en quienes fueran diagnosticados con TB, la calidad y estilo de vida. Los pacientes con tuberculosis pueden experimentar una variedad de síntomas físicos, como tos, fatiga y pérdida de peso, que definitivamente lo afectan en diferentes aspectos de la vida (1). El impacto psicológico de la tuberculosis también puede ser significativo, ya que los pacientes experimentan ansiedad, depresión y aislamiento social; la tuberculosis puede afectar la capacidad de los pacientes para trabajar, estudiar o participar en actividades sociales, de algún modo también afectaría las relaciones con los demás; los pacientes con tuberculosis al enfrentarse a nuevos desafíos relacionados con sus condiciones de vida, como hacinamiento, mala ventilación o saneamiento inadecuado, lo que puede afectar su salud y bienestar; también pueden presentarse otras condiciones de salud que pueden afectar su calidad de vida, como VIH, diabetes o trastornos de salud mental. Las investigaciones han demostrado que los factores socioeconómicos, como la pobreza, el desempleo y los bajos niveles educativos, se cuentan como los factores de mayor recurrencia que alterarían la calidad de vida de quienes sufren a causa de la TB (2).

En general, esos factores, que incluyen la salud física y psicológica, las relaciones sociales, la forma de vivir, las comorbilidades y los factores socioeconómicos. Los proveedores de atención médica suelen considerar estos factores al desarrollar intervenciones para mejorar los resultados y el bienestar de los pacientes y este estudio pretende identificar cómo es percibida la calidad de vida en salud en quienes fueron diagnosticados con TB pulmonar y cuál es su calidad respiratoria, en quienes se encuentran en el Programa de Tuberculosis del Centro de Salud La Esperanza, de Tacna.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el año 2000, aproximadamente 58 millones de personas en todo el mundo han superado la tuberculosis. Sin embargo, es probable que una proporción significativa de estos individuos desarrollen enfermedad pulmonar post tuberculosis. El desarrollo de la tuberculosis pulmonar es un proceso multifacético que implica interacciones complejas entre el cuerpo del hospedador, factores ambientales y otros factores relacionados. En última instancia, la salud respiratoria a largo plazo del individuo afectado se ve afectada.

A nivel mundial, la tuberculosis, una enfermedad contagiosa, es uno de los principales problemas de salud pública. Es significativamente perjudicial para la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas que la padecen (3). Esta enfermedad tiene un impacto negativo en la función física, el bienestar mental y el funcionamiento social de los pacientes. En comparación con los grupos de control, los pacientes con tuberculosis suelen obtener puntuaciones significativamente más bajas en su calidad de vida percibida, lo que resalta el alcance de sus efectos perjudiciales (4). Además, esta enfermedad tiene importantes consecuencias económicas y sociales tanto para los pacientes como para sus familias.

La tuberculosis daña a las vías respiratorias grandes y pequeñas (bronquiectasias y enfermedad pulmonar obstructiva), parénquima pulmonar, a la vasculatura pulmonar y pleura. Actualmente no se conoce las características de calidad de vida y respiratoria basada en evidencia de la TB. La opinión empírica de grupos de médicos con experiencia en tratamiento de estas pacientes apuesta por la rehabilitación pulmonar de todo paciente que haya sufrido tuberculosis. Las recomendaciones en los estudios previos mencionan la necesidad urgente de investigar y hacer mayores aporte, para poder contar con evidencias que permitan tomar mejores decisiones y estrategias clínicas preventivas de esta enfermedad (5). Los estudios clínicos y las revisiones sistemáticas han demostrado sistemáticamente que existe una relación entre la tuberculosis previa y las anomalías en la estructura y la función pulmonares (6) (7).

A pesar de la existencia de numerosas escalas para medir la calidad de vida de la tuberculosis, algunas de ellas no han sido aplicadas en algunas regiones. Por tanto, cabe plantearse ¿Cuál es la calidad respiratoria y calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con TB pulmonar?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PREGUNTA GENERAL

¿Cuál es la percepción de calidad de vida y calidad respiratoria en pacientes con antecedente de tratamiento de tuberculosis confirmada en la jurisdicción del C.S. La Esperanza, 2023?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Estimar la percepción de calidad de vida y calidad respiratoria en pacientes con antecedente de tratamiento de tuberculosis confirmada en la jurisdicción del C.S. La Esperanza, 2023.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Conocer las características socio-demográficas de los pacientes con antecedente de tratamiento de tuberculosis confirmada en la jurisdicción del C.S. La Esperanza, 2023.
- b. Medir la percepción de calidad de vida en salud según dimensiones en pacientes con antecedente de tratamiento de tuberculosis confirmada en la jurisdicción del C.S. La Esperanza, 2023.
- c. Estimar la percepción de calidad respiratoria en salud según dimensiones en pacientes con antecedente de tratamiento de tuberculosis confirmada en la jurisdicción del C.S. La Esperanza, 2023.
- d. Identificar el nivel de relación de la calidad de vida en salud según dimensiones y la calidad respiratoria según dimensiones de los pacientes con antecedente de tratamiento de tuberculosis confirmada en la jurisdicción del C.S. La Esperanza, 2023.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Es importante estudiar cómo es que perciben la calidad respiratoria de las personas con tratamiento por TB, se justifica porque puede proporcionar información valiosa sobre cómo viene impactando la tuberculosis en su diario vivir. Algunos estudios refieren (1) que, en quienes sufren de tuberculosis pulmonar, existe una afectación de la calidad respiratoria a muy mala, así como de su calidad de vida. Pero que principalmente suele ser afectados en el aspecto emocional, físico y en el aspecto de la socialización. El conocimiento acerca de estas variables podría ser de ayuda al personal asistencial en salud, el comprender las áreas en las que los pacientes pueden necesitar más apoyo, y el desarrollo de intervenciones que permitan mejorar la calidad de vida (8).

Además, algunas publicaciones acerca de cómo impactan las estrategias de intervención en la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas, como los estudios en aquellos con hemodiálisis y trasplante de riñón (9), puede proporcionar información sobre la calidad de vida de quienes tienen una enfermedad, es por ello que se piensa que la tuberculosis también representa un problema que estaría afectando y deteriorando de la calidad de la salud. En general, investigar acerca de cómo perciben su calidad de vida quienes padecen de tuberculosis e incluso quienes tengan otras enfermedades crónicas es importante; porque, lo que se encuentre acerca de ello puede ser una valiosa información a considerar al momento de las acciones médicas, por ello es que se quiere informar de lo que vienen vivenciando quienes han sido tratados por tuberculosis, una enfermedad aun emergente en la región de Tacna.

Se reafirma la ejecución de este estudio por lo importante que es conocer en qué situación se encontraban las personas de acuerdo con

las esferas que evalúan la calidad de vida de quienes recibieron tratamiento por TB debido a la valiosa información que proporcionaría principalmente de cuáles son los aspectos que los pacientes evalúan o perciben como lo más negativo para su bienestar. Las siguientes son algunas razones por las que esta investigación es importante:

Llegar a comprender las necesidades de los pacientes al evaluar su calidad de vida y calidad respiratoria, puede permitir que los proveedores de atención médica, al comprender mejor las necesidades del paciente, adapten su atención en consecuencia. Esto ayudaría a obtener mejor respuesta en el paciente en relación a la satisfacción con la atención.

Los resultados de este estudio pretenden no solo identificar los factores negativos, sino también aquellos que son calificados como los más positivos, porque de alguna manera estos resultados permitirán a la comunidad científica y de profesionales, esclarecer cuáles son las áreas en la salud física, la salud psicológica, u otras reconocidas en el cuestionario a aplicar. Esta información resulta útil por su utilidad en futuras decisiones que aborden estas necesidades específicas.

Se puede determinar la eficacia del tratamiento que hasta el momento vienen siguiendo: la variable calidad es importante porque se podría utilizar como una medida de resultado de cuán eficaz puede ser los esquemas de tratamiento seguidos por los pacientes. Dicho de otro modo, al evaluar los cambios en la calidad de vida durante un determinado lapso de tiempo, los profesionales del área de la salud, pueden determinar si sus intervenciones impactaron positiva o negativamente en sus pacientes.

Los resultados no solo servirían a los profesionales de la salud, sino también a las autoridades encargadas, para que puedan tomar mejores decisiones políticas ante una enfermedad que en Tacna se encuentra

entre los primeros puestos por la cantidad de infectados. Esta información se puede utilizar para desarrollar políticas y asignar recursos que permitan la recuperación de los pacientes y la reducción de la carga de la enfermedad.

En general, el hecho de analizar acerca de cómo es percibida la calidad de vida y calidad respiratoria en los pacientes que presentan alguna enfermedad como la tuberculosis pulmonar, resulta ser de gran importancia porque puede ayudar al mejoramiento de los sistemas de atención a los pacientes, informar y orientar las decisiones de política y, en última instancia, conducir a mejores resultados para los pacientes.

CAPÍTULO II

2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

2.1.1 INTERNACIONALES

Kim et al, en su estudio refieren que la prevalencia, los síntomas respiratorios y la calidad de vida en sujetos post-TB no están bien dilucidados. Los sujetos que participaron en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Corea 2007-2009 se inscribieron en este estudio transversal. Se evaluó la prevalencia de bronquiectasias diagnosticadas por médicos entre los sujetos post-TB. Se compararon los síntomas respiratorios, las limitaciones de la actividad física y la calidad de vida entre los sujetos post-TB. La prevalencia de bronquiectasias fue del 3,3% entre 963 sujetos post-TB. Los sujetos post-TB con bronquiectasias mostraron una mayor tasa de asma (29,6% vs. 4,9%, $p < 0,001$) que aquellos sin bronquiectasias. Los sujetos post-TB con bronquiectasias mostraron más tos (23,9% vs. 6,7%, $p: 0,033$) y limitaciones en la actividad física debido a enfermedades respiratorias (35,0% vs. 8,9%, $p: 0,033$) que aquellos sin bronquiectasias. Además, en comparación con los sujetos post-TB sin bronquiectasias, aquellos con bronquiectasias tenían una

menor Calidad de vida medida por el índice EuroQoL de cinco dimensiones (EQ-5D) (0,84 vs. 0,93, p:0,048). El cálculo de la regresión lineal mostró un índice EQ-5D en sujetos post-TB con bronquiectasias era significativamente más bajo que en aquellos sin bronquiectasias (diferencia estimada =-0,089, p: 0,030), especialmente en el componente ansiedad/depresión (10).

Yang et al, en su trabajo refieren que los supervivientes de tuberculosis (TB) experimentan daño pulmonar post-TB y trastornos de la función ventilatoria. Sin embargo, se desconocen las proporciones de trastornos ventilatorios obstructivos y restrictivos, así como de ventilación normal, entre los sujetos con TB previa. Se evaluó el impacto de cada trastorno ventilatorio y su gravedad en los síntomas respiratorios y la calidad de vida de 1.466 personas con TB previa. El 29% presentaban trastornos ventilatorios obstructivos y restrictivos. El trastorno ventilatorio obstructivo grave se asoció con más síntomas respiratorios, más limitación de las actividades físicas y peor calidad de vida, mientras que el trastorno ventilatorio restrictivo grave se asoció con más limitaciones de la actividad física (11).

Taylor et al en su trabajo refieren que la tuberculosis pulmonar (TBP) siempre traerá consecuencias así el tratamiento haya tenido. Se realizó un estudio de revisión para estimar la aparición de trastornos respiratorios, otros estados de discapacidad y complicaciones respiratorias tras un tratamiento satisfactorio de la tuberculosis. La revisión se hizo siguiendo el modelo del efecto aleatorio. Se incluyeron 61 estudios con 41.014 participantes con antecedentes de TBC. En 42 estudios que informaron de mediciones de la

función pulmonar después del tratamiento, Entre 13 estudios con 3179 participantes, el 72,6% de los participantes tenían una puntuación de disnea. La distancia media caminada en 6 minutos en 13 estudios fue de 440 m. La evaluación indicó baja calidad de vida. La aparición de deterioro respiratorio posterior a la TBC, estados de mala calidad de vida y complicaciones respiratorias es alta (12).

Ozoh et al en su trabajo refieren que la enfermedad pulmonar posterior a la TB se la reconoce como una enfermedad respiratoria crónica, y su repercusión en la calidad de vida en relación a la salud (CVRS) por ello, realizaron un estudio transversal y midió la gravedad de la disnea mediante la escala del Consejo de Investigación Médica (MRC), la CVRS con el cuestionario respiratorio de St George (SGRQ). Se tuvo un total de 59 participantes. El síntoma más frecuente fue la tos (93,2%; n=55) y la producción de esputo (91,5%; n=54). El 50,8% (n=30) presentaban disnea de moderada a muy grave y el 88,7% (n=47/53) tenían espirometría anormal. La disnea, la tos, la producción de esputo y la pérdida de peso se asociaron a un empeoramiento de la CVRS (13).

Nkereuwem et al, en su trabajo estimaron la prevalencia del deterioro residual de las funciones de los pulmones y la reducción de la CVRS en niños tras finalizar el tratamiento de la TBp. Realizaron un trabajo transversal comparativo de niños menores de 15 años que habían completado el tratamiento para la TBp al menos 6 meses antes. Se reclutaron 68 casos post-TB. Había deterioro de la función pulmonar en 38,5% de los casos post-TB y los antecedentes de tos crónica se asociaron significativamente con la

presencia de deterioro de la función pulmonar. La distribución de la puntuación de CVRS física, emocional, psicológica, social y total notificadas por los padres fueron significativamente inferiores en los casos post-TB (14).

2.1.2 NACIONALES

Murillo Rosillo et al, en su trabajo refieren que la calidad de vida de los pacientes que tienen TB pulmonar puede verse influenciada y cambiada en función de la comodidad general que tiene una persona. Miden el bienestar de los individuos sujetos a la enfermedad de TBp en la Microred de San Martín de Porres. Se laboró junto a la comunidad de 250 individuos perjudicados a causa de la TB, en la microred de San Martín de Porres. El instrumento que se usó fue el cuestionario de salud mental del CIE-11. Los dominios más afectados fueron el físico (34,90), el emocional (44,53) y la salud en general (53,23) (15).

Reynoso Guerrero en su estudio, busca correlacionar las lesiones pulmonares de los pacientes con tuberculosis y que fueron detectadas por radiografías con el examen San George. Este último evalúa la calidad de vida en un grupo de personas con TBp, se consideró a la población del Hospital Sergio Bernales, siguiendo un estudio de nivel correlacional se observó a 102 pacientes del programa de tuberculosis. Y lo que se halló fue que la calidad de vida se correlaciona en un nivel positivo alto se muestra un coeficiente Rho de Spearman de 0,622, lo que evidencia la fuerza correlacional positiva entre esas variables. Además, es estadísticamente significativo con $p=0,00$. Existe una correlación según las

radiografías en un grupo de pacientes con TB con la calidad de vida (16).

En su investigación, Huanca Mendoza creó un diagnóstico observacional con el fin de examinar el bienestar de todos los pacientes que trataron en la Red de Salud de la Metropolitana. El 54.1% tenía una vida buena de calidad, el 35.1% una vida regular y el 10.8% una vida pobrísima. El nivel socioeconómico ($p:0.035$) y la existencia de comorbilidades, estas son las causas fundamentales de la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis quienes están recibiendo tratamiento en la Microred Metropolitana (17).

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Tuberculosis

En los últimos 200 años, la tuberculosis (TB) ha matado a más personas que todas las demás infecciones epidémicas juntas y sigue matando a unas 5.000 personas al día, más que ninguna otra infección (18). Aunque *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) puede infectar a muchos animales, éstos no pueden transmitir la infección a otros. Por lo tanto, la supervivencia continuada de MTB depende de la transmisión entre humanos. Se están haciendo progresos antes imposibles siquiera de imaginar en la observación del comportamiento de las células, moléculas y vías de la transmisión del TB, pero los progresos que permitan entender cómo los organismos logran las dos funciones principales funciones de su supervivencia en el ser humano: la inmunidad sistémica para

proteger al huésped y la susceptibilidad local para producir y mantener una cavidad que lo mantenga latente (18) (19).

Hace cincuenta años, Georges Canetti escribía "tantos conocimientos sobre la tuberculosis se mezclan con tanta oscuridad sobre ciertos aspectos esenciales de su patogénesis... las oscuridades no se deben a la falta de conocimientos sobre los rasgos característicos de la tuberculosis en el hombre... La persistencia de mucha ignorancia en la patogénesis de la tuberculosis se origina probablemente en la falta de... enfoques experimentales de la enfermedad" (20).

En su primera fase de investigación de esta patología, se publicaron muchas descripciones detalladas de la patología, radiología y evolución clínica de la tuberculosis no tratada. La segunda fase, que continúa en la actualidad, utiliza tecnologías avanzadas para estudiar tejidos animales, sangre periférica humana y pulmonar, ocasionalmente ganglios linfáticos u otras biopsias y resecciones pulmonares de lesiones tratadas, pero no pulmones con TB no tratada. Por desgracia, ninguno de estos tejidos contiene el infiltrado temprano de la enfermedad post primaria. Lo que se necesita simplemente es unir las dos fases: la comprensión de la patología y el curso clínico de la TB pulmonar humana no tratada y utilizar tecnologías modernas para hacer estudios coordinados de modelos humanos y animales validados para abordar la enfermedad tal y como se presenta en los pulmones humanos (19).

Fase Primera del conocimiento de la tuberculosis

Esta era comenzó cuando Laennec, utilizando observaciones clínicas, auscultación y patología macroscópica, informó que 16 afecciones diferentes eran todas manifestaciones de una enfermedad, la Tuberculosis (21). Las observaciones microscópicas se inician a mediados del siglo XIX y demostraron que los “granulomas eran la lesión característica de la TB primaria”, mientras que la “neumonía lobular obstructiva” era la lesión característica del desarrollo de la enfermedad post primaria (22). La TB pulmonar en el adulto es diferente de la TB primaria desde su inicio (23).

La primera lesión demostrable de la TB post primaria es un foco de macrófagos en los alvéolos, el infiltrado temprano se trata de una neumonía lobular que se disemina por los bronquios, no por la sangre o los linfáticos como la TB primaria. Puede remitir o sufrir necrosis para convertirse en una neumonía caseosa que se reblandece y fragmenta para producir cavidades o se retiene para convertirse en el foco de una enfermedad fibrocaseosa (llamada tisis) (24). Las cavidades surgen de la disolución de la neumonía caseosa, no de la erosión de los granulomas en los bronquios como se cree comúnmente hasta hace poco. Esto ya no es una hipótesis, sino un hecho científico comprobado por decenas de publicaciones indizadas de cientos o miles de casos de TB no tratada, confirmada por investigaciones modernas (20) (25) (26) (27) (28).

Segunda fase del conocimiento de la tuberculosis

La investigación nunca se detuvo, con la introducción de los antibióticos cambió el enfoque de la enfermedad en

humanos. El MTB se consideró como un modelo para estudiar aspectos básicos de la inmunología y la inflamación. La amenaza de la enfermedad en salud pública de alguna forma había terminado, pues la TB como causa de muerte había sido controlada. Las investigaciones se centraron en los linfocitos y los macrófagos y estudios a nivel de ciencias celulares y moleculares (29). Se avanzó en inmunología básica en modelos animales. Esto incluyó la activación de macrófagos en granulomas, nuevos adyuvantes de vacunas y agentes inmunomoduladores. BCG y sus componentes se investigaron intensamente como inmunoterapia para el cáncer. Actualmente es sabido que muy pocos investigadores tenían acceso a las instalaciones de altos estudios en infecciones de animales y en nuestro caso a la espera de sus reportes científicos (20).

En la década de 1990, se renovó el interés en la tuberculosis humana debido al aumento de la resistencia a los medicamentos y al VIH. Como el *Mycobacterium tuberculosis* producía granulomas en animales, nos enfocamos en estudiar los granulomas. Sin embargo, debido a esta brecha de varias décadas, se olvidaron los conocimientos establecidos sobre el curso clínico, la patología y las radiografías de la tuberculosis pulmonar en humanos, y surgieron muchas ideas erróneas que se convirtieron en dogmas. Hubo múltiples factores que contribuyeron a esto, como la disminución de las autopsias y la falta de patólogos interesados, lo cual limitaba nuestro conocimiento y recursos para desafiar los nuevos paradigmas. La prioridad es utilizar nuevas tecnologías para estudiar fenómenos biológicos. En esa época, no existía

internet para ayudarnos con la búsqueda de literatura. Finalmente, impulsados por las opiniones de revisores de revistas y agencias de financiación, prácticamente todo el mundo científico aceptó la conclusión “los granulomas eran la lesión importante en la tuberculosis”.

Aunque se ha descrito en detalle la patología y la radiología de la tuberculosis post primaria, se sabe muy poco sobre sus mecanismos. Los organismos de alguna manera manipulan al huésped para producir una infiltración temprana, aislándose en partes del pulmón y sobreviviendo en macrófagos alveolares como una neumonía lobular obstructiva. Los lípidos del huésped y los antígenos Micobacterianos secretados se acumulan gradualmente en los macrófagos de los alveolos espumosos que son capturados en los obstruidos bronquiolos (26).

A pesar de ello, es necesaria una tercera Era que permita fusionar los conocimientos clínicos, patológicos y radiológicos de la primera era con la inmunología, biología celular y genética de la segunda, para que finalmente se puedan utilizar las herramientas de la ciencia moderna para estudiar la enfermedad humana real.

2.2.2 Complicaciones

Se ha descubierto que los pacientes tratados de tuberculosis pulmonar tienen más probabilidades de sufrir infecciones posteriores. Esto no sorprende, ya que la tuberculosis pulmonar es un proceso destructivo que causa cicatrización, alteración del parénquima, bronquiectasias y cicatrización del pulmón, lo que resulta en una reducción del volumen

pulmonar y un impacto en la función pulmonar. Además de la recaída y la reinfección de la tuberculosis, se están reconociendo cada vez más otros patógenos en pacientes post-TB (30).

La bronquiectasia puede aparecer durante la fase activa de la tuberculosis o desarrollarse como una secuela de esta enfermedad. Un estudio sistemático que evaluó a pacientes después de recuperarse de la tuberculosis e informó que entre un 35% y un 86% de los pacientes presentaban bronquiectasias (31).

Los pacientes con enfermedad pulmonar estructural previa, como bronquiectasias y tuberculosis anterior, tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar por gérmenes no tuberculosos. La coexistencia de otros gérmenes ocurre en un 7-11% de los pacientes con tuberculosis pulmonar (32).

La aspergilosis pulmonar crónica (CPA) abarca un espectro de patrones de enfermedad, a menudo con una considerable superposición. *A. fumigatus* es la especie causante, pero también se han informado infecciones por *Aspergillus niger* y *Aspergillus flavus*. Se estima que los pacientes con cavidades pulmonares residuales de ≥ 2 cm después del tratamiento de la tuberculosis tienen un 20% de probabilidades de desarrollar aspergilomas (33).

Se ha asociado antecedentes de tuberculosis con obstrucciones del flujo de aire, característica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, como con patrones restrictivos en la espirometría. Los antecedentes auto informados de tuberculosis estaban asociados con la

obstrucción del flujo de aire (Odds ratio ajustado de 2,51; IC del 95%: 1,83-3,42) y restricción espirométrica (Odds ratio ajustado de 2,13; IC del 95%: 1,42-3,19). La TB también se asocia con la restricción espirométrica, y deberían considerarse como una causa potencialmente importante de enfermedad obstructiva y baja función pulmonar, especialmente en lugares donde la tuberculosis es común (34).

Todas estas complicaciones deterioran la calidad de vida respiratoria de los pacientes post tratados y que generalmente pasan desapercibidas.

2.2.3 Calidad de vida en salud

Las medidas del estado de salud son ampliamente utilizadas tanto en la investigación como en la práctica clínica, incluyendo medidas técnicas, clínicas y orientadas al paciente. Estas medidas son útiles para determinar los problemas de los pacientes, el manejo y la evaluación del efecto de una intervención, por lo que su uso es esencial para mejorar la calidad de la atención médica (35) (36).

Las medidas orientadas al paciente recopilan información que proviene directamente del paciente, como la satisfacción del paciente, la integración comunitaria y la participación social, entre otros. Estas medidas son especialmente importantes en investigación y práctica clínica, ya que nos proporcionan la perspectiva del paciente sobre su funcionamiento y salud. En rehabilitación y fisioterapia, sería útil evaluar la capacidad de movimiento desde la perspectiva del paciente utilizando instrumentos como la

calidad de vida o el estado de salud. Esto es importante ya que la función física es uno de los constructos más importantes a evaluar (37).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud proporciona el marco conceptual universal, que es un sistema que describe y organiza la información sobre el estado de salud y el funcionamiento de las personas. El componente de función y el componente de discapacidad son los dos componentes principales de este marco. El componente de función se refiere a las habilidades y capacidades de una persona en áreas como la movilidad, la comunicación y las actividades diarias. El componente de discapacidad, por otro lado, se refiere a las limitaciones y restricciones que una persona puede experimentar en su participación en la sociedad debido a su condición de salud. El marco también toma en cuenta los factores ambientales y personales que pueden influir tanto en el funcionamiento como en la discapacidad de una persona. En conjunto, este marco proporciona una forma integral de comprender y describir el estado de salud y el funcionamiento de las personas, y es utilizado por profesionales de la salud, investigadores y responsables políticos para mejorar la atención y los servicios de salud (38).

2.2.4 Calidad de vida respiratoria

Las enfermedades respiratorias imponen una carga de síntomas, pero no reciben el reconocimiento comparable para el cuidado de apoyo y paliativo ni la infraestructura para su asistencia sistemática. Como resultado, muchas personas con

enfermedades respiratorias avanzadas (y aquellos más cercanos a ellos) tienen una mala calidad de vida, discapacitados por la falta crónica de aliento, fatiga y otros síntomas. Están socialmente aislados debido a las consecuencias de una enfermedad de larga duración y a menudo son pobres económicamente. En la última década, ha habido una creciente toma de conciencia de que el cuidado de este grupo debe mejorar y que el manejo de los síntomas debe ser prioritario. Las pautas clínicas recomiendan un cuidado centrado en la persona, que incluye acceso a cuidados de apoyo y paliativos según sea necesario, como parte de la práctica médica estándar. Los establecimientos de enfermedad pulmonar avanzada y los servicios especializados de enfermedades crónicas (pioneros en cuidados paliativos) se están desarrollando dentro de los servicios de medicina respiratoria, pero se brindan de manera inconsistente (39).

Los síntomas cardinales de mala calidad respiratoria son la dificultad para respirar, la fatiga y la tos. Estos síntomas a menudo son invisibles en reposo y requieren una detección activa. En los últimos años, la ciencia de la gestión de síntomas ha mejorado y no abordar estos síntomas en los servicios especializados de respiración se considera inexcusable. Muchos pacientes tienen enfermedades múltiples debido a complicaciones respiratorias o enfermedades no relacionadas, o debido a tratamientos a largo plazo como la tuberculosis. Una evaluación integral debe incluir la evaluación de todos los síntomas, incluso si solo es para asegurarse de que alguien esté gestionando

activamente todos los síntomas, por ejemplo, en la atención primaria (40) (41) (42).

2.2.5 Instrumentos Que Miden Calidad De Vida

Se pueden utilizar numerosos instrumentos y cuestionarios validados para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con tuberculosis. Estos son algunos de ellos:

La forma breve (SF-36): Es un cuestionario validado con 36 preguntas para evaluar ocho escalas: salud global, función física, función social, dolor corporal, vitalidad, función emocional, salud mental y cambio en la salud general.

La evaluación funcional de la terapia de enfermedades crónicas - tuberculosis (FACIT-TB): es un cuestionario específico destinado en evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con tuberculosis. Incluye preguntas sobre síntomas, efectos secundarios, hábitos diarios y satisfacción con el tratamiento (4).

El perfil de impacto de la enfermedad (SIP): es un cuestionario que evalúa la disfunción, el grado de discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedades crónicas, como la tuberculosis. (43).

Cuestionario creado: Se ha utilizado un cuestionario diseñado específicamente para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que padecen tuberculosis en algunos estudios. Este cuestionario puede

incluir preguntas sobre síntomas, efectos secundarios, impacto en la vida diaria y satisfacción con el tratamiento.

El instrumento WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud (44), el estudio de resultados médicos de forma breve de 36 ítems (SF-36) (45), el Perfil de salud de Nottingham (NHP) (46), el Perfil de Impacto de Enfermedades (SIP) (47), el Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (48), la calidad de bienestar (49), el Índice de servicios de salud (50) y el instrumento EuroQol (EQ-5D) (51). La elección del instrumento a utilizar dependerá del objetivo del estudio y de las características.

Se ha señalado en diversas investigaciones que las variables propias de cada lugar pueden provocar impactos positivos o negativos en las conclusiones de trabajos resultantes de procesos problemáticos con personas con enfermedades concomitantes graves o investigaciones no bien diseñadas. Por tanto, en cualquier prueba, la medida y la validez deben ir siempre juntas. La validez se entiende generalmente como la pertinencia de un instrumento de medición para evaluar lo que se pretende medir, mientras que la confiabilidad es la capacidad que tiene el instrumento para evaluar consistentemente la variable que se pretende medir. La teoría actual establece que si un instrumento no proporciona una medida consistente de la variable que necesita medir, no puede proporcionar una medida válida de lo que está midiendo, por lo que se debe proporcionar una prueba de confiabilidad antes que un instrumento no reconocido.

2.2.6 Cuestionario SF-36

Se trata de un instrumento que permite medir los indicadores de calidad de vida en relación a la salud (CVRS) mejor recomendados y validados. Este test de salud pública generó la creación de un perfil de salud aplicable a la población general en diversos estudios de salud pública y de grandes poblaciones, así como también en el campo de la gestión en salud. En este instrumento, investigadores de 15 naciones colaboraron para adaptar internacional y culturalmente las evaluaciones de “calidad de vida en salud”. El instrumento original es escrito en idioma inglés y fue traducido al castellano y validado, adaptando e interpretando las versiones existentes con los autores de los documentos originales para armonizar el contenido con realidades de Latinoamérica. Por ello, se han realizado estudios válidos y fiables en México, Argentina, Perú, Chile, ajustados a estándares de referencia nacionales (9); para su utilización en investigaciones de los trabajos en medicina (MOS). La medida puede ser utilizada tanto por personas que buscan un servicio en particular como por la población en general. Su eficacia ha sido demostrada en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en diversos grupos, incluida la población general y subgrupos específicos. Además, ayuda a comparar el impacto general de diversas enfermedades, determinar las ventajas para la salud de diferentes tratamientos y evaluar los efectos en el bienestar de cada paciente (10).

Después de 10 años de experimentación por investigadores españoles, se llevó a cabo una valoración de la viabilidad y realidad del test. Se tuvo en cuenta la evidencia de los indicadores del instrumento, el proceso de adaptación al

español y sus potencialidades cuantitativas. También se evaluó una visión general de las aplicaciones y limitaciones identificadas, así como nuevos desarrollos de cuestionarios que intentan superarlas y se concluyó que el SF-36 aporta prueba suficiente de su autenticidad, vigencia y confidencialidad. Las conclusiones obtenidas concuerdan con el instrumento inalterado, exhibiendo que la versión en español es equiparable y es posible utilizarla en investigaciones de carácter nacional e internacional (52).

Explicar el concepto de calidad de vida, o lo que constituye una buena vida, es una tarea desafiante. En términos generales, se refiere a la percepción que tiene un individuo de su posición en la sociedad, teniendo en cuenta los sistemas culturales y de creencias, así como sus aspiraciones, expectativas, normas e intereses (53). Algunos académicos han introducido el término "calidad de vida" para distinguir los resultados de las investigaciones relacionadas con los estudios médicos, que se originaron a partir de investigaciones tempranas sobre el confort subjetivo y la satisfacción con la propia existencia (54). La Organización Mundial de la Salud ha enfatizado la importancia de evaluar la calidad de vida, ya que abarca la noción de hábitos de vida saludables, lo que la hace crucial para comprender el bienestar de diversas poblaciones, incluidos los trabajadores y los ancianos (55).

Entre diversos grupos de edad e individuos con diferentes afecciones médicas, el SF-36 se utiliza ampliamente y se estudia ampliamente como herramienta para evaluar la calidad de vida (53). Amplias investigaciones han demostrado su fiabilidad y validez superiores en comparación con instrumentos de evaluación alternativos.

CAPÍTULO III

3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Ho: No existe una relación directa entre calidad de vida en salud y calidad respiratoria.

Ha: Existe una relación directa entre calidad de vida en salud y calidad respiratoria.

3.2 VARIABLES

3.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Indicadores	Categoría	Escala
Edad	Años cumplidos referidos y por registro en establecimiento	- (18 - 20)	Ordinal
		- (21 - 30)	
		- (31 - 40)	
		- (41 - 50)	
		- (51 - 60)	
		- (Más de 60)	
Nivel de instrucción	Último grado de instrucción completado	- Analfabeto	Ordinal
		- Primaria	
		- Secundaria	
		- Superior técnica	
		- Superior universitaria	

Procedencia	Lugar de residencia de mayor parte de su ciclo de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Rural 	Nominal
Ocupación	Principal actividad que le ocupa o redita ingresos económicos	<ul style="list-style-type: none"> - Estudiante - Ama de casa - Obrera dependiente - Obrera independiente - Empleada dependiente - Empleada independiente - Sin ocupación 	Nominal
Aseguramiento	Condición de aseguramiento	<ul style="list-style-type: none"> - SIS - EsSalud - Privado - Sin seguro 	Nominal
Número de hijos	Número de hijos que gestó o está en gestación	<ul style="list-style-type: none"> - Un hijo/a - Dos hijos/as - Más de 2 	Ordinal
Estado civil	Condición conyugal actual	<ul style="list-style-type: none"> - Convivencia - Casada/o - Separada/o - Sin pareja 	Nominal
Antecedente de COVID-19		<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 	Nominal
Periodo de tiempo post tratamiento	Espacio de tiempo después del alta de tratamiento hasta el inicio del estudio	<ul style="list-style-type: none"> - menor a 6 meses - De 7 a 12 meses - De 1 a 5 años - 5 a más años 	Razón
Calidad de vida en salud	Instrumento SF-36 para calidad de vida validado para el Perú	<ul style="list-style-type: none"> - Función Física (FF) - Rol Físico (RF) - Dolor Corporal (DC) - Salud General (SG) - Vitalidad (VT) - Función Social (FS) - Rol Emocional (RE) - Salud Mental (SM) 	Nominal
Calidad de vida respiratoria	Instrumento Enfermedad Respiratoria Crónica (CRQ)	Se estimará puntaje de 1-140 como variable continua	Razón

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación propuso un modelo de tipo observacional de cohorte retrospectivo y analítico. Eso significa que la información se recoge en un solo momento, no habrá manipulación de variables y en cuanto al tiempo de la información si bien se recoge la información mediante una encuesta, pues la calidad de vida en salud y respiratorias son una condición que los pacientes ya poseen al momento que se haga la encuesta.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El centro de Salud “La Esperanza”, pertenece a la Micro Red Cono Norte de la Región de Salud de Tacna, se ubica en el Distrito de Alto de la Alianza, cuenta con una población asignada de aproximadamente 10 992 personas. Categorizado como atención I-4, ofrece atención de 24 horas, enmarcadas en diversas especialidades médicas, emergencia, salud mental, hospitalización, partos, laboratorio, farmacia, nutrición, entre otros.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población

Población total de pacientes con el antecedente de tuberculosis pulmonar que reúnan los criterios de selección y exclusión, para control principalmente de sesgo de memoria, fueron en total 63, de acuerdo a los Registros del Centro de Salud.

4.3.2 Muestra

Se trabajó finalmente con 58 de 63 (92%) del total de población registrada, por lo que no se realiza muestreo probabilístico. Y fueron seleccionados pacientes que reunieron los criterios de selección y exclusión.

4.3.2.1 Criterios de inclusión

- a. Pacientes dados de alta en un intervalo de los últimos 5 años.
- b. Pacientes registrados con el establecimiento.
- c. De cualquier edad.
- d. De procedencia peruana.
- e. De todo estado civil o conyugal.
- f. De ser menor de 18 años, contar con madre, padre o tutor que autorice su intervención.

4.3.2.2 Criterios de exclusión

- a. Persona que no quiso participar del estudio.
- b. Personas con retraso mental o tratamiento psiquiátrico con compromiso mental severo.
- c. Paciente con diagnóstico VIH-SIDA, Lupus eritematoso o estado de compromiso severo de inmunidad.
- d. Fallecidos.

4.4 TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 TÉCNICA

La técnica fue la encuesta, para ello se aplicó dos cuestionarios: una ficha de recolección de datos sociodemográficos y aplicación de 02 test (Calidad de Vida SF-36 y Cuestionario de la Enfermedad Respiratoria Crónica (CRQ) validados para el Perú.

4.4.2 INSTRUMENTOS (ver anexos)

a. Cuestionario de calidad de vida en Salud SF-36 V.2.

Se trata de un cuestionario validado (56) y de uso muy frecuente. Validado por Rodríguez y Barriga en el año 2019 en la ciudad de Trujillo Perú, en pacientes con enfermedades crónicas, este instrumento alcanzó un cociente alfa de .786 y omega de .97. El perfil del estado de salud proporcionado por una escala genérica es una

herramienta valiosa para evaluar el bienestar de los pacientes y del público en general. Esta medición es particularmente útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en subgrupos generales y específicos, determinar la efectividad de diversos tratamientos y evaluar el estado de salud de pacientes individuales. La Encuesta de Salud SF-36 V.2 es un cuestionario integral que contiene 36 preguntas diseñadas para evaluar estados de salud positivos y negativos. La encuesta final consta de ocho escalas que representan los conceptos de salud más comunes que se encuentran en los cuestionarios de salud convencionales, así como los temas más estrechamente asociados con enfermedades y tratamientos. Las 36 preguntas incluidas en el cuestionario se categorizan en ocho escalas.

Escalas de Cuestionario de salud (57).

Escalas	Siglas
Función Física	(FF)
Rol Físico	(RF)
Dolor Corporal	(DC)
Salud General	(SG)
Vitalidad	(VT)
Función Social	(FS)
Emocional. Rol	(RE)
Salud Mental	(SM)

Cada uno es el resultado de la combinación de preguntas específicas del cuestionario, y el puntaje final para cada escala oscila entre 0 y 100. Cuanto mayor es el puntaje, mejor es el estado de salud. Por ejemplo, un cero indica el

estado de salud más malo y un 100 indica el estado de salud más bueno. Dichas escalas también pertenecen a dos grandes categorías: el Componente de Salud Física (CSF) y el Componente de Salud Mental (CSM).

b. Cuestionario de la Enfermedad Respiratoria Crónica (CRQ)

También este cuestionario cuenta con validación por Guell en el año 1998 (58), y de uso muy frecuente igualmente (59); el CRQ fue tomado del cuestionario de versión española en Chile por Crespo (60) este cuestionario fue validado al español latinoamericano por Chapeton et al (61) en el año 2016, en pacientes con diagnóstico de EPOC, y otras enfermedades pulmonares, alfa de Cronbach de 0,93. Es un cuestionario compuesto por 20 ítems que se separan en cuatro dominios: disnea, fatiga, funcionamiento emocional y sensación de control sobre la enfermedad. El dominio de disnea consta de los ítems 1 a 5, mientras que la fatiga está representada en los ítems 8, 11, 15 y 17. El dominio de funcionamiento emocional incluye los ítems 6, 9, 12, 14, 16, 18 y 20. La sensación de control sobre la enfermedad se aborda en los ítems 7, 10, 13 y 19. Cada ítem se califica en una escala tipo Likert de 7 puntos, que van desde 1 (peor funcionamiento) a 7 (mejor funcionamiento). El cuestionario arroja cinco puntuaciones totales: una para cada dominio, así como una puntuación resumida que es el promedio de todas las puntuaciones de los dominios. Un aspecto notable del CRQ es que las preguntas sobre disnea son personalizadas, y los pacientes pueden identificar y priorizar las actividades de la vida diaria que les causan

malestar y asignar puntuaciones en consecuencia mediante la escala Likert. Se recomienda que la puntuación total media y la media de cada una de las cuatro dimensiones se presenten como variables continuas. Diferencias significativas, mínimas, moderadas y mayores.

Realizada la Baremación con 1 Desviación estándar se logra determinar en el grupo de estudio las categorías de calidad respiratoria:

Mala: 0 a 96,78.

En riesgo: 96,79 a 107,12.

Buena: 107,13 a 117,454.

Muy Buena: 117,455 a más.

CAPÍTULO V

5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

Se solicitó a la Gerencia del establecimiento la autorización para el acceso a la información de historial clínico del periodo solicitado de la población seleccionada. De las mismas se obtuvo los datos de ubigeo como obtener la dirección correcta, teléfonos para la realización de la entrevista personal mediante visita domiciliaria, principalmente y en algunos casos por vía telefónica.

Los datos fueron recolectados a través de ficha de recolección de información digitalizada exportable a archivo Excel.

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados se presentan en tablas simples y de contingencia con valores absolutos y relativos, considerándose la presencia de cálculo de totales aproximándose a 2do. decimal. Se calcularon mediciones estadísticas que luego fueron contrastadas considerando chi cuadrada con un valor p significativo menor a 0.05.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue aprobado por dictaminador institucional otorgado por la Unidad de Investigación de la FACSA, así como su evaluación adecuada de control de similitudes y Comité de Ética. Se contó con consentimiento informado de personas abordadas o de sus tutores.

Se guarda absoluta confidencialidad de la identidad de los pacientes abordados y sus resultados clínicos, para lo cual se colocaron códigos para cada caso.

Una copia de los resultados será alcanzada en forma consolidada a responsable del establecimiento para fines de colaboración en la mejora de los procesos investigados.

RESULTADOS

Tabla 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CONFIRMADA EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. LA ESPERANZA, 2023

		N	%
Edad	18 a 19	4	6,9%
	20 a 29	10	17,2%
	30 a 39	9	15,5%
	40 a 49	16	27,6%
	50 a 59	9	15,5%
	60 a más	10	17,2%
	Total	58	100,0%
Nivel de instrucción	Sin instrucción	2	3,4%
	Primaria	9	15,5%
	Secundaria	25	43,1%
	Superior técnica	18	31,0%
	Superior universitaria	4	6,9%
	Total	58	100,0%
Procedencia	Urbana	48	82,8%
	Rural	1	1,7%
	No refiere	9	15,5%
	Total	58	100,0%
Ocupación	Estudiante	7	12,1%
	Ama de casa	3	5,2%
	Obrera independiente	2	3,4%
	Empleada dependiente	12	20,7%
	Empleada independiente	32	55,2%
	Sin ocupación	2	3,4%
Total	58	100,0%	
Estado Civil	Conviviente	15	25,9%
	Casada (o)	14	24,1%
	Separada(o)	7	12,1%
	Sin pareja	22	37,9%
	Total	58	100,0%
Aseguramiento	SIS	55	94,8%
	EsSalud	3	5,2%
	Total	58	100,0%
Número de hijos	Sin hijos	22	37,9%
	1 a 2	28	48,3%
	3 a 4	6	10,3%
	5 a mas	2	3,4%
	Total	58	100,0%

En la tabla 1 podemos observar que el 27,6% tenía entre 40 a 49 años seguido de un 17,2% proporcionalmente distribuido entre el grupo de 60 a más años y el grupo de 20 a 29 años. Según el nivel de instrucción el 43,1% tenía secundaria seguido de un 31% con superior técnica y el 15,5% con nivel de instrucción primaria. Según la procedencia el 82,8% procedía de zona urbana pero un 15,5% prefiere no referir su procedencia. Según ocupación el 55,2% era empleada independiente seguido de un 20,7% de empleado dependiente y un 12,1% estudiante. Según el estado civil el 37,9% no tenía pareja al momento del estudio seguido de un 25,9% que era conviviente y el 24,1% casados (as). Según la condición de aseguramiento el 94,8 tenía el Seguro Integral de Salud (SIS) y el 5,2% EsSalud.

Tabla 2: FRECUENCIA DE ANTECEDENTE DE COVID-19, TIEMPO POST ENFERMEDAD Y PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CONFIRMADA EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. LA ESPERANZA, 2023

		n	%
Antecedente de COVID-19	No sabe	23	39,7%
	Sí	7	12,1%
	No	28	48,3%
	Total	58	100,0%
Periodo de tiempo post tratamiento	1 a 2 años	45	77,6%
	3 a 4 años	11	19,0%
	5 años	2	3,4%
	Total	58	100,0%
Comorbilidades	Ninguna	46	79,3%
	Diabetes	5	8,6%
	Artrosis	2	3,4%
	Tiroides	1	1,7%
	Ansiedad	4	6,9%
	Total	58	100,0%

En la tabla 2 se observa que el 48,3% no tenía el antecedente de haber sufrido la infección por COVID-19 y el 39,7% prefiere no saberlo. El 12,1% confirma haber padecido de COVID-19 en periodo de pandemia. El 77,6% tiene un periodo de tiempo post infección de tuberculosis de 1 a 2 años seguido del 19% entre 3 a 4 años. El 79,3% no tiene comorbilidades al momento del estudio, pero un 8,6% presenta diabetes y el 6,9% ansiedad diagnosticada.

Tabla 3: DIMENSIONES DE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CONFIRMADA EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. LA ESPERANZA, 2023

	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
FUNCION FISICA (0-100)	58	50,00	100,00	91,7241	13,06367
ROL FISICO (0-100)	58	0,00	25,00	21,5517	7,32736
DOLOR CORPORAL (0-100)	58	10,00	100,00	84,1724	23,56040
SALUD GENERAL (0-100)	58	40,00	92,00	67,8060	12,56501
VITALIDAD (0-100)	58	37,50	93,75	70,4741	14,89147
FUNCION SOCIAL (0-100)	58	37,50	100,00	81,0345	18,17335
ROL EMOCIONAL (0-100)	58	0,00	25,00	20,1149	6,98691
SALUD MENTAL (0-100)	58	45,00	100,00	67,3276	12,57314
N válido (según lista)	58				

En la tabla 3 podemos observar el consolidado del puntaje alcanzado por cada dimensión de medición de la calidad de vida en el grupo de estudio. Podemos observar que el promedio más bajo lo tuvo la dimensión de rol físico con una media de 21,55 y la dimensión de rol emocional con una media de 20,11. Las dimensiones que mejor evaluación tuvieron fueron la función física con una media de 91,7, la función social con una media de 81,03 y dolor corporal con 84,17 como promedio.

Tabla 4: **CORRELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**

Correlaciones		FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
FUNCION FISICA	Correlación de Pearson	1	.624**	.260*	.322*	.562**	.523**	,238	.397**
	Sig. (bilateral)		,000	,049	,014	,000	,000	,072	,002
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
ROL FISICO	Correlación de Pearson	.624**	1	,242	,224	.388**	.437**	.290*	,178
	Sig. (bilateral)	,000		,067	,091	,003	,001	,027	,182
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
DOLOR CORPORAL	Correlación de Pearson	.260*	,242	1	.444**	.376**	.615**	-,018	,252
	Sig. (bilateral)	,049	,067		,000	,004	,000	,894	,057
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
SALUD GENERAL	Correlación de Pearson	.322*	,224	.444**	1	.483**	.414**	,022	.574**
	Sig. (bilateral)	,014	,091	,000		,000	,001	,868	,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
VITALIDAD	Correlación de Pearson	.562**	.388**	.376**	.483**	1	.574**	,056	.655**
	Sig. (bilateral)	,000	,003	,004	,000		,000	,676	,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
FUNCION SOCIAL	Correlación de Pearson	.523**	.437**	.615**	.414**	.574**	1	,179	.504**
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,000	,001	,000		,180	,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
ROL EMOCIONAL	Correlación de Pearson	,238	.290*	-,018	,022	,056	,179	1	,024
	Sig. (bilateral)	,072	,027	,894	,868	,676	,180		,861
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
SALUD MENTAL	Correlación de Pearson	.397**	,178	,252	.574**	.655**	.504**	,024	1
	Sig. (bilateral)	,002	,182	,057	,000	,000	,000	,861	
	N	58	58	58	58	58	58	58	58

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).; * . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla cuatro podemos observar las correlaciones entre las dimensiones de la calidad de vida. Las dimensiones más afectadas expuestas en la tabla anterior fueron rol físico y rol emocional. Según la dimensión el rol físico tuvo una relación estadísticamente significativa con una función social (Correlación de Pearson 0,437 p:0,000) y vitalidad (Correlación de Pearson 0,388 p:0,003). Según el rol emocional, esta no tuvo una relación no explicada por las demás dimensiones, siendo necesario estudios posteriores para la determinación de factores influyentes.

Según las demás dimensiones se podría decir que existe también una correlación directa entre la función social y el rol físico (Correlación de Pearson 0,437 p:0,000) así como con dolor corporal (Correlación de Pearson 0,615 p:0,000) y la salud mental (Correlación de Pearson 0,504 p:0,000). La salud mental tuvo una correlación directa con la dimensión de vitalidad pudiéndose afirmar que esta última depende hasta en un 65,5% de la salud mental. Cuál la presencia de lo corporal influye en la función social hasta en un 61,5% y en un 44,4% en la salud general.

Tabla 5: CONSOLIDADO DEL COMPONENTE FÍSICO Y MENTAL EN LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CONFIRMADA EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. LA ESPERANZA, 2023

		Correlaciones	
		COMPONENTE FÍSICO	COMPONENTE MENTAL
FUNCION FISICA (0-100)	Correlación de Pearson	,676	,377
	Sig. (bilateral)	,000	,004
	N	58	58
ROL FISICO (0-100)	Correlación de Pearson	,597	,228
	Sig. (bilateral)	,000	,085
	N	58	58
DOLOR CORPORAL (0-100)	Correlación de Pearson	,819	,256
	Sig. (bilateral)	,000	,052
	N	58	58
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Pearson	,574	,505
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	58	58
VITALIDAD (0-100)	Correlación de Pearson	,516	,749
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	58	58
FUNCION SOCIAL (0-100)	Correlación de Pearson	,639	,680
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	58	58
ROL EMOCIONAL (0-100)	Correlación de Pearson	,031	,294
	Sig. (bilateral)	,819	,025
	N	58	58
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de Pearson	,244	,894
	Sig. (bilateral)	,065	,000
	N	58	58

Tabla 5 podemos observar el consolidado de las dimensiones según componente físico y mental. Se puede afirmar que el componente físico en general tuvo una influencia estadísticamente significativa con el dolor corporal (Correlación de Pearson 0,819 p:0,000) y la función social (Correlación de Pearson 0,639 p:0,000) principalmente. El componente mental tuvo una influencia estadísticamente significativa con la vitalidad y también con la función social.

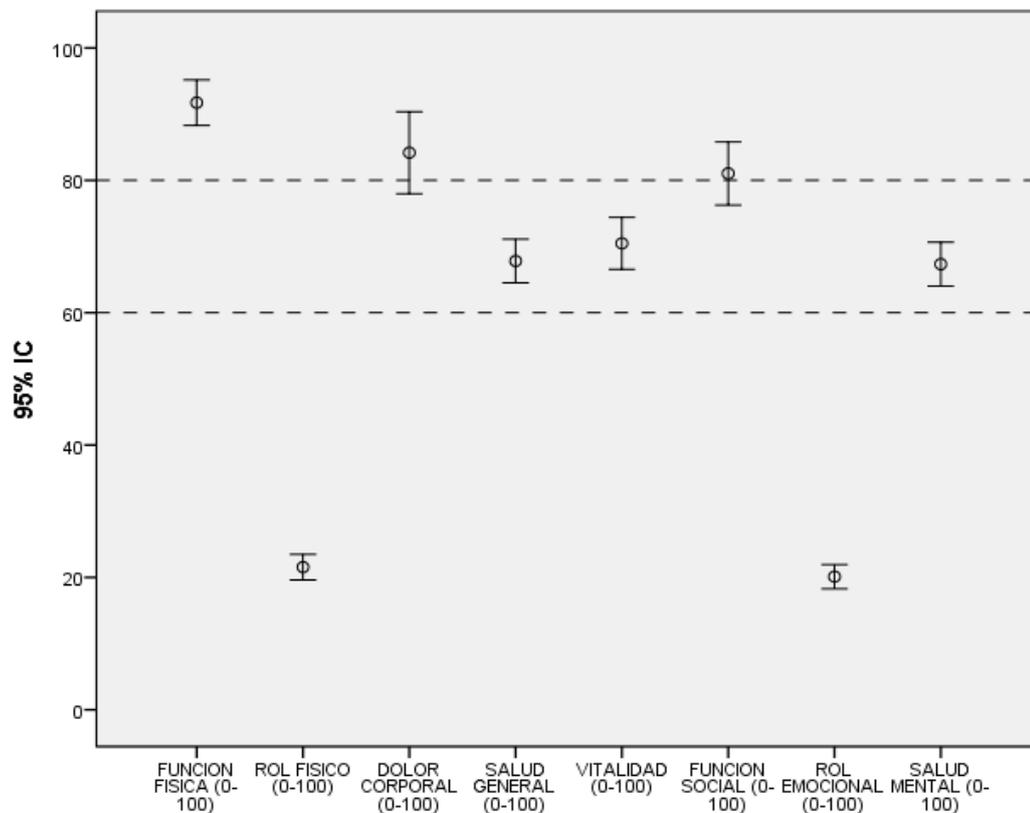


Gráfico 1: TENDENCIA CON RELACIONAL DE LAS DIMENSIONES DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

En la gráfica uno podemos observar la comparación de las diferentes dimensiones de la calidad de vida con un intervalo de confianza del 95%. Allí se puede observar que estadísticamente significativa es la presencia desfavorable en la calidad de vida de las dimensiones de rol físico y rol emocional. Si este estudio lo repitiéramos 100 veces en el 95% de los casos se observaría los mismos resultados presentes en la gráfica 1.

Tabla 6: CONSOLIDADO DE PUNTAJES SEGÚN COMPONENTE FÍSICO Y COMPONENTES MENTALES EN LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CONFIRMADA EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. LA ESPERANZA, 2023

	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
COMPONENTE FÍSICO	58	37,34	58,45	51,6442	5,29776
COMPONENTE MENTAL	58	22,82	50,08	36,9504	5,39980
N válido (según lista)	58				

En la tabla 6 podemos observar la comparación entre los consolidados de las dimensiones del componente físico y el componente mental. Podemos observar que el componente más afectado es el mental respecto al físico, con un promedio de 36,95 y 51,64 y respectivamente.

Tabla 7: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CONFIRMADA EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. LA ESPERANZA, 2023

		n	%
Calidad de vida en Salud	Mala	23	39,7%
	Buena	35	60,3%
	Total	58	100,0%

En la tabla 7 se muestra la conversión de los puntajes de medición de la calidad de vida del instrumento SF-36 a variable dicotómica cualitativa de calidad de vida. Esta categorización se hizo según la aplicación del coeficiente de estatinos utilizando la varianza como variable de agrupación con 1 desviación estándar.

Podemos observar que el 60,3% refiere una calidad de vida buena pero un 39,7% como mala.

Tabla 8: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CONFIRMADA EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. LA ESPERANZA, 2023

	n	%	
Enfermedad Respiratoria Crónica	Mala	9	15,5%
	En riesgo	19	32,8%
	Buena	21	36,2%
	Muy buena	9	15,5%
	Total	58	100,0%

En la tabla 8 se presentan los resultados de la aplicación del instrumento de medición de enfermedad respiratoria crónica. Podemos observar que el 36,2% se encuentra en una condición de buena, un 32,8% en riesgo y el 15,5% en un nivel considerado como malo.

Tabla 9: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS DIMENSIONES DE MEDICIÓN DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CONFIRMADA EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. LA ESPERANZA, 2023

	Media	Mínimo	Máximo	Desviación típica
Disnea	33,34	14,00	35,00	4,52
Fatiga	21,93	12,00	28,00	3,56
Funcionamiento emocional	31,43	21,00	39,00	4,40
Control de la enfermedad	17,34	12,00	27,00	3,32

En la tabla 9 podemos observar que las cuatro dimensiones se encuentran con puntajes muy bajos por lo de lo esperado pudiéndose considerar como que están las cuatro afectadas. Entre ellas se diferencia la dimensión de fatiga, con una media de 21,93 y control de la enfermedad con un promedio, el más bajo, de 17,34.

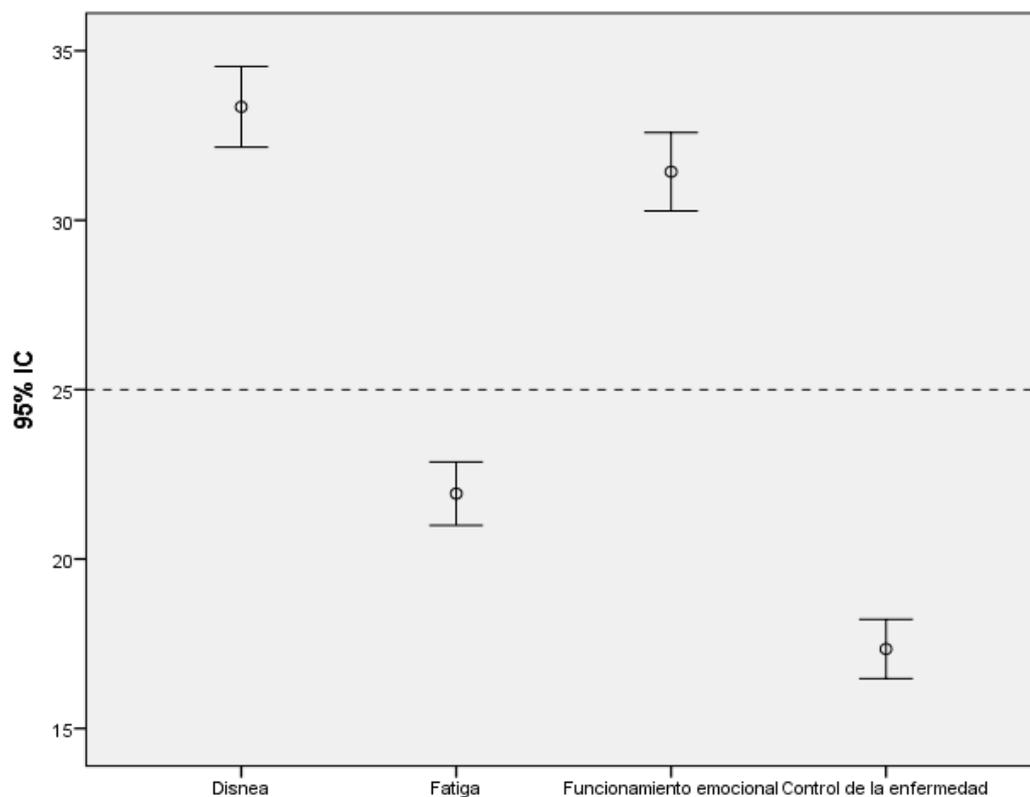


Gráfico 2: TENDENCIA COMPARATIVA DE LAS DIMENSIONES DE LA MEDICIÓN DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA (IC 95%)

En la gráfica 2 se puede observar que existe una diferencia significativa en las dimensiones de fatiga y control de la enfermedad respecto a las otras 2.

Tabla 10: **RELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD**

		Calidad de vida en Salud					
		Mala		Buena		Total	
		n	%	n	%	n	%
	Mala	4	17,4%	5	14,3%	9	15,5%
Enfermedad	En riesgo	11	47,8%	8	22,9%	19	32,8%
Respiratoria	Buena	4	17,4%	17	48,6%	21	36,2%
Crónica	Muy buena	4	17,4%	5	14,3%	9	15,5%
	Total	23	100,0%	35	100,0%	58	100,0%

En la tabla 10 se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de enfermedad respiratoria crónica que están en un nivel de riesgo, buena y muy buena. No existe diferencia significativa entre los que tuvieron una enfermedad respiratoria crónica mala y su condición de calidad de vida en salud. Hoy podemos afirmar que en el grupo con calidad de vida en salud mala el 47,8% se encuentra en riesgo de enfermedad respiratoria crónica comparado al grupo con calidad de vida en salud buena donde el 48,6% se encuentra en una dimensión considerada como buena en enfermedad respiratoria crónica.

Tabla 11: **RELACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS CONFIRMADA EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. LA ESPERANZA, 2023**

			Correlaciones					
			Componente Físico	Componente Mental	Disnea	Fatiga	Funcionamiento emocional	Control de la enfermedad
Rho de Spearman	Componente Físico	Coeficiente de correlación	1,000	,160	,043	,046	,119	-,071
		Sig. (bilateral)		,231	,747	,731	,373	,594
		N	58	58	58	58	58	58
	Componente Mental	Coeficiente de correlación	,160	1,000	.302*	,160	,067	-,233
		Sig. (bilateral)	,231		,021	,230	,616	,078
		N	58	58	58	58	58	58
	Disnea	Coeficiente de correlación	,043	.302*	1,000	,167	-,168	-,082
		Sig. (bilateral)	,747	,021		,211	,208	,541
		N	58	58	58	58	58	58
	Fatiga	Coeficiente de correlación	,046	,160	,167	1,000	.393**	,010
		Sig. (bilateral)	,731	,230	,211		,002	,943
		N	58	58	58	58	58	58
	Funcionamiento emocional	Coeficiente de correlación	,119	,067	-,168	.393**	1,000	.574**
		Sig. (bilateral)	,373	,616	,208	,002		,000
		N	58	58	58	58	58	58
Control de la enfermedad	Coeficiente de correlación	-,071	-,233	-,082	,010	.574**	1,000	
	Sig. (bilateral)	,594	,078	,541	,943	,000		
	N	58	58	58	58	58	58	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).; **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 11 se muestra la correlación de los componentes de medición de calidad de vida en salud y las dimensiones de calidad respiratoria medido a través del instrumento de enfermedad respiratoria crónica.

Podemos observar que el componente mental de calidad de vida en salud se encuentra relacionado con la dimensión de disnea de enfermedad respiratoria crónica (Rho de Spearman: 0.302 valor p: 0.021). Podemos afirmar que la calidad de vida en salud se ve influenciada hasta en un 30,2% por la presencia de disnea en el grupo de estudio.

Aunque no se evidencia una relación estadísticamente significativa, si se puede evidenciar un nivel de influencia negativo entre el componente mental de la calidad de vida y el control de la enfermedad (Rho de Spearman: -0.233 valor p: 0,078), se puede presumir que es probable que la calidad de vida dependa hasta en un 23.3% de la percepción del control de la enfermedad.

DISCUSIÓN

La medición de la calidad de vida en salud es una estrategia que en los últimos años ha comenzado a ser una de las más importantes en el acompañamiento de seguimiento de los pacientes que de una u otra forma hayan recibido o estén recibiendo tratamiento sanitario. El paciente con el antecedente de tuberculosis y que, haya sido sometido a un tratamiento con alta posterior, necesita periódicamente ser monitorizado respecto a su calidad de vida y que debe esta ser contrastada también con otras variables que pudieran estar influyendo en ella, como su estado de calidad respiratoria. Para este último evento existen muchos instrumentos que miden enfermedad respiratoria crónica o alteraciones asociadas a ella. En esta investigación se intentó relacionar la calidad de vida respiratoria a través de las esferas o dimensiones, así como estas afectan a la calidad de vida en general. En nuestro estudio se seleccionó un grupo de pacientes que ya habían recibido el tratamiento de tuberculosis y que pertenecían a una jurisdicción sanitaria donde la casuística o prevalencia de este daño es alta. Los pacientes seleccionados en dicho establecimiento de salud colaboraron con los investigadores para determinar su calidad de vida en salud y cómo es que la calidad de vida respiratoria está influenciando en la primera. La medición de la enfermedad respiratoria crónica, que maneja cuatro esferas de observación, permite que se pueda identificar cuál de estas influye más sobre las otras en la calidad de vida del paciente. Esto permitiría establecer estrategias de seguimiento específico priorizando actividades que puedan mejorar el tratamiento en cualquiera de estas escalas del test de medición de enfermedad respiratoria crónica.

Ozoh et al (13) en su trabajo refiere que la enfermedad pulmonar posterior a la TB se la reconoce como una enfermedad respiratoria crónica, y su repercusión en la calidad de vida en relación a la salud (CVRS). Kim et al, refieren que los síntomas respiratorios y la calidad de vida en sujetos post-TB no están bien dilucidados.

Compararon los síntomas respiratorios y las limitaciones de la actividad física y la calidad de vida entre los sujetos post-TB. Los sujetos post-TB mostraron una mayor tasa de asma (29,6% vs. 4,9%, $p < 0,001$) que aquellos sin bronquiectasias. Los sujetos post-TB con bronquiectasias mostraron más tos (23,9% vs. 6,7%, $p: 0,033$) y limitaciones en la actividad física. El cálculo de la regresión lineal mostró un índice EQ-5D en sujetos post-TB con bronquiectasias era significativamente más bajo que en aquellos sin bronquiectasias especialmente en el componente ansiedad/depresión (10). Yang et al, en su trabajo refieren que los supervivientes de tuberculosis (TB) experimentan daño pulmonar post-TB y trastornos de la función ventilatoria. Evaluó el impacto de cada trastorno ventilatorio y su gravedad en los síntomas respiratorios y la calidad de vida. El 29% presentaban trastornos ventilatorios obstructivos y se asoció con limitación de las actividades físicas y peor calidad de vida (11). Nkereuwem et al, realizaron un trabajo transversal comparativo en niños donde la distribución de la puntuación de calidad de vida física, emocional, psicológica, social y total notificadas por los padres fueron significativamente inferiores en los casos post-TB (14). Taylor et al realizó un estudio de revisión para estimar la aparición de trastornos respiratorios, otros estados de discapacidad y complicaciones respiratorias tras un tratamiento satisfactorio de la tuberculosis. Entre 13 estudios con 3179 participantes, el 72,6% de los participantes tenían una puntuación de disnea. La evaluación indicó baja calidad de vida. La aparición de deterioro respiratorio posterior a la TBC y estados de mala calidad de vida es alta (12). Ozoh et al por ello, realizó un estudio transversal y midió la gravedad de la disnea. El 50,8% ($n=30$) presentaban disnea de moderada a muy grave y el 88,7% ($n=47/53$) tenían espirometría anormal. La disnea, la tos, la producción de esputo y la pérdida de peso se asociaron a un empeoramiento de la calidad de vida (13).

En Perú, Reynoso Guerrero correlaciona las lesiones pulmonares de los pacientes con tuberculosis con la calidad de vida en un grupo de personas con TBp donde la calidad de vida se correlaciona en un nivel positivo alto con Rho de Spearman de

0,622. (16). Otros estudios no presentaron una metodología confiable al contrastar calidad de vida en salud y enfermedad respiratoria crónica.

En nuestro estudio se trabajó con una muestra de 58 pacientes con el antecedente de haber padecido tuberculosis pulmonar y haber recibido tratamiento completo. El 27,6% tenía entre 40 a 49 años s. El 43,1% tenía secundaria. El 82,8% procedía de zona urbana. Según ocupación el 55,2% era empleada independiente seguido de un 20,7% de empleado dependiente y un 12,1% estudiante. El 94,8% tenía el seguro integral de salud. El 79,3% no tenía comorbilidades. Al medir calidad de vida en salud, el promedio más bajo lo tuvo la dimensión de rol físico con una media de 21,55 y la dimensión de rol emocional con una media de 20,11. Según el consolidado por componente mental y físico, el componente más afectado es el mental respecto al físico, con un promedio de 36,95 y 51,64 respectivamente. El componente físico en general tuvo una influencia estadísticamente significativa con el dolor corporal (Correlación de Pearson 0,819 p:0,000) y la función social (Correlación de Pearson 0,639 p:0,000) principalmente. En resumen, el 60,3% refiere una calidad de vida buena pero un 39,7% como mala. En la medición de enfermedad respiratoria crónica, el 36,2% se encuentra en una condición de buena pero un 32,8% en riesgo y el 15,5% en un nivel considerado como malo. Las 4 dimensiones se encuentran con puntajes muy bajos. Entre ellas se diferencia la dimensión de fatiga, con una media de 21,93 y control de la enfermedad con un promedio, el más bajo, de 17,34. El componente mental de calidad de vida en salud se encuentra relacionado con la dimensión de disnea de enfermedad respiratoria crónica (Rho de Spearman: 0.302 valor p: 0.021). Podemos afirmar que la calidad de vida en salud se ve influenciada hasta en un 30,2% por la presencia de disnea en el grupo de estudio.

CONCLUSIONES

- a. De los pacientes estudiados, el 27,6% tenía entre 40 a 49 años s. El 43,1% tenía secundaria. El 82,8% procedía de zona urbana. Según ocupación el 55,2% era empleada independiente seguido de un 20,7% de empleado dependiente y un 12,1% estudiante. El 94,8% tenía el seguro integral de salud. El 79,3% no tenía comorbilidades.
- b. Según calidad de vida en salud, el promedio más bajo lo tuvo la dimensión de rol físico (media de 21,55) y la dimensión de rol emocional (media de 20,11). El dolor corporal influyó un 61,5% en la función social y hasta 44,4% sobre la salud general. La salud mental tuvo una correlación de hasta 65,5% con la vitalidad y de 50,4% con la función social. El componente más afectado es el mental respecto al físico, con un promedio de 36,95 y 51,64 y respectivamente. El 60,3% refiere una calidad de vida buena pero un 39,7% como mala.
- c. Según enfermedad respiratoria crónica, el 36,2% se encuentra en una condición de buena pero un 32,8% en riesgo y el 15,5% en un nivel considerado como malo. Se diferencia la dimensión de fatiga (media de 21,93) y control de la enfermedad (media de 17,34) como los más afectados.
- d. El componente mental de calidad de vida en salud se encuentra relacionado con la dimensión de disnea de enfermedad respiratoria crónica (Rho de Spearman: 0.302 valor p: 0.021. La calidad de vida en salud se ve influenciada hasta en un 30,2% por la presencia de disnea, principalmente.

RECOMENDACIONES

1. Es aconsejable que periódicamente se evalúe el bienestar de los pacientes mediante la utilización de herramientas que midan su calidad de vida, con cuestionarios como el SF-36 que se centra en diversos aspectos, como la gravedad de los síntomas, el deterioro funcional, los trastornos emocionales y la percepción del individuo sobre su bienestar general.
2. Para mejorar la calidad de vida de los pacientes, se recomienda implementar trabajos de intervención que pueden incluir educación sobre enfermedades, rehabilitación física y psicológica, según el caso particular. Al monitorear la calidad de vida de los pacientes, se puede detectar eficazmente cualquier alteración y ajustar las intervenciones en consecuencia.
3. En relación a la calidad respiratoria, es conveniente que se cumpla con el seguimiento de los pacientes que completaron el tratamiento para TB, dándole importancia a los síntomas respiratorios como la disnea. Se recomienda establecer de manera protocolar la rehabilitación respiratoria, debido a que mejoraría la calidad de vida del paciente.
4. Proponer trabajos de investigación que exploren otras variables como la edad según las etapas de vida propuestas por el Ministerio de Salud (MINSA), así como explorar la relación de la calidad de vida en salud en otras poblaciones con enfermedades crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruces CJCT de, Escate F de MT. Calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar de tres establecimientos del primer nivel de atención en Lima. *Revista Cuidado y Salud Pública* [Internet]. 30 de junio de 2021 [citado 7 de julio de 2023];1(1):31-7. Disponible en: <http://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/14>
2. Rivera O, Benites S, Mendigure J, Bonilla CA. Abandonment of therapy in multidrug-resistant tuberculosis: Associated factors in a region with a high burden of the disease in Perú. *Biomedica*. 1 de agosto de 2019;39(Supl. 2):44-57.
3. Álvarez-López DI, Almada-Balderrama JA, Espinoza-Molina MP, Álvarez-Hernández G, Álvarez-López DI, Almada-Balderrama JA, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con tuberculosis pulmonar. *Neumología y cirugía de tórax* [Internet]. junio de 2020 [citado 5 de octubre de 2023];79(2):87-93. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0028-37462020000200087&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Giraldo Gallego N, Valencia Acevedo D, Cardona-Arias JA, Giraldo Gallego N, Valencia Acevedo D, Cardona-Arias JA. Calidad de vida relacionada con la salud en tuberculosis: Revisión sistemática y metanálisis. *Infectio* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 5 de octubre de 2023];22(3):124-30. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-93922018000300124&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Allwood BW, Byrne A, Meghji J, Rachow A, van der Zalm MM, Schoch OD. Post-Tuberculosis Lung Disease: Clinical Review of an Under-Recognised Global Challenge. *Respiration*. 2021;100(8):751-63.
6. Ravimohan S, Kornfeld H, Weissman D, Bisson GP. Tuberculosis and lung damage: from epidemiology to pathophysiology. *Eur Respir Rev*. 31 de marzo de 2018;27(147):170077.
7. Muñoz-Torrico M, Rendon A, Centis R, D'Ambrosio L, Fuentes Z, Torres-Duque C, et al. Is there a rationale for pulmonary rehabilitation following successful chemotherapy for tuberculosis? *J Bras Pneumol*. 2016;42(5):374-85.

8. Celleri M, Kousivitis F, Cremades C, Garay C. Índice de calidad de vida percibida en pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales en Buenos Aires, Argentina | *Acta Colombiana de Psicología*. *Acta Colombiana de Psicología* [Internet]. 2023 [citado 7 de julio de 2023];26(1):45-55. Disponible en: <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/3824>
9. Piñón MJ. Impact of physical exercise program home mild-moderate intensity on quality of life, strength, endurance, balance, and flexibility in Mexican adult kidney transplant patients | *Revista Colombiana de Nefrología*. *Revista Colombiana de Nefrología* [Internet]. 2022 [citado 7 de julio de 2023];9(2). Disponible en: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/572>
10. Kim T, Lee H, Sim YS, Yang B, Park HY, Ra SW, et al. Respiratory symptoms and health-related quality of life in post-tuberculosis subjects with physician-diagnosed bronchiectasis: a cross-sectional study. *J Thorac Dis*. agosto de 2021;13(8):4894-902.
11. Yang B, Choi H, Shin SH, Kim Y, Moon JY, Park HY, et al. Association of Ventilatory Disorders with Respiratory Symptoms, Physical Activity, and Quality of Life in Subjects with Prior Tuberculosis: A National Database Study in Korea. *J Pers Med*. 19 de julio de 2021;11(7):678.
12. Taylor J, Bastos ML, Lachapelle-Chisholm S, Mayo NE, Johnston J, Menzies D. Residual respiratory disability after successful treatment of pulmonary tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. mayo de 2023;59:101979.
13. Ozoh OB, Ojo OO, Dania MG, Dede SK, Adegboyega OA, Iurhe NK, et al. Impact of post-tuberculosis lung disease on health-related quality of life in patients from two tertiary hospitals in Lagos, Nigeria. *Afr J Thorac Crit Care Med*. 2021;27(2).
14. Nkereuwem E, Agbla S, Sallahdeen A, Owolabi O, Sillah AK, Genekah M, et al. Reduced lung function and health-related quality of life after treatment for pulmonary tuberculosis in Gambian children: a cross-sectional comparative study. *Thorax*. marzo de 2023;78(3):281-7.
15. Murillo Rosillo VB. Calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima - Perú, 2016. 2017.
16. Reynoso Guerrero PD. Correlación entre el test de Saint George y lesiones pulmonares por radiografía de pacientes con tuberculosis en Lima Norte durante el periodo 2018. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2019 [citado 30

de junio de 2023]; Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1820>

17. Huanca Mendoza JL. Factores Sociodemográficos Asociados a Calidad de Vida en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar en Tratamiento en la Microred Metropolitana de la Red de Salud Tacna. Periodo Enero a Febrero 2017. 2017.
18. Scully T. Tuberculosis. *Nature*. 10 de octubre de 2013;502(7470):S1.
19. Hunter RL. The Pathogenesis of Tuberculosis: The Early Infiltrate of Post-primary (Adult Pulmonary) Tuberculosis: A Distinct Disease Entity. *Front Immunol*. 19 de septiembre de 2018;9:2108.
20. Canetti G. Biology of the mycobacterioses. Pathogenesis of tuberculosis in man. *Ann N Y Acad Sci*. 5 de septiembre de 1968;154(1):13-8.
21. Laennec RTH. A treatise on the diseases of the chest: in which they are described according to their anatomical characters, and their diagnosis established on a new principle by means of acoustick instruments. (No Title) [Internet]. [citado 2 de julio de 2023]; Disponible en: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000795519146240>
22. Bennett JH. The Pathology and Treatment of Pulmonary Tuberculosis: And on the Local Medication of Pharyngeal and Laryngeal Diseases Frequently Mistaken For, Or Associated With, Phthisis. Blanchard and Lea; 1854. 172 p.
23. Pinner M. Pulmonary Tuberculosis In the Adult. Its Fundamental Aspects. *Southern Medical Journal*. diciembre de 1945;38(12):856.
24. Sweany HC. THE TUBERCLE BACILLUS IN THE PULMONARY LESION OF MAN: HISTOBACTERIOLOGY AND ITS BEARING ON THE THERAPY OF PULMONARY TUBERCULOSIS. *Dis Chest*. 1 de diciembre de 1955;28(6):699-701.
25. Hunter RL, Jagannath C, Actor JK. Pathology of postprimary tuberculosis in humans and mice: contradiction of long-held beliefs. *Tuberculosis (Edinb)*. julio de 2007;87(4):267-78.
26. Hunter RL. Tuberculosis as a three-act play: A new paradigm for the pathogenesis of pulmonary tuberculosis. *Tuberculosis (Edinb)*. marzo de 2016;97:8-17.
27. Niccolini F, Mencacci NE, Yousaf T, Rabiner EA, Salpietro V, Pagano G, et al. PDE10A and ADCY5 mutations linked to molecular and microstructural basal ganglia pathology. *Movement Disorders*. 2018;33(12):1961-5.

28. Scriba TJ, Penn-Nicholson A, Shankar S, Hraha T, Thompson EG, Sterling D, et al. Sequential inflammatory processes define human progression from M. tuberculosis infection to tuberculosis disease. *PLoS Pathog.* noviembre de 2017;13(11):e1006687.
29. Divangahi M, Behr MA. Cracking the Vaccine Code in Tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 de febrero de 2018;197(4):427-32.
30. Hsu D, Irfan M, Jabeen K, Iqbal N, Hasan R, Migliori GB, et al. Post tuberculosis treatment infectious complications. *Int J Infect Dis.* marzo de 2020;92S:S41-5.
31. Meghji J, Simpson H, Squire SB, Mortimer K. A Systematic Review of the Prevalence and Pattern of Imaging Defined Post-TB Lung Disease. *PLoS One.* 2016;11(8):e0161176.
32. Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, Catanzaro A, Daley C, Gordin F, et al. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 de febrero de 2007;175(4):367-416.
33. Lowes D, Al-Shair K, Newton PJ, Morris J, Harris C, Rautemaa-Richardson R, et al. Predictors of mortality in chronic pulmonary aspergillosis. *Eur Respir J.* febrero de 2017;49(2):1601062.
34. Amaral AFS, Coton S, Kato B, Tan WC, Studnicka M, Janson C, et al. Tuberculosis associates with both airflow obstruction and low lung function: BOLD results. *Eur Respir J.* octubre de 2015;46(4):1104-12.
35. Jette AM, Haley SM. Contemporary measurement techniques for rehabilitation outcomes assessment. *J Rehabil Med.* noviembre de 2005;37(6):339-45.
36. Hernández-Segura N, Marcos-Delgado A, Pinto-Carral A, Fernández-Villa T, Molina AJ. Health-Related Quality of Life (HRQOL) Instruments and Mobility: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 8 de diciembre de 2022;19(24):16493.
37. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics.* julio de 2016;34(7):645-9.
38. Tschiesner U, Rogers SN, Harréus U, Berghaus A, Cieza A. Content comparison of quality of life questionnaires used in head and neck cancer based on the international classification of functioning, disability and health: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* junio de 2008;265(6):627-37.

39. Booth S, Johnson MJ. Improving the quality of life of people with advanced respiratory disease and severe breathlessness. *Breathe (Sheff)*. septiembre de 2019;15(3):198-215.
40. Yorke J, Lloyd-Williams M, Smith J, Blackhall F, Harle A, Warden J, et al. Management of the respiratory distress symptom cluster in lung cancer: a randomised controlled feasibility trial. *Support Care Cancer*. noviembre de 2015;23(11):3373-84.
41. Banzett RB, O'Donnell CR. Should we measure dyspnoea in everyone? *Eur Respir J*. junio de 2014;43(6):1547-50.
42. Booth S, Johnson MJ. Improving the quality of life of people with advanced respiratory disease and severe breathlessness. *Breathe (Sheff)*. septiembre de 2019;15(3):198-215.
43. Antolínez Figueroa C, Bello Velasquez MC, Romero Bernal LF, Muñoz Sánchez AI. Instrumentos y herramientas de evaluación sobre conocimientos de tuberculosis. *eglobal [Internet]*. 1 de octubre de 2017 [citado 8 de octubre de 2023];16(4):499. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/262831>
44. OMS. WHOQOL Group, Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993; 2(2): 153-9.
45. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. SF 36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Massachusetts: The Health Institute; 1994.
46. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health*. 1980; 34(4): 281-6.
47. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*. 1981; 19(8): 787-805.
48. Mishra, G.D., Gale CR, Sayer AA, Cooper C, Dennison EM, Whalley LJ, et al. How useful are the SF-36 sub-scales in older people? Mokken scaling of data from the HALCYON programme. *Qual Life Res*. 2011; 20(7): 1005-10.
49. Kaplan RM, Bush JW, Berry CC. . Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Serv Res*. 1976; 11(4): 478-507.

50. Feeny D, Furlong W, Boyle M, Torrance GW. Multi-attribute health status classification systems. *Health Utilities Index. Pharmacoeconomics*. 1995; 7(6): 490-502.
51. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000; 17(1): 13-35.
52. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos [Internet]. [citado 24 de abril de 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
53. Solano-Mora L, Moncada-Jiménez J, Araya-Vargas G, Jiménez-Torres J, Solano-Mora L, Moncada-Jiménez J, et al. Factorial validity of the SF-36 Health Survey in Costa Rican former university employees. *Revista Costarricense de Salud Pública* [Internet]. diciembre de 2015 [citado 25 de abril de 2017];24(2):143-52. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-14292015000200143&lng=en&nrm=iso&tlng=es
54. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica* [Internet]. abril de 2012 [citado 11 de julio de 2017];30(1):61-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. WHO [Internet]. [citado 25 de abril de 2017]. OMS | Capítulo 1: Salud mundial: retos actuales. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/>
56. Rodríguez Urbina AE, Barriga García RJP. Cualidades psicométricas del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019 [Internet] [Tesis]. [Trujillo-Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [citado 7 de julio de 2023]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9118/1/REP_ANNA.R.ODRIGUEZ_RICARDO.BARRIGA_ENFERMEDADES.CRONICAS.pdf
57. Salazar FR, Bernabé E. The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. *Asia Pac J Public Health*. marzo de 2015;27(2):NP2372-2380.
58. Ruiz de Oña Lacasta JM, Puente Maestu L, Rodríguez Hermosa JL, Tatay Martí E, Cubillo Marcos JM. Comparación de varias escalas de medición para valorar la disnea en las actividades diarias en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Archivos de Bronconeumología* [Internet]. 1 de enero de

2000 [citado 7 de julio de 2023];36(1):25-8. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289615302295>

59. Guell R, Casan P, Sangenis M, Morante F, Belda J, Guyatt G. Epistemonikos. [citado 8 de julio de 2023]. Quality of life in patients with chronic respiratory disease: the Spanish version of the Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ). Disponible en:
<https://www.epistemonikos.org/es/documents/fad6969f24171c98e7b4f0026e0cafaa7efea7f5>
60. Serón S P, Riedemann G P, Sanhueza A, Doussoulin S A, Villarroel A P. Validación del Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica en pacientes chilenos con limitación crónica del flujo aéreo. Revista médica de Chile. noviembre de 2003;131(11):1243-50.
61. Chapeton Chaves F. Validación en español del cuestionario específico para enfermedad respiratoria crónica autodilucidado (CRQ-AUTOSELF). Revista Colombiana de Neumología. 2016;28(1):17.

ANEXOS

Cuestionario estructurado

Edad	Aseguramiento
1. 18 a 19 años	1. SIS
2. 20 a 29 años	2. Essalud
3. 30 a 39 años	3. Privado
4. 40 a 49 años	4. Sin seguro
5. 50 a 59 años	
6. 60 a más	
Nivel de instrucción	Número de hijos: _____
1. Sin instrucción	Estado Civil:
1. Primaria	1. Conviviente
2. Secundaria	2. Casada
3. Superior técnica	3. Separada
4. Superior Universitaria	4. Sin pareja
Procedencia	Antecedente de COVID 19
1. Urbana	1. Si
1. Rural	2. No
Ocupación:	Periodo de tiempo post tratamiento: _____
1. Estudiante	
2. Ama de casa	
3. Obrera dependiente	
4. Obrera independiente	
5. Empleada dependiente	
6. Empleada independiente	
7. Sin ocupación	

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN SALUD – SF36

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, **escriba la mejor respuesta posible**. No deje preguntas sin responder.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. (Q1) En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. (Q2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

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

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

3. (Q3a) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. (Q3b) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. (Q3c) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. (Q3d) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. (Q3e) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. (Q3f) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. (Q3g) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. (Q3h) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. (Q3i) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. (Q3j) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

13.(Q4a) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. (Q4b) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. (Q4c) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. (Q4d) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. (Q5a) Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)

- 1 Sí
- 2 No

18. (Q5b) Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. (Q5c) Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. (Q6) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. (Q7) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

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

22. (Q8) Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

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

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

23. (Q9a) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. (Q9b) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. (Q9c) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. (Q9d) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. (Q9e) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. (Q9f) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. (Q9g) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. (Q9h) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. (Q9i) Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez

32. (Q10) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

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

33. (Q11a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34.(Q11b) Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35.(Q11c) Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. (Q11d) Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

TEST DE CALIDAD RESPIRATORIA

CRQ-SAS AUTOADMINISTRADO

Se muestra una lista de actividades que producen **sensación de ahogo** que en algunas personas producen problemas respiratorios: marque con una X si ha tenido sensación de ahogo en las **ULTIMAS DOS SEMANAS**:

ACTIVIDADES	SENSACIÓN DE AHOGO						
	Extrema	Mucha	Bastante	Modorada	Alguna	Poca	Ninguna
1. Sentir emociones como enfado o disgusto							
2. Realizar sus cuidados básicos como ducharse, comer o vestirse							
3. Caminar							
4. Hacer tareas rutinarias como faenas de la casa, ir de compras o encargarse y organizar las compras							
5. Participar en actividades sociales (como reuniones con familiares, o en la familia dentro de la casa)							

Las siguientes preguntas son sobre su energía en general y como a sido su estado de ánimo en las últimas 2 semanas: marcar el 1 al 7 según corresponda:

6. En general, durante las últimas 2 semanas ¿Cuánto tiempo se ha sentido frustrado (a) o impaciente?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Bastante tiempo
4. Algún tiempo
5. Poco tiempo
6. Muy poco tiempo
7. Nunca

7. Durante las 2 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia ha sentido la sensación de miedo o pánico al no poder respirar bien?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Bastante tiempo
4. Algún tiempo
5. Poco tiempo
6. Muy poco tiempo
7. Nunca

8. ¿Qué tal la fatiga? ¿En las 2 últimas semanas hasta qué punto se ha sentido cansado?
1. Cansadísimo (a)
 2. Muy cansado (a)
 3. Bastante cansado (a)
 4. Moderadamente cansado (a)
 5. Algo cansado (a)
 6. Poco cansado (a)
 7. Nada cansado (a)
9. Durante las 2 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se ha sentido incómodo/a o violento (a) a causa de tos o respiración ruidosa?
1. Todo el tiempo
 2. La mayor parte del tiempo
 3. Bastante tiempo
 4. Algún tiempo
 5. Poco tiempo
 6. Muy poco tiempo
 7. Nunca
10. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se ha sentido confiado (a) seguro (a) de poder afrontar sus problemas respiratorios?
1. Todo el tiempo
 2. La mayor parte del tiempo
 3. Bastante tiempo
 4. Algún tiempo
 5. Poco tiempo
 6. Muy poco tiempo
 7. Nunca
11. Durante las 2 últimas semanas, ¿Hasta qué punto ha sentido energía?
1. Sin energía
 2. Muy poca energía
 3. Algo de energía
 4. Moderada energía
 5. Bastante energía
 6. Bastante energía
 7. Mucha energía
 8. Lleno (a) de energía
12. En general, Durante las 2 últimas semanas (cuánto tiempo se ha sentido angustiado (a)/ preocupado (a) o deprimido (a)?
1. Todo el tiempo
 2. La mayor parte del tiempo
 3. Bastante tiempo
 4. Algún tiempo
 5. Poco tiempo
 6. Muy poco tiempo
 7. Nunca

13. Durante las 2 últimas semanas ¿con que frecuencia ha sentido que controlaba totalmente su problema respiratorio?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Bastante tiempo
4. Algún tiempo
5. Poco tiempo
6. Muy poco tiempo
7. Nunca

14. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se ha sentido relajado (a) sin tensiones?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Bastante tiempo
4. Algún tiempo
5. Poco tiempo
6. Muy poco tiempo
7. Nunca

15. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se ha sentido con poca fuerza?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Bastante tiempo
4. Algún tiempo
5. Poco tiempo
6. Muy poco tiempo
7. Nunca

16. Durante las 2 últimas semanas ¿cuánto tiempo se ha sentido desanimado (a) o con la moral baja?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Bastante tiempo
4. Algún tiempo
5. Poco tiempo
6. Muy poco tiempo
7. Nunca

17. Durante las 2 últimas semanas ¿con que frecuencia se ha sentido echo polvo o sin ganas de hacer nada?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Bastante tiempo
4. Algún tiempo
5. Poco tiempo
6. Muy poco tiempo
7. Nunca

18. Durante las 2 últimas semanas ¿hasta qué punto se ha sentido feliz, satisfecho o contento (a) en su vida personal?

1. Muy insatisfecho, infeliz
2. Generalmente insatisfecho (a) infeliz
3. Algo insatisfecho (a) infeliz
4. En general satisfecho (a) contento (a)
5. Feliz la mayor parte del tiempo
6. Muy feliz la mayor parte del tiempo
7. Extraordinariamente feliz

19. Durante las 2 últimas semanas ¿Con que frecuencia se ha sentido asustado (a) angustiado (a) al tener dificultades para respirar?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Bastante tiempo
4. Algún tiempo
5. Poco tiempo
6. Muy poco tiempo
7. Nunca

20. Durante las 2 últimas semanas ¿con que frecuencia se ha sentido inquieto (a) tenso (a) o nervioso (a)?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Bastante tiempo
4. Algún tiempo
5. Poco tiempo
6. Muy poco tiempo
7. Nunca

