



**FCULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**“FACTORES PREDISPONENTES A LA PRESENCIA  
DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN JÓVENES DE 20 – 25  
AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROppo DE  
LA PROVINCIA DE CHINCHA DE ENERO - JUNIO DEL AÑO  
2012”**

**PARA OPTAR EL TITULO PORFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**CASIANO CELESTINO ROSA**

**ASESORA:**

**LIC. GIORGIO ALEXANDER AQUIJE CÁRDENAS**

**CHINCHA –ICA-PERU, 2015**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedicamos en primer lugar a Dios, nuestros padres y docentes por el esfuerzo que realizan día a día para darnos lo mejor de ellos.

## INDICE

<b>INTRODUCCION</b> .....	4
<b>RESUMEN</b> .....	5
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Planteamiento del Problema .....	7
1.2 Formulación del Problema.....	8
1.3 Objetivos de la Investigación.....	8
1.4 Justificación de la Investigación.....	9
<b>II. MARCO TEORICO</b>	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	11
2.2 Bases Teóricas.....	15
2.3 Operacionalización de Variables.....	32
<b>III. MATERIALES Y METODOS</b>	
3.1 Diseño Metodológico.....	33
3.2 Población y Muestra.....	33
3.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	34
3.3 Área de Estudio.....	34
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.	
3.5 Recolección de datos.....	35
3.6 Análisis de datos.....	35
<b>IV. CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS</b>	
4.1 Presupuesto.....	40
4.2 Cronograma.....	41
<b>V. BIBLIOGRAFIA</b>	
<b>VI. ANEXOS</b>	

## INTRODUCCION

Este trabajo de investigación se realizo para determinar los factores predisponentes a la presencia de tuberculosis pulmonar en jóvenes de 20 a 25 años de edad en el Hospital Rene Toche Groppo de la provincia de Chincha de Enero – Junio del año 2012

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa causada por un bacilo llamado Mycobacterium Tuberculoso o bacilo de Koch que afecta principalmente a los pulmones. La Tuberculosis pulmonar es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo

El agente etiológico de la tuberculosis es el Mycobacterium tuberculosis o bacilo de Koch.

La transmisión es fundamentalmente aérea (95% de los casos), Sólo transmiten la infección las personas que padecen tuberculosis pulmonar. Al toser, estornudar, hablar o escupir, expulsan al aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como bacilos tuberculosos. Basta inhalar una pequeña cantidad de bacilos para contraer la infección

Una persona con tuberculosis activa no tratada infecta una media de 10 a 15 personas al año.

**OBJETIVO GENERAL** Determinar los factores predisponentes a la presencia de tuberculosis pulmonar en jóvenes de 20 a 25 años de edad en el Hospital Rene Toche Groppo de la provincia de Chincha de Enero – Junio del año 2012”

**METODOLOGIA:** Estudio Transversal - descriptivo, se realizo en el Hospital Rene Toche Groppo de la provincia de Chincha de Enero – Junio del año 2012, con la participación de 14 jóvenes.

**RECOLECCIÓN DE DATOS:** se realizo a través de la guía de entrevista: **ENCUESTA**

**ANÁLISIS DE DATOS** A través de cuadros estadísticos y gráficos para ser interpretado y analizado

# CAPITULO I

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

---

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El presente trabajo de investigación está basado en un tema de gran importancia que tiene como título “Factores Predisponentes A La Presencia De Tuberculosis Pulmonar En Jóvenes De 20 — 25 Años De Edad en el Hospital René Toche Groppo de la Provincia de Chíncha de Enero – Junio del año 2012” ya que es un problema actual que día a día se va incrementando por la falta de información, educación y la buena alimentación, por lo tanto hoy en día la tuberculosis supone un autentico problema de salud pública, tanto a nivel mundial, nacional, local y por eso merece la pena detenerse a analizar su situación epidemiológica actual, tan importante para comprender correctamente esta patología en su globalidad. Según los estudios realizados a nivel mundial se dice que en los Estados Unidos, la mayoría de las personas se recuperan de la infección de tuberculosis pulmonar. La infección puede permanecer dormida o inactiva por años, sin embargo en algunas personas se puede activar, como referencia los casos que se presentan, en Estados Unidos hay aproximadamente 10 casos de tuberculosis por cada 100000 personas por la cual las tasas varían tremendamente por aérea de resistencia y clase socioeconómica.

A nivel nacional, la tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública de importancia por la magnitud de los daños que se evidencian de la morbilidad y mortalidad.

La incidencia de la Tuberculosis Pulmonar durante el periodo 2002-2006 muestra una disminución de los casos nuevos por habitantes, la que representa una paulatina pero sostenida reducción del indicador.

Pero actualmente se esté dando un incremento de casos debido a la extrema pobreza por la que está pasando el Perú y además estiman que el hacinamiento es un importante factor desencadenante de la enfermedad infectocontagiosa, por otra parte el humo del tabaco ejerce una acción perturbadora sobre los mecanismos de defensa.

A nivel local, la actividad orientada a identificar precozmente a las personas afectadas con TBC Pulmonar, se realiza permanentemente a través de la identificación del examen de esputo en personas con tos por más de 15 días y personas de riesgo.

Se detectan durante la atención de salud en cualquier aérea / servicios del establecimiento de salud, se da en caso de extrema pobreza, inmunodeprimidos, en pacientes con VIH, desnutrición, hacinamiento,

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores predisponentes a la presencia de tuberculosis pulmonar en jóvenes de 20 a 25 años de edad en el Hospital Rene Toche Groppo de la provincia de Chíncha de Enero – Junio del año 2012”?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

- **OBJETIVO GENERAL**  
Determinar los factores predisponentes a la presencia de tuberculosis pulmonar en jóvenes de 20 a 25 años de edad en el Hospital Rene Toche Groppo de la provincia de Chíncha de Enero – Junio del año 2012”
  
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
  - ✓ Identificar los factores de desnutrición que ocasionan la tuberculosis pulmonar en jóvenes de 20 a 25 años de edad en el Hospital Rene Toche Groppo de Chíncha.
  - ✓ Identificar los factores de hacinamiento que ocasionan a tuberculosis pulmonar en jóvenes de 20 a 25 años de edad en el Hospital Rene Toche Groppo de Chíncha.
  - ✓ Identificar los factores de coinfección de VIH-SIDA en los pacientes de tuberculosis pulmonar en jóvenes de 20 a 25 Años de edad en el Hospital Pene Toche Groppo de Chíncha.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación se realiza para poder disminuir el incremento de casos nuevos de tuberculosis pulmonar prioritariamente en los jóvenes de 20 - 25 años de edad la cual se están viendo más afectados por dicha afección, por lo tanto el presente trabajo está orientado a aplicar medidas preventivas para disminuir la incidencia de casos nuevos en la población, concientizando a la población a que aplique medidas necesarias para impedir la diseminación de la enfermedad, a través de factores desencadenantes de dicha infección como por ejemplo la desnutrición, hacinamiento e inmunodeprimidos.

## CAPITULO II

# MARCO TEÓRICO

---

## 2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

(1) **Aquino L.** realizaron la investigación que lleva como título “COMPORTAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS JOVENES DE YAGUAJAY en el 1998 al 2008”, cuyo objetivo general es identificar el comportamiento de la Tuberculosis Pulmonar en los últimos 10 años en el área de salud de Yaguajay.

Dentro de los métodos usados tenemos un estudio descriptivo y retrospectivo, donde a universo estuvo conformado por un total de casos diagnosticados y notificados desde enero del año 1998 hasta diciembre de año 2008 que a la vez fue a muestra de la investigación. Se diseño una encuesta, realizaba por las autores la que validada y respondió a los objetivos trazados para la Investigación. Se revisaron las series cronológicas, tarjetas y registro de enfermedades y documentos de estadística del Policlínico, todos los datos fueron tabulados y vaciados a cuadros estadísticos haciendo uso del método porcentual aritmético. Dentro de los resultados tenemos: En los años 2002-2004 se notificó el mayor número de casos así como en la raza blanca y del sexo masculino.

El grupo de edad más afectado fue de 56-65 años y la mayoría pertenecieron al Consejo Popular Sansaric y en un solo caso se conoció la fuente de infección. El 50% de los casos fue Baciloscopia y que los 10 casos estaban notificados como riesgo de padecer Tuberculosis.

Concluyó además que la mayoría de los afectados tienen 1 o más factores pre disponentes en casi todos predominó la mala higiene personal y consideramos adecuado el grado de conocimiento de los encuestados sobre la enfermedad en su radio de acción estando dispensarizados en su CMF, aunque esto no indica que debemos disminuir nuestro apoyo y promoción hacia todos los sectores de la comunidad. La atención primaria, junto con los medios de difusión masiva y

las organizaciones de masas continuaremos trabajando para erradicar dicha enfermedad.

**(2) Ugarriza N.** estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Asunción -- Paraguay. Realizo la investigación que lleva como título "Análisis Epidemiológico de la Tuberculosis Pulmonar en los Internos jóvenes de la Penitenciaría Nacional de Cucumbé» en el año 2005. Donde su objetivo general es: Determinar los números de casos positivos de tuberculosis pulmonar en internos de la Penitenciaría Nacional de Cucumbé.

Dentro del método utilizado para la investigación tenemos que se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, donde se toma una muestra de población de internos mayores de 18 años de edad que presenten tos con expectoración por más de 15 días, se contó con un muestreo probabilístico. Como resultado se obtuvo que 422 internos presentaron una sintomatología sospechosa en los meses de mayo y agosto del 2005, que representaba el 13% de la población lo cual podría atribuirse a diversos factores como la falta de atención y predisposición de las autoridades sanitarias del lugar hacia los internos, la falta de recursos y trabas burocráticas para el estudio de los mismos o al desconocimiento o apatía del interno sobre su enfermedad entre otros, poseen un alto riesgo de contraer la enfermedad debido al hacinamiento de las celdas en las que conviven.

Concluyendo lo siguiente: La epidemia de la tuberculosis en la Penitenciaría de Tacumbú es de prevalencia alta, con predominio de edad entre los 20 y 30 años lo que nos parece muy llamativo, de mayor incidencia en los pabellones que poseen un alto número de internos hacinados y con moderada incidencia en aquellos que se encuentran en celdas con ventilación adecuada y un menor número de internos.

Debido a los datos obtenidos vemos la necesidad de un mejor control por parte de las autoridades sanitarias sobre los internos debido a que la penitenciaría posee una población dinámica.

**(3) Hendrickson S.** realizó la investigación que lleva como título “Cuidados de Enfermería que reciben los pacientes con Tuberculosis Pulmonar ingresados a la sala de Neumología del Hospital Regional en San Pedro de Macorís en septiembre del año 2005 a setiembre del año 2006”, cuyo objetivo general fue Determinar el tipo de cuidado de enfermería que reciben los pacientes con Tuberculosos Pulmonar ingresados en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa en el Periodo Septiembre 2005 — Noviembre 2006 y los específicos fueron Determinar el tipo de cuidado de enfermería que reciben los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Hospital Dr. Antonio Musa.

Dentro de los métodos usados tenemos que se realizó un estudio descriptivo de proyección prospectiva de fuente primaria, cuya población o universo es de 60 pacientes entre hombres y mujeres hospitalizados en el Hospital Regional Dr. Antonio Musa con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, por ser una población limitada formará también la muestra para el estudio.

Como resultado se obtuvo lo siguiente: Los cuidados de enfermería que reciben los pacientes con tuberculosis pulmonar ingresados en la sala de neumología del Hospital Regional Dr. Antonio Musa.

La diferencia que se observa entre la consideración del personal de enfermería y el usuario hemos asumido que se debe al desconocimiento por parte del paciente de sus derechos al servicio de salud de calidad, calidez y eficiencia.

En relación a la edad del personal que ofreció el cuidado al paciente con tuberculosis pulmonar el 34.8% ofreció el cuidado bueno al usuario, el mayor

número de personal en esta categoría representando el 21.7% que correspondió a edades entre 25-34 años.

Por otra parte el 30.0% del personal calificó el cuidado de tipo malo. El mayor porcentaje del personal que afirmó esta clasificación fue de 17.4% los que tenían edades comprendida entre 35-44 años.

**(4) Machado J.** Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Tecnológica de Pereira y Jefe de la división de Promoción y Prevención del Instituto Municipal de Salud de Pereira realizo la investigación que lleva como título “ Asociación de Tuberculosis y VIH en pacientes del Instituto Municipal de Salud de Pereira”, en Colombia en el año 2005, cuyo objetivo fue Determinar el nivel de asociación de la Tuberculosis con la infección por VIH en pacientes de Pereira — Colombia en el año 2005.

Como método usaron Se tomó la totalidad de pacientes con diagnóstico de TB inscritos en el Programa de Control de esta enfermedad que opera en todos los organismos de salud de la Red Pública de Atención del Municipio de Pereira durante el período de mayo 1 hasta septiembre 30 del año 2005.

A los pacientes que resultaron reactivos con el test de Elisa se les hizo en un periodo no mayor de 30 días una segunda toma de sangre para un nuevo test y una prueba de Western Blot. A todos los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, como actividad común del programa de control de la enfermedad en Pereira, se les hizo visita domiciliaria para la educación y la búsqueda de contactos.

Como resultado obtuvieron lo siguiente en el período de 5 meses que duró el estudio se diagnosticaron 99 pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el municipio de Pereira según informes de la oficina de estadística del Instituto. Sin embargo, sólo se pudo investigar la coinfección con VIH en 94 pacientes debido a que 5 no iniciaron tratamiento y a pesar de su búsqueda no se pudieron

encontrar. De aquellos, 55 (58.5%) casos eran de sexo masculino y 39 (41.5%) de sexo femenino. Casi todos provenían del área urbana del municipio (89 casos; 94.7%) y un pequeño grupo tenían procedencia del área rural (5.3%).

Se concluyó que la prevalencia de la asociación con VIH en el municipio de Pereira es baja, si se compara con la de otras ciudades del país y del mundo. El incremento de la tuberculosis no estuvo relacionado con la coinfección por VIH. Es muy importante realizar evaluaciones de la calidad de los registros de los pacientes.

## **2.2. BASE TEORICA:**

### **2.2.1. Definición de Tuberculosis Pulmonar:**

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa causada por un bacilo llamado *Mycobacterium Tuberculoso* o bacilo de Koch que afecta principalmente a los pulmones.

La Tuberculosis pulmonar es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo.

### **2.2.2. Etiología:**

El agente etiológico de la tuberculosis es el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. Se trata de un bacilo aerobio estricto, ácido-alcohol resistente, sin movilidad, de crecimiento lento subordinado a la presencia de oxígeno y al valor del pH circundante. Es muy resistente al frío, la congelación y a la desecación, siendo por el contrario, muy sensible al calor y a la luz solar, se inactiva con los rayos ultravioletas y a temperaturas mayores de 60° C. Su multiplicación es muy lenta (14-24 horas), ante circunstancias metabólicas adversas, entra en un estado latente o durmiente, pudiendo llegar a demorar su multiplicación desde varios días hasta muchos años. La transmisión es fundamentalmente

aérea (95% de los casos), Sólo transmiten la infección las personas que padecen tuberculosis pulmonar. Al toser, estornudar, hablar o escupir, expulsan al aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como bacilos tuberculosos. Basta inhalar una pequeña cantidad de bacilos para contraer la infección.

El reservorio fundamental de *M. tuberculosis* es el hombre, bien el sano infectado o el enfermo, aunque el ganado bovino lo es de *M. bovis* y muchos animales pueden serlo también del complejo *M. tuberculosis*. La fuente de infección de esta enfermedad la constituye, casi exclusivamente, el hombre enfermo. Por su parte el mecanismo de transmisión más importante y el que causa la casi totalidad de los contagios es la vía aerógena, siendo más contagiosos los enfermos portadores de Baciloscopia positiva, los que más tosen y los que no reciben tratamiento.

Una persona con tuberculosis activa no tratada infecta una media de 10 a 15 personas al año. Sin embargo, no todos los sujetos infectados por el bacilo de la tuberculosis necesariamente desarrollan la enfermedad. El sistema inmunológico “empareda” los gérmenes que, aislados por una gruesa envoltura cérica pueden permanecer en estado latente durante años. El riesgo de enfermar aumenta cuando el sistema inmunológico de la persona está debilitado.

### **2.2.3. Factores predisponentes que ocasionan tuberculosis pulmonar:**

En dicho tema de investigación se identifican 3 factores predisponentes la cual hemos considerado la desnutrición, hacinamiento, pacientes con VIH-SIDA por lo cual se considera factores de riesgo para adquirir la enfermedad de tuberculosis pulmonar.

**La Desnutrición:** Continua siendo un problema de salud en varias regiones del mundo y la pobreza su causa subyacente principal y determinante en los niños y jóvenes crea un terreno favorable para el establecimiento y desarrollo de enfermedades infecciosas, entre las que se pueden mencionar: el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la tuberculosis que a su vez contribuyen a mantener la desnutrición y constituyen una significativa causa de mortalidad. La relación entre desnutrición y TB pulmonar es estrecha, porque la desnutrición prolongada expone al organismo a una invasión fácil de enfermedades.

**El Hacinamiento:** facilita la posibilidad de transmisión. El contagio se puede producir en un contacto esporádico con un enfermo, pero evidentemente cuanto más íntimo y prolongado sea el contacto muchos mayores serán las posibilidades: familiares, compañeros de habitación, compañeros de trabajo, etc., serán los que más frecuentemente se infecten. En general, se acepta que el 23 y 25% de los contactos con un caso infeccioso se infectarán.

**El VIH-SIDA;** Diferentes estudios han demostrado que el riesgo de sufrir TB pulmonar es más alto en pacientes infectados por el VIH que en la población general. En los últimos años ha vuelto a ser una enfermedad “de moda” y en la actualidad lo está más por diversos factores, entre los que destacan la infección por el VIH.

En las personas infectadas por el VIH existe una alta incidencia de Tuberculosis Pulmonar ya sea por la reactivación de una infección Tuberculosis Pulmonar previa o por una infección primaria.

En las personas infectadas por el VIH existe un bajo nivel de cumplimiento del tratamiento lo que favorece la aparición de resistencia adquirida a las drogas antituberculosas.

#### **2.2.4. Estadísticas:**

En los últimos 15 años han ocurrido cambios importantes en el control eficiente de la Tuberculosis (TB) en condiciones de trabajo real. Las tasas de morbilidad e incidencia anual de TB tendieron a disminuir (tasa de morbilidad año 2004: 124.4 x 100,000 habitantes; tasa de incidencia de TB todas las formas 107.7 x 100,000 habitantes; tasa de incidencia de TB pulmonar frotis positivo (TBP-FP): 66.4 x 100,000 habitantes). En total 34,276 personas con TB para el año 2004, de los cuales 18,289 casos nuevos de TBP-FP. Ello significó una disminución de 51.4% en la tasa global de TB, respecto al año 1992 (año de máxima tasa).

Para el año 2004 se esperaban 1,441,094 sintomáticos respiratorios, de los cuales se identificaron e 71.5% y se examinaron al 98.6% de éstos. Sin embargo, las tasas anuales pueden haber sido afectadas por la disminución del esfuerzo de búsqueda de casos, habiendo disminuido el número de Baciloscopia de diagnóstico en el periodo del año 2001 al 2003. Las acciones tomadas en el segundo semestre del año 2004 permitió detener la caída en la captación de sintomáticos respiratorios examinados.

El año 2005 la captación de sintomáticos respiratorio y el número de Baciloscopia de diagnóstico se han incrementado en 16 % lo que ha permitido ir cerrando la brecha de años anteriores. Se examinaron en ese periodo 1, 186,699 sintomáticos respiratorios realizando Baciloscopia de diagnóstico. Producto de una adecuada gestión se diagnosticaron 35.541 casos de tuberculosis en todas sus formas lo que representa una tasa de 129.02 casos x 100 000 habitantes, así mismo se detectaron 30.226 casos nuevos de tuberculosis (tasa de 109.7 x 100 000

habitantes) y 18,490 casos de tuberculosis pulmonar con Baciloscopia positiva (tasa de 87.12 x 100 000 habitantes), de tal manera las tasas de morbilidad, incidencia e incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo, se han incrementado en promedio en 1.9 %, de mantenerse este esfuerzo el año 2006 se lograría disminuir la prevalencia acumulada y a partir del año 2007 comenzaría a disminuir en 5% anual las tasas de tuberculosis, similar a la década de los años 90.

El 58.7 % de los casos se concentran en Lima y Callao y en el interior del país las regiones con mayor tasa de incidencia son:

Lima Este, Madre de Dios, Lima Norte, Ucayali, Lima Sur, Tacna, Callao, Loreto, Ica y Lima Ciudad. La costa y la selva son las regiones con mayor carga de incidencia de tuberculosis

#### **2.2.5. Sintomatología:**

Los síntomas más frecuentes de la tuberculosis de localización pulmonar son latos y la expectoración que duran más de 15 días, no responden a tratamientos sintomáticos ni a antibióticos comunes de amplio espectro y pueden iniciarse simulando un estado gripal. Además puede acompañarse de síntomas generales como sensación febril de predominio nocturno (diaforesis nocturna), inapetencia (anorexia), pérdida de peso y cansancio fácil (astenia). Pueden presentarse otros síntomas de intensidad variable según los casos: hemoptisis, dificultad respiratoria, opresión o dolor torácico, etc.

#### **2.2.6. Diagnóstico de casos:**

La herramienta fundamental para el diagnóstico de caso de Tuberculosis es la bacteriología (Baciloscopia y Cultivo) por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo. En aquellas situaciones donde los estudios

bacteriológicos no sean concluyentes será necesario realizar el seguimiento diagnóstico de acuerdo a la organización de la red de servicios de salud, utilizando otros criterios tales como: Clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico.

Toda persona con diagnóstico de Tuberculosis previa consejería y aceptación se deberá realizar la prueba de diagnóstico para VIH.

### **Baciloscopia**

Es la herramienta fundamental rutinaria para el diagnóstico de la tuberculosis y para el seguimiento del tratamiento de los pacientes con tuberculosis.

#### **Informe de Resultados de Baciloscopia:**

Negativo (-): 1 No se encuentra bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos microscópicos.

Positivo (+): Menos de 1 BAAR promedio por campo en campos observados (10-99 bacilos en 100 campos).

Positivo (++) : De 1 a 10 BAAR promedio por campo en 50 campos observados.

Positivo (+++) : Más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos observados.

### **Detección de casos**

Es la actividad orientada a identificar precozmente a las personas con tuberculosis. Se realizará permanentemente a través de la identificación y examen inmediato de los sintomáticos respiratorios, que se detectan durante la atención de salud en cualquier área/servicio del establecimiento.

Sintomático Respiratorio (S.R.):

Es toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días.

S.R. Identificado (S.R.I):

Es la persona detectada e inscrita en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios.

S.R. Examinado (S.R.Ex):

Es el S.R. al que se ~e realiza uno o más Baciloscopia de esputo.

### **2.2.7. Patogenia de la Tuberculosis**

Se define primoinfección tuberculosa como el conjunto de fenómenos biológicos que tienen lugar cuando un individuo entra en contacto por primera vez con el bacilo tuberculoso. Durante la primoinfección, el 95 % de los pacientes permanecen asintomáticos (o con síntomas mínimos que recuerdan un episodio gripal) y solamente un 5 % desarrollan la enfermedad aparente. Lo normal en estos sujetos es que se produzca una conversión tuberculínica. Habitualmente este proceso se producía en la infancia, sin embargo, este proceso puede tener lugar en cualquier momento de la vida y se inicia con la inhalación de las partículas cargadas de bacilos por parte de una persona no expuesta previamente. Las gotas de flüger, al perder parte de su contenido en agua, se forman unas partículas de 1-5  $\mu\text{m}$ , que contienen aproximadamente tres bacilos/partícula, que son las realmente infecciosas.

Los mecanismos de defensa de las vías aéreas superiores (tos, sistema mucociliar) evitan la llegada de las partículas superiores a 5  $\mu\text{m}$  al parénquima pulmonar, de una forma inespecífica. Se considera que deben llegar al menos 10-200 para que tenga lugar la infección. La zona de llegada preferente es, lógicamente, la zona mejor ventilada del pulmón y corresponde a la región subpleural del lóbulo inferior.

En este momento se produce una respuesta exudativa o alveolitis inespecífica o una pequeña área de neumonía constituida por tubérculos o granulomas característicos de la tuberculosis con una zona central de necrosis caseosa rodeada de una masa de células epitelioides gigantes mononucleares, células gigantes de Langhans y todo rodeado de una corona de linfocitos.

A este granuloma se le denomina Fólculo de Koester y en su centro pueden hallarse bacilos.

El granuloma o tubérculo puede sanar por calcificación y/o fibrosis o puede progresar por diseminación linfática hacia los ganglios hiliares constituyendo lo que se denomina complejo de la primoinfección o complejo de Ghon y quedar aquí detenido el proceso, que es lo más frecuente. Sin embargo, en una proporción muy pequeña de casos, hay una progresión del proceso a través de la circulación sanguínea general y entonces se implantan los bacilos en (os) vértices pulmonares constituyéndose los denominados focos de Simón; también puede quedar en otros órganos del cuerpo humano (huesos, meninges, hígado, pleura, peritoneo, etc.). Estos bacilos que se mantienen de forma quiescente o en fase durmiente en cualquiera de los órganos referidos, por alguna circunstancia desfavorable, pueden entrar en actividad metabólica y dar motivo a la ocurrencia de la tuberculosis secundaria de reactivación endógena.

El 90% de las personas tendrán controlados los bacilos en estado latente para toda la vida, por medio de sus defensas inmunes. Un 5% presentará IB primada progresiva y el otro 5% presentará la enfermedad en estados tardíos de la vida, en lo que se denomina IB de reactivación. Esta situación cambia radicalmente en el SIDA, donde se estima que el 50-

60% de los infectados por M. tuberculosis acabarán padeciendo TB activa a lo largo de su vida.

A las personas portadoras de alguna situación que incremente la probabilidad de padecer IB se les considera pertenecientes a grupos de riesgo.

Por todo lo expuesto, es necesario tener en cuenta que todo infectado es un enfermo en potencia y hace que el estado de mayor protección frente a M. tuberculosis es el de la persona que nunca se ha infectado.

La progresión de infección tuberculosa a enfermedad tuberculosa puede ocurrir de forma temprana (Tuberculosis primaria, alrededor del 1-5%) o varios años después de la infección (Tuberculosis post-primaria, secundaria, reactivación tuberculosa en alrededor del 5 al 9%). El riesgo de reactivación se ve incrementado con alteraciones en el sistema inmunitario, tales como las causadas por el HIV. En paciente coinfectados de HIV y tuberculosis Pulmonar, el riesgo de reactivación se incrementa un 10% por año, mientras que en una persona inmunocompetente el riesgo es del 5 al 10% durante toda la vida.

#### **2.2.8. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar**

El tratamiento de la tuberculosis está regido por esquemas:

##### **Esquema UNO: 2RHEZ/4R2H2.**

Es el esquema de terapia combinada diseñado con medicamentos de primera línea para aquellas personas con tuberculosis sin antecedentes de haber recibido tratamiento antituberculoso previo, si lo recibieron éste fue por menos de treinta días consecutivos (sinónimos: nunca tratados (NT), virgen al tratamiento).

##### **Composición**

El tratamiento primario ESQUEMA UNO estrictamente supervisado incluye los siguientes fármacos:

Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E)

El esquema de tratamiento primario acortado se debe administrar durante 6 meses, hasta completar 82 dosis divididas en dos etapas:

- Primera Fase: 50 dosis (diario de lunes a sábado con RHEZ)
- Segunda Fase: 32 dosis (intermitente. 2 veces por semana, con RH)

<b>TRATAMIENTO CON ESQUEMA UNO: 2HRZE-4R2H2</b>				
<b>FASES</b>	<b>DURACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>MEDICAMENTOS-DOSIS</b>	<b>TOTAL POR PACIENTE</b>
1era	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300 mg: 2 cápsulas Isoniacida x 100 mg: 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg: 3 tabletas Etambutol x 400 mg: 3 tabletas	R x 300 mg: 164 cápsulas I x 100 mg: 438 tabletas
2da	4 meses (32 dosis)	Dos veces por semana	Rifampicina x 300 mg: 2 cápsulas Isoniacida x 100 mg: 9 tabletas	Z x 500 mg: 150 tabletas E x 400 mg: 150 tabletas

\*De preferencia brindar en ayunas.  
 \*La persona con TBC con menos de 50 Kg. de peso, tanto en adultos como niños, la dosis de la medicación se administra en relación con el peso del paciente, según la posología adjunta.  
 \*En menores de 7 años, valorar riesgo beneficio del uso de Etambutol por el riesgo de producir neuritis óptica.

- Todo paciente nuevo con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo).
- Todo paciente nuevo con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo) asociado a infección VIH/SIDA.

**Esquema DOS: 2RHEZS - IRHEZ / 6R2H2E2**

Es el esquema de terapia combinada diseñado con medicamentos de primera línea para aquellas personas con tuberculosis antes Tratados

(AT) quienes tienen el antecedente de haber recibido tratamiento anti TB por más de 30 días, incluye recaídas y abandonos recuperados.

Las personas con antecedente de tratamiento tienen mayor riesgo de ser portadores de TB resistente a antibióticos, razón por la cual es necesario potenciar el esquema terapéutico con una droga adicional (Estreptomina) y extender la segunda fase.

### Composición

El esquema DOS incluye los siguientes fármacos: Rifampicina (R)

Isoniacida (H), Pirazinamida (Z), Etambutol (E) y Estreptomina (S).

Se debe administrar durante 8 meses (aproximadamente 32 semanas).

hasta completar 125 dosis, dividido en dos etapas:

- Primera fase: 75 dosis (2 meses, diario, de lunes a sábado con RHEZS, seguido de un mes diario de lunes a sábado con PHEZ).
- Segunda fase: 40 dosis (intermitente, 2 veces a la semana, con RH)

TRATAMIENTO ESQUEMA – DOS 2HREZS – 1HREZ/5H2R2E2 Duración 8 meses (115 dosis)				
Fases	Duración	Frecuencia	Medicamento y dosis	Total por enfermo
1ra.	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300 mg. 2 capsulas Isoniacida x 100 mg. 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg. 3 tabletas Etambutol x 400 mg. 3 tabletas Estreptomina x 1 g.	R x 300 mg. = 230 cap. H x 100 mg. = 545 tab. Z x 500 mg. = 225 tab. E x 400 mg. = 465 tab. S x 1g. = 50 amp.
	1 mes (25 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300 mg. 2 capsulas Isoniacida x 100 mg. 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg. 3 tabletas Etambutol x 400 mg. 3 tabletas	
2da.	5 meses (40 dosis)	Dos veces por semana.	Rifampicina x 300 mg. 2 capsulas Isoniacida x 100 mg. 8 tabletas Etambutol x 400 mg. 6 tabletas	

Nota: En enfermos con de 50 kg. De peso, tanto adultos como niños, la dosis de medicamentos se administra en relación al peso del paciente. No usar etambutol en menores de 7 años por el riesgo de producir neuritis óptica.  
No usar estreptomina en embarazadas por su eventual toxicidad sobre el feto. En caso de ser necesario, evaluar su riesgo-beneficio con consentimiento informado de la paciente y su familia.  
En mayores de 60 años la dosis diaria de estreptomina utilizada no deberá exceder de 0,75 g

- Todo paciente antes tratado con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo).

- Todo paciente antes tratado con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo con BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo) asociado a infección VIH /SIDA.

### **Esquema de Retratamiento Estandarizado para TB MDR**

Es un esquema de tratamiento transitorio, normalizado, que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una Prueba de Sensibilidad.

Toda persona con tuberculosis con indicación de retratamiento estandarizado para TB MDR debe ser evaluado directamente por el médico Consultor. Asimismo, se debe asegurar el envío de dos muestras para cultivo y Prueba de Sensibilidad, previo al inicio del retratamiento.

### **Composición**

El presente esquema incluye las siguientes drogas:

### **EZKmCxEthCsPas/ ZECxEthCsPas**

Etambutol, Pirazinamida, Kanamicina, Ciprofloxacino, Ethionamida, Cicloserina, PAS.

Los aminoglicósidos pueden aplicarse en forma diaria durante 2-4 meses y luego de manera intermitente (2-3 veces por semana), hasta tener por lo menos el resultado de seis cultivos mensuales negativos consecutivos u ocho meses de tratamiento cronológico, a partir de la conversión.

### **Indicaciones**

- Persona con tuberculosis que fracasa al esquema Uno o Dos y que no cuenta con Prueba de sensibilidad al momento de decidir la terapia.
- Persona con diagnóstico de TB activa y antecedente de dos tratamientos previos y que no cuenta con Prueba de Sensibilidad al momento de decidir la terapia.

- Recaída en tiempo menor de seis meses después de haber recibido esquema UNO o DOS y que no cuenta con Prueba de Sensibilidad al momento de decidir la terapia.
- Persona con tuberculosis en esquema UNO o DOS con sospecha de fracaso y con alto riesgo de fallecimiento, ésta es una situación excepcional que debe ser adecuadamente documentada y contar con fa auditoria del caso por parte de la Unidad técnica de TB MDR (UTTBMDR), quienes autorizarán el tratamiento.

### **2.2.9. Tratamiento complementario**

#### **Nutrición**

Procurar asegurar una nutrición adecuada del paciente con la finalidad de lograr un incremento de peso significativo. Esta debe ser rica en proteínas de alto valor biológico. En pacientes crónicos con tendencia a retener 002, deben recibir dieta baja en carbohidratos. Se debe medir el índice de masa corporal en forma periódica.

De acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud solicitar evaluación del nutricionista en todos los casos donde se cuente con este recurso.

Hay que recordar que se debe dar suplemento de vitaminas (Piridoxina), para evitar los efectos adversos en todos aquellos casos necesarios (diabetes, pacientes con TBMDR enretratamiento, desnutridos, gestantes, alcohólicos, adultos mayores de más de 65 años).

La dosis preventiva de Piridoxina es 50 mg por día en neuropatía periférica por Isoniacida. Para el tratamiento de la neuropatía la dosis de Piridoxina es 150 mg/día.

En pacientes que se encuentran recibiendo Cicloserina deben recibir 50 mg. de Piridoxina por cada 250 mg. de Cicloserina.

### **Reposo físico**

Se recomienda reposo físico por lo menos durante la primera fase del tratamiento.

El descanso médico procede según las normas legales nacionales y debería ser mínimo de dos meses.

Se recomienda rehabilitación respiratoria en el curso del tratamiento en aquellos pacientes con lesión pulmonar importante.

### **Terapia psicológica y social**

La terapia psicológica es importante durante el tratamiento pues muchos pacientes presentan depresión reactiva al conocer su diagnóstico o en el curso de un tratamiento prolongado. Algunos medicamentos como Isoniacida, Ciprofloxacino, Ethionamida y Cicloserina tienen efectos colaterales neuro-psiquiátricos.

Es muy importante que el personal de salud evite palabras y actitudes discriminatorias. Hay que dar información adecuada, ganarse la confianza y entender las circunstancias de vida del enfermo.

Promover la formación de grupos de apoyo entre los pacientes del Establecimiento de salud.

**2.2.10. Prevención:** Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del Bacilo de Koch.

Las principales medidas preventivas son:

### **Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar**

La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio, eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la

detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y completo de los casos de tuberculosis pulmonar principalmente frotis positivo (IBP-FP).

### **Vacunación BCG**

La vacuna BCG (Bacilo de Calmette - Güerin) contiene bacilos vivos y atenuados, obtenida originalmente a partir del *Mycobacterium bovis*. Su aplicación tiene como objetivo provocar respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa post-infección primaria.

Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis: Meningoencefalitis tuberculosa (MEC-TB) y tuberculosis miliar; debiendo ser aplicada en todo recién nacido.

### **Control de Contactos**

Se denomina contacto a las personas que conviven con la persona con tuberculosis.

- **Contacto Intradomiciliario:** Es aquella persona que vive en el domicilio de la persona con tuberculosis
- **Contacto Extradomiciliario:** Es aquella persona que no vive en el domicilio de la persona con tuberculosis, sin embargo comparte ambientes comunes (colegio, trabajo, guardería, albergue).

Asimismo, son considerados en esta categoría, parejas, amigos y familiares que frecuentan a la persona con tuberculosis.

El control de contactos se define como la evaluación integral y seguimiento de estas personas.

Tiene como objetivos prevenir la infección y el desarrollo de enfermedad además de detectar casos de tuberculosis entre los contactos. Es prioritario el control de los contactos de un enfermo IBP-

FP, porque son las personas que tienen mayor posibilidad de haberse infectado recientemente y desarrollar la enfermedad.

Los procedimientos para el control de contactos se detallan en la disposición específica correspondiente.

### **Quimioprofilaxis**

Es la administración de Isoniacida a personas en riesgo de ser infectadas o enfermar de tuberculosis con el objetivo de prevenir la enfermedad tuberculosa. La indicación de la quimioprofilaxis, será responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud. La organización y cumplimiento de la quimioprofilaxis, estará bajo responsabilidad de enfermería.

### **Educación y Comunicación para la Salud:**

La comunicación en el Control de la Tuberculosis es un proceso de interacción y diálogo entre el personal de los servicios de salud y los ciudadanos en diversos escenarios y espacios (individual, familiar y comunitario), con la finalidad de influir y lograr estilos de vida saludables que disminuya la transmisión de la infección en la comunidad.

#### **2.2.11 Definición de términos básicos:**

- **Tuberculosis pulmonar:** La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa causada por un bacilo llamado Mycobacterium Tuberculoso o bacilo de Koch que afecta principalmente a los pulmones.
- **Bacilo de Koch:** Nombre de la bacteria que ocasiona la tuberculosis pulmonar.
- **Bacteria:** Microorganismos unicelulares que se multiplican comúnmente por división celular.

- **Aeróbico:** Microorganismo que puede vivir y desarrollarse en presencia de oxígeno libre.
- **Baciloscopia:** Es la herramienta fundamental rutinaria para el diagnóstico de la tuberculosis y para el seguimiento del tratamiento de los pacientes con tuberculosis.
- **VacunaciónBCG:** La vacuna BCG (Bacilo de Calmette - Güerin) contiene bacilos vivos y atenuados.



## CAPITULO III

# **MATERIALES Y MÉTODOS**

---

### **3.1 DISEÑO METODOLÓGICO: TIPO DE INVESTIGACIÓN**

- **POR SU FINALIDAD:**

Básica o Teórica

- **POR SU ALCANCE TEMPORAL:**

Transversal

- **NIVEL DE INVESTIGACION:**

Descriptiva

- **DISEÑO:**

No experimental

### **3.2 POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO:**

#### **UNIVERSO:**

Está conformado por los jóvenes con TBC Pulmonar que oscilan entre 20 y 25 años de edad en el Hospital Rene Toche Groppo de la provincia de Chincha de Enero – Junio del año 2012”. Y son en su totalidad 14 jóvenes.

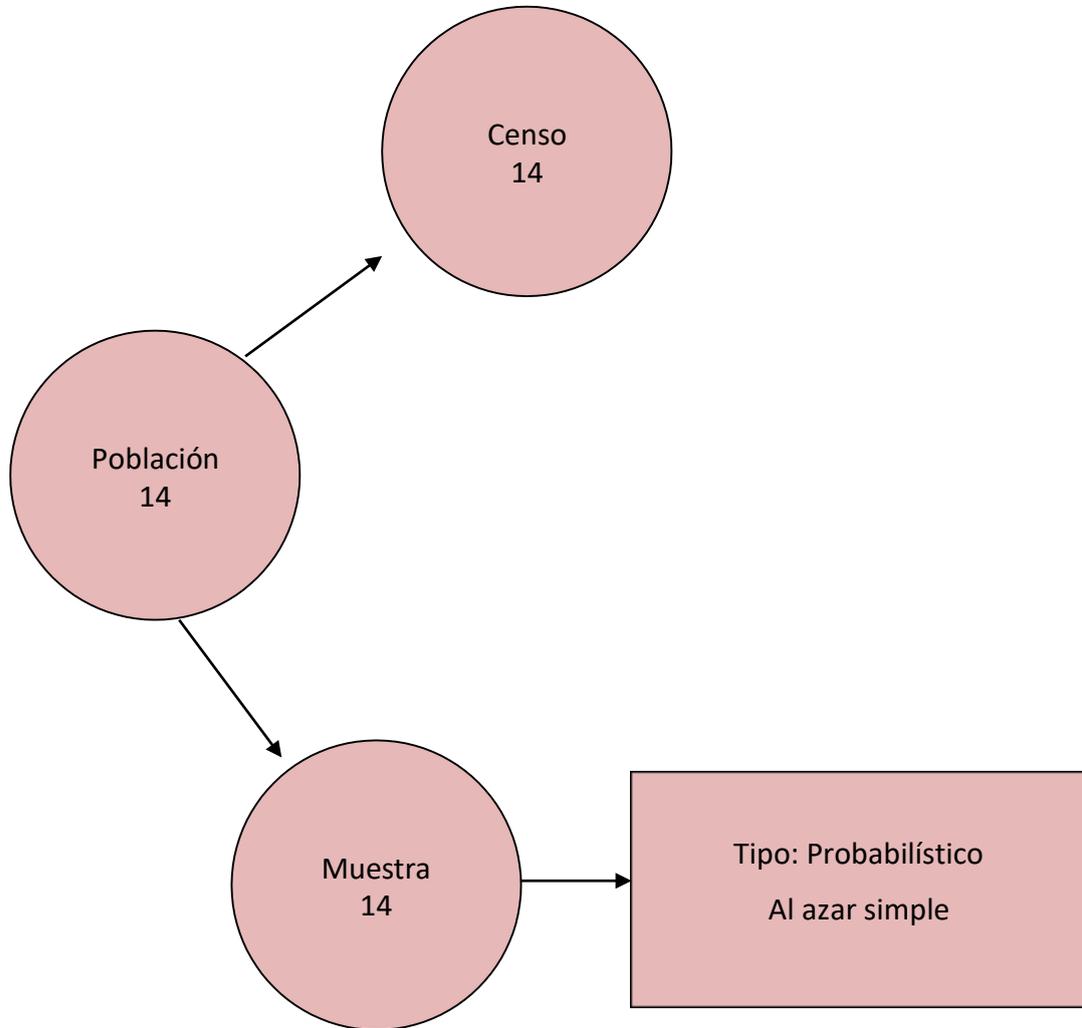
#### **CRITERIO DE INCLUSIÓN:**

- Todos los jóvenes con TBC Pulmonar de 20 a 25 años de edad que asistan al Hospital Rene Toche Groppo de la provincia de Chincha a recibir tratamiento de TBC Pulmonar en el año 2012.
- Todos los jóvenes con TBC pulmonar de 20 a 23 años de edad que asistan al Hospital Rene Toche Groppo de la provincia de Chincha estrictamente a recibir tratamiento de TBC Pulmonar en el año 2012.
- Todos los jóvenes con TBC Pulmonar de 20 a 25 años de edad que asistan al Hospital Rene Toche Groppo de la provincia de Chincha a recibir tratamiento de TBC Pulmonar que deseen participar de la investigación.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- No estarán considerados los jóvenes con TBC Pulmonar que no asistan al Hospital Rene Toche Groppo de Chincha.
- No estarán considerados los jóvenes que tengan menor de 20 años y mayor de 25 años.

- No estarán considerados los jóvenes con TBC deseen participar de la investigación.
- La muestra estará representada por el 50 % que pacientes.



### 3.3 AREA DE ESTUDIO

- JÓVENES DE 20 – 25 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL RENE TOCHE  
GROPO DE LA PROVINCIA DE CHINCHA CON PRESENCIA DE TBC  
DE ENERO - JUNIO DEL AÑO 2012

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- **TECNICA:**
  - Entrevista
- **INSTRUMENTO:**
  - Guía de entrevista

### 3.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

#### DATOS GENERALES:

**Edad:**

**Sexo :**

**Ocupación:**

Marque con X la respuesta:

1. Sabe usted que es la Tuberculosis Pulmonar?

Si ( )

No ( )

2. Conoce los síntomas de la Tuberculosis Pulmonar?

Si ( )

No ( )

3. Sabe usted como se contagio?

Familiares (SI) (NO)

Vecinos (SI) (NO)

Compañeros de trabajo (SI) (NO)

4. Tienes familiares enfermos con tuberculosis pulmonar?

Si ( )

No ( )

5. Cuántas veces durante la semana come carne?

1 vez ( )

2 veces ( )

Casi todos los días ( )

Todos los días ( )

6. De qué material es tu casa?

Estera ( )

Adobe ( )

Ladrillo ( )

7. Cuenta tu vivienda con saneamiento básico?

Luz ( )

Agua ( )

Desagüe ( )

8. Cuántas personas viven en tu casa?

1 a 2 personas ( )

3 a 5 personas ( )

5 a más personas ( )

9. Cuántos ambientes tiene tu casa?

1 a 2 ambientes ( )

3 a 5 ambientes ( )

5 a más ambientes ( )

10. Qué tipo de cocinas usas?

Gas ( )

Leña ( )

11. Sabe usted que es el VIH – SIDA?

SI ( )

NO ( )

12. Sabes como protegerte contra el VIH – SIDA?

SI ( )

NO ( )

13. Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales?

1 persona ( )

2 personas ( )

3 a más personas ( )

14. Has tenido relaciones sexuales con homosexuales?

SI ( )

NO ( )

15. Cuando has tenido relaciones sexuales te has protegido con preservativo?

SI ( )

NO ( )

### **3.6 ANÁLISIS DE DATOS**

Después de la recolección de datos se procesan los mismos previa codificación a través de cuadros estadísticos y gráficos para ser interpretado y analizado y poder comprobar o rechazar la hipótesis con los resultados.

## CAPITULO IV

# **CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS**

---

#### 4.1 CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS

##### 4.2.1 PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO	TOTAL
• Servicio de Internet	80 horas	80.00	80.00
• Servicio de impresión	46 hojas	13.50	13.50
• Materiales de escritorio:			
- Hojas bond	1 paquete	12.00	12.00
- Lapiceros	1 docena	5.00	5.00
- Corrector	3 unidades	15.00	15.00
- Borrador	3 unidades	3.00	3.00
- Lápiz	3 unidades	3.00	3.00
• Movilidad y Refrigerio	Por consumo	120.00	120.00
			<b>251.00</b>

#### 4.2.2 CRONOGRAMA

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ABRIL</b>	<b>MAYO</b>	<b>JUNIO</b>	<b>JULIO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Construcción del marco teórico.</li></ul>	X			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diseño y selección de la muestra.</li></ul>	X			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaboración de los instrumentos de recolección de datos.</li></ul>	X			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Revisión del avance del proyecto.</li></ul>		X		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Redacción del Informe de la investigación.</li></ul>			X	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrega del trabajo</li></ul>				X

## CAPITULO V

# **BIBLIOGRAFIAS**

---

- <http://www.sitiomedico.com.uy/artnac/2002/5/29.Htm>
- <http://informatica.issste.gob.mx/webite/comunicados/boletines/2000/boletin192.html>
- [http://www.cedip.cl/curso2003/Presentaciones/Nutricion\\_RLagoss.pdf](http://www.cedip.cl/curso2003/Presentaciones/Nutricion_RLagoss.pdf)
- <http://www.ciges.cl/rdlagos/pdfs/4ProtocolSIP-Eco.pdf>
- <http://www.alter.org.pe/Nutri3.htm>
- <http://www.obesitychoices.com/espanol/menu3.html>
- <http://www.bosleymc.com/web/complicaciones.htm>
- <http://www.ciges.cl/rdlagos/pdfs/4ProtocoloSIP-Eco.pdf>
- <http://www.alter.org.pe/Nutri3.htm>
- OMS. El Reto de las Enfermedades Crónicas. Preparación de los profesionales de la Atención de salud para el Siglo XXI 2005.
- American TSC Society. 2ed EUA Organización Panamericana de la Salud
- MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. 2005. Salud. Red de salud.

## CAPITULO VI

### **ANEXOS**

---

## GUIA DE ENTREVISTA

Dirigido a todos los jóvenes de 20 a 25 años de edad que están recibiendo tratamiento de tuberculosis pulmonar en el Hospital Rene Toche Groppo de la provincia de Chincha. Todas las preguntas realizadas no serán publicadas por lo tanto los datos obtenidos serán anónimos y se les pide responder las siguientes preguntas con sinceridad.

### DATOS GENERALES:

**Edad:**

**Sexo :**

**Ocupación:**

Marque con X la respuesta:

1. Sabe usted que es la Tuberculosis Pulmonar?

Si ( )

No ( )

2. Conoce los síntomas de la Tuberculosis Pulmonar?

Si ( )

No ( )

3. Sabe usted como se contagio?

Familiares (SI) (NO)

Vecinos (SI) (NO)

Compañeros de trabajo (SI) (NO)

4. Tienes familiares enfermos con tuberculosis pulmonar?

Si ( )

No ( )

5. Cuántas veces durante la semana come carne?

1 vez ( )

2 veces ( )

Casi todos los días ( )

Todos los días ( )

6. De qué material es tu casa?

Estera ( )

Adobe ( )

Ladrillo ( )

7. Cuenta tu vivienda con saneamiento básico?

Luz ( )

Agua ( )

Desagüe ( )

8. Cuántas personas viven en tu casa?

1 a 2 personas ( )

3 a 5 personas ( )

5 a más personas ( )

9. Cuántos ambientes tiene tu casa?

1 a 2 ambientes ( )

3 a 5 ambientes ( )

5 a más ambientes ( )

10. Qué tipo de cocinas usas?

Gas ( )

Leña ( )

11. Sabe usted que es el VIH – SIDA?

SI ( )

NO ( )

12. Sabes como protegerte contra el VIH – SIDA?

SI ( )

NO ( )

13. Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales?

1 persona ( )

2 personas ( )

3 a más personas ( )

14. Has tenido relaciones sexuales con homosexuales?

SI ( )

NO ( )

15. Cuando has tenido relaciones sexuales te has protegido con preservativo?

SI ( )

NO ( )