



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología

**Nivel de conocimiento y actitud sobre atención
estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar
en estudiantes de odontología, año 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Evelyn Noemí LAREDO TANTAVILCA

ASESOR

Daniel Guillermo SUÁREZ PONCE

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

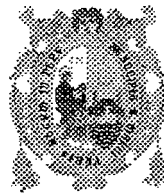
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Laredo E. Nivel de conocimiento y actitud sobre atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología, año 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2017.

668



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCO
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
VICE DECANATO ACADÉMICO
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE



116

ACTA

Los Docentes que suscriben, reunidos el cinco de junio del 2017, por encargo de la Sra. Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista de la Bachiller:

LAREDO TANTAVILCA, Evelyn Noemí

CERTIFICAN :

Que, luego de la Sustentación de la Tesis, **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA, AÑO 2016** y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demuestra un grado de aprovechamiento: **SOBRESALIENTE**, siendo calificado con un promedio de: **Dieciocho** (en letras) **18** (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los cinco días del mes de junio del dos mil diecisiete.

PRESIDENTE DEL JURADO

MIEMBRO

Dr. Esp. Luis Vidal Maita Véliz

C.D. Luis Augusto Cisneros Zárate

MIEMBRO (ASESOR)

Dr. C.D. Daniel Guillermo Suárez Ponce

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)
Criterios : Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

VEREDICTO DE LOS JURADOS

Presidente : Dr. Esp. Luis Vidal, Maita Véliz

Miembro : C.D. Luis Augusto, Cisneros Zárate

Miembro Asesor : Dr. Mg. Daniel Guillermo, Suárez Ponce

DEDICATORIA

A Dios, por guiar mi camino

A mi madre por apoyarme incondicionalmente y siempre creer en mí. A mi padre y hermanos Gisella, Patricia y Danny por su cariño.

A mi Alma Mater, por cuyas aulas transite y en donde conocí a reales Maestros, así como a los verdaderos amigos que influyeron en mi formación profesional y humana.

AGRADECIMIENTO

A cada uno de mis maestros y compañeros por influir en mi formación profesional. Así como también valiosas lecciones de vida que me acompañaran en el camino hacia el futuro.

Al Dr. Daniel Suárez Ponce por su asesoramiento y desinteresada colaboración por sus sabios consejos, su preocupación y su estima.

A los Dres. Luis Cisneros Zárate y Luis, Maita Véliz quienes en la revisión de la tesis tuvieron aportes muy importantes para terminarla con éxito.

Al Dr. Alejandro cornejo García por su asesoría y sus consejos prácticos en la realización y revisión de la presente investigación.

A la Dra. Olinda Huapaya por su asesoría por su gran ayuda durante la presente investigación

Al Dr. Manuel Torres Valladares docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien con su valioso aporte coadyuvo en la presente investigación.

A los amigos de siempre Djazmín P. Maira Ch. Marilia V. y Víctor M. Diana V. Diana Ch. Roció A. quienes con su aliento eterno ayudaron a terminar la presente investigación.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el manejo estomatológico en pacientes con tuberculosis pulmonar que presentan los estudiantes de pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en el año 2016. El tipo de estudio fue descriptivo transversal. La muestra estuvo constituida por 148 estudiantes. Se aplicó una encuesta tipo cuestionario con 15 preguntas de alternativas múltiple para las variables conocimiento y un cuestionario tipo Lickert con 18 ítems para la variable actitud, validada por juicio de expertos y de consistencia interna confiable según el alfa Cronbach. El instrumento evaluó el nivel de conocimiento de cinco dimensiones: historia natural de la enfermedad, fisiopatología de la tuberculosis pulmonar, pruebas de diagnóstico, tratamiento farmacológico y medidas preventivas, y nivel de actitud se calificó como bueno, regular y deficiente según la escala establecida. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman es una medida de la correlación (la asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias continuas y la prueba de normalidad: Kolmogórov-Smirnov es una prueba de bondad de ajuste, permite determinar si los datos provienen de una población con distribución normal. Según los datos obtenidos se concluye que existe correlación, es positiva y significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre la atención estomatológica a pacientes con tuberculosis pulmonar en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. $r_s = 0,623$ ($\text{sig} = 0.000 < 0.050$).

Palabras clave: tuberculosis pulmonar – Conocimiento – Actitud

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between the level of knowledge and the attitude about stomatologic management in patients with pulmonary tuberculosis presented by undergraduate students of the Faculty of Dentistry of the National University of San Marcos in 2016. The type of study was transverse descriptive. The sample consisted of 148 students. A questionnaire type survey was applied with 15 multiple choice questions for the knowledge variable and a Lickert questionnaire with 18 items for the attitudinal variable, validated by expert judgment and with reliable internal consistency according to the Cronbach alpha. The instrument evaluated the level of knowledge of five dimensions: natural history of the disease, pathophysiology of pulmonary tuberculosis, diagnostic tests, pharmacological treatment and preventive measures, and attitude level was rated good, regular and deficient according to the established scale. Spearman's correlation coefficient is a measure of the correlation (association or interdependence) between two continuous random variables and the normality test: Kolmogórov-Smirnov is a test of goodness of fit, it allows to determine if the data come from a Population with normal distribution. According to the data, it is concluded that there is a positive and significant correlation between the level of knowledge and the attitude about the stomatologic attention to patients with pulmonary tuberculosis in the students of the Faculty of Dentistry of the National University of San Marcos. $R_s = 0.623$ (sig = 0.000 < 0.050)

Key words: pulmonary tuberculosis - Knowledge - Attitude

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE	Pág.
Portada	
Título de la Tesis	
Veredicto del Jurado	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Resumen	4
Abstract	5
Índice	6
Índice de Tablas	9
Índice de Gráficos	11
Índice de Figuras	12
Índice de Anexos	13
I. INTRODUCCIÓN	14
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
2.1 Área del problema	15
2.2 Delimitación del problema	16
2.3 Formulación del problema	17
2.4 Objetivos	17
2.4.1. Objetivo general	17
2.4.2. Objetivos específicos	17
2.5 Justificación	18
2.6 Limitaciones	19

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes	20
3.2 Bases teóricas	26
3.2.1 Generalidades	26
3.2.2 Epidemiología	29
3.2.3 Historia natural de la enfermedad	29
3.2.4 Fisiopatología de la tuberculosis	30
3.2.5 Pruebas de diagnóstico de la tuberculosis	36
3.2.6 Tratamiento farmacológico	39
3.2.7 Medidas preventivas contra la Tuberculosis	45
3.2.8 Estrategia sanitaria de prevención y control de la Tuberculosis	48
3.2.9 Manejo odontológico del paciente con	51
3.3 Generalidades de Conocimiento	52
3.4 Generalidades de Actitud	57
3.5 Definición de términos	57
3.6 Hipótesis	57
3.7 Operacionalización de variables	58

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación	59
4.2 Población y muestra	59
4.2.1. Población	59
4.2.2. Muestra	59
4.2.3. Criterios de selección	59
4.3 Procedimientos y técnica	60

4.3.1. Recolección de datos	62
4.4 Procesamiento de dato	62
4.5 Análisis de resultados	62
V. RESULTADOS	63
VI. DISCUSIÓN	85
VII. CONCLUSIONES	89
VIII. RECOMENDACIÓN	90
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
X. ANEXOS	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
N°01	Niveles de conocimiento sobre historia natural de la tuberculosis pulmonar, de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	63
N°02	Niveles de conocimiento según año académico sobre historia natural de la tuberculosis pulmonar.	64
N°03	Niveles de conocimiento sobre fisiopatología de la tuberculosis pulmonar, de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	66
N°04	Niveles de conocimiento según año académico sobre fisiopatología de la tuberculosis pulmonar.	67
N°05	Niveles de conocimiento sobre pruebas de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	69
N°06	Niveles de conocimiento según año académico sobre pruebas de diagnóstico.	70
N°07	Niveles de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar, de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	72
N°08	Niveles de conocimiento según año académico sobre el tratamiento farmacológico.	73
N°09	Niveles de conocimiento sobre medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	75

N°10	Niveles de medidas preventivas según año académico para el control de la enfermedad.	76
N°11	Niveles de la variable conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	78
N°12	Nivel de la variable actitud sobre la atención a pacientes con tuberculosis pulmonar de estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	79
N°13	Nivel de la variable actitud sobre la atención a pacientes con tuberculosis pulmonar de estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	80
N°14	Estadísticos total-elemento de la validación interna de la actitud.	81
N°15	Coeficiente de confiabilidad del instrumento conocimiento y actitud.	82
N°16	Valores de índices de confiabilidad de instrumento.	82
N°17	Baremos de comparación.	83
N°18	Correlación de Spearman entre la variable conocimiento y la variable actitud sobre la atención estomatológica en estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNMSM. 2016	84
N°19	Índice de correlación	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico		Pág.
N°01	Niveles de conocimiento sobre historia natural de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	63
N°02	Niveles de conocimiento sobre fisiopatología de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	66
N°03	Niveles de conocimiento sobre prueba de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	69
N°04	Niveles de conocimiento sobre tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	72
N°05	Niveles de conocimiento sobre medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	75
N°06	Niveles de la variable conocimiento de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	78
N°07	Nivel de la variable actitud sobre la atención a pacientes con tuberculosis pulmonar de estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figuras		Pág.
N°01	Conocimiento sobre historia natural de la enfermedad según año académico.	65
N°02	Niveles de conocimiento según año académico sobre fisiopatología de la tuberculosis pulmonar.	68
N°03	Niveles de conocimiento según año académico sobre pruebas de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.	71
N°04	Niveles de conocimiento según año académico sobre tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar.	74
N°05	Niveles de conocimiento según año académico sobre medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.	77

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
N°01	Tamaño de la muestra.	98
N°02	Correlación de Spearman entre la variable conocimiento y componente cognitivo de la actitud.	99
N°03	Consentimiento informado para la investigación.	101
N°04	Cuestionario conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar.	102
N°05	Cuestionario sobre las actitudes hacia la enfermedad de tuberculosis pulmonar.	106
N°06	Validación de instrumento.	108

I. INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica, los profesionales de la odontología están expuestos a una amplia variedad de microorganismos capaces de causar enfermedad al contacto con fluidos orgánicos potencialmente contaminados con ellos, un riesgo de transmisión de infecciones al odontólogo y personal clínico. El control de la propagación de tuberculosis, es un elemento importante en el control de la infección en odontología, en el concepto de la precaución universal que se centra en la premisa que por medio de la historia clínica y examen médico no se puede identificar o reconocer a todos los pacientes o portadores de infecciones. En consecuencia, todos los pacientes deben ser considerados como potencialmente infecciosos.

Por esta razón es importante conocer las bases teóricas sobre esta enfermedad, fisiopatología, pruebas de diagnóstico, tratamiento farmacológico y medidas preventivas además del adiestramiento clínico, en la atención de pacientes con riesgo, las cuales deberían traducirse en conductas de atención. La actitud está relacionado a aspectos referentes de la conducta, la cual implica a los procesos internos tales como conocer, tener voluntad y los recursos para ejercer el conocimiento.

El presente estudio busca determinar si existe relación entre las variables conocimiento y actitud hacia la enfermedad de la tuberculosis pulmonar.

El estudio tiene como finalidad presentar una información que nos permita reforzar las teorías de enseñanza a pregrado en este tema y así poder mejorar el control de enfermedades infecciosas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.- ÁREA DEL PROBLEMA

La Tuberculosis (TB) constituye un grave problema de Salud Pública. Según los últimos reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014) se estima que enfermaron de TB 9,6 millones de personas: 5,4 millones de hombres, 3,2 millones de mujeres y 1,0 millón de niños. A nivel mundial, el 12% de los 9,6 millones de personas a las que se diagnosticó TB por primera vez en 2014 eran VIH-positivas.¹

La tuberculosis es transmisible y se produce por inhalación de unas gotitas aerosolizada producidas por un paciente con tuberculosis pulmonar activa mientras habla, estornuda o tose; suele desarrollarse en los lóbulos pulmonares inferior o medio en forma de neumonitis asintomática, aunque puede afectar prácticamente a cualquier órgano por diseminación a distancia a través del torrente sanguíneo. Si las bacterias no se destruyen por las defensas naturales del huésped, el nido de la infección puede llegar a convertirse en un tubérculo productivo con necrosis central y caseificación, y puede tener lugar la cavitación del pulmón, vertiéndose los organismos en la vía aérea representando un serio riesgo para las personas que se encuentren a su alrededor y para el profesional de salud que lo atiende.²

La tuberculosis pulmonar en el Perú es considerada como un gran problema de salud pública haciendo que el estado realice grandes esfuerzos económicos técnicos y sociales para salir de la categoría de país endémico debido a que esta enfermedad es altamente contagiosa y causa la muerte. Este panorama es más crítico debido que el modelo de desarrollo económico ha generado consecuencias negativas como sub-empleos, desempleos, bajo ingreso per cápita que genera pobreza extrema, las cuales son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad, los cuales son el déficit de saneamiento ambiental, hacinamiento, poca accesibilidad a los servicios de salud, deficiente educación para la salud y estrés social. La tuberculosis es una importante causa de morbilidad en el grupo de jóvenes y adultos, se reportan casos en

todos los departamentos del país, pero la enfermedad se concentra principalmente en los departamentos de la costa central y la selva.¹

La tuberculosis constituye un riesgo laboral importante en los trabajadores de salud (TS). Se han reportado transmisión de TB en los entornos de atención de salud a los pacientes. Debido a la alarmante difusión de la TB se considera que las personas trabajadoras de la salud, donde se incluyen los profesionales en Odontología y su equipo de apoyo, tienen un riesgo ocupacional significativo de contraer la enfermedad, como consecuencia se recomienda implementar un estricto protocolo de control de infecciones dentro del consultorio dental, siguiendo los parámetros de las precauciones normadas (antiguamente denominadas precauciones universales).³

Se desconoce el riesgo real de la transmisión de la TB en el consultorio odontológico por el aumento de la prevalencia de TB a nivel mundial es de esperarse que el profesional en Odontología promedio pueda exponerse, eventualmente, a dicha infección al brindar tratamiento a sus pacientes. Es por ello que el profesional en Odontología debe estar capacitado para reconocer a los pacientes con TB pulmonar activa y conocer el manejo sobre la atención estomatológica a personas infectadas con dicha enfermedad.⁴

2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La tuberculosis pulmonar representa un serio riesgo para los profesionales de la salud. Es por ello el odontólogo debe tener conocimiento sobre la atención estomatológica a pacientes con tuberculosis pulmonar, por lo que es importante que el odontólogo pueda reconocer lesiones bucales asociadas a una infección por TB, conocer el manejo farmacológico de este tipo de pacientes.

En la Facultad de Odontología de la UNMSM actualmente no dispone de información acerca del conocimiento de los alumnos de pregrado, internos y/o egresados sobre el nivel de conocimiento de la atención estomatológica del paciente con tuberculosis pulmonar. Surge la interrogante si están preparados para intervenir activamente

en la atención del paciente con tuberculosis pulmonar. El acercarnos al área del conocimiento teórico/práctico con el que cuentan los estudiantes de la carrera de odontología que se encuentran próximos a egresar y comenzar su desarrollo profesional; nos permitirá conocer el nivel de conocimiento y con los resultados obtenidos si fuera necesario se implementaran y reforzará las medidas para su empoderamiento del alumno en su información y concientización de dicha enfermedad, ***para disminuir el contagio de TBC de los odontólogos en la práctica profesional y apoyar a la estrategia de control de tuberculosis en nuestro país.***

2.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente, se planteó el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud sobre atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, año 2016?

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, año 2016.

2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento sobre la historia natural de la enfermedad de la tuberculosis pulmonar en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Determinar el nivel de conocimiento sobre fisiopatología de la enfermedad de la tuberculosis pulmonar en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre pruebas de diagnóstico de la enfermedad de tuberculosis pulmonar en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas para el control de la enfermedad de la tuberculosis pulmonar en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Determinar el nivel de la variable actitud de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, sobre la atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar.
- Correlacionar el nivel de conocimiento y la actitud sobre la atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

2.5 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación se justifica por que permitirá aumentar el conocimiento sobre la importancia del manejo de un paciente con tuberculosis pulmonar, teniendo en cuenta que el odontólogo al encontrarse en próximo contacto con el paciente durante la atención odontológica debe tener un conocimiento adecuado del protocolo de atención a un paciente con tuberculosis pulmonar, por lo que es de gran importancia la valoración

médica completa para descartar la tuberculosis pulmonar activa, o sospecha de la enfermedad. El odontólogo debe conocer y entender la descripción de la enfermedad, modos de transmisión, patogénesis y grupos de riesgo. Es por ello que la finalidad de este estudio de investigación es concientizar al personal de salud específicamente odontólogos sobre el control, terapéutica y medidas preventivas para evitar que se siga propagando esta enfermedad, la cual permitirá brindar una atención de calidad al paciente.

2.6 LIMITACIONES

- Existe la posibilidad que no todos los alumnos decidan aceptar.
- Disponibilidad de tiempo o falta de interés por responder el cuestionario por parte de los internos a ser evaluados.
- Los alumnos del 6to año se encuentren haciendo sus rotaciones rurales por otras ciudades del país.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES

WILCHES E. (2015) Realizó un estudio orientado a determinar conocimiento, actitud, práctica y educación relacionada con tuberculosis, Se evaluó a 193 estudiantes del último año de la facultad de medicina y odontología. Es un estudio transversal se utilizó un cuestionario diseñado y validado. Los resultados fueron el 35.2% no identifican los factores de riesgo de la TB, el 33.7% conocen la incidencia de TB en el país y 1.6% de los encuestados identificó el tratamiento de primera línea para la TB. En cuanto a las prácticas un 50 % de los encuestados admitió que realizó atención de un paciente con tuberculosis sin máscara de alta eficiencia (respiradores N°95). De acuerdo a la prueba cutánea de tuberculina 35% de los estudiantes tenía tuberculosis latente. Se concluye que existe un nivel de conocimiento bajo de los estudiantes, sobre conocimiento y práctica del manejo en la atención al paciente con tuberculosis pulmonar y una actitud de indiferencia en el control de medidas de prevención de dicha enfermedad.⁵

GUIMARÃES E. Y COLS. (2008) Presento un trabajo para determinar conocimiento, práctica y factores asociados de estudiantes de medicina para prevenir la transmisión de TB en cinco escuelas de medicina. Se encuestó a 1094 estudiante en el estado de Río de Janeiro (Brasil). Los estudiantes cursaban años de inicio y final de la carrera profesional, se obtuvo información sobre el perfil sociodemográfico, conocimiento sobre la transmisión de la tuberculosis, exposición a los pacientes con tuberculosis pulmonar activa y el uso de máscaras de protección respiratoria, obteniendo resultados un (52,6%) respondieron correctamente que toser, hablar y estornudar pueden transmitir o ser un medio de contagio de la TB. Las respuesta de los alumnos de los primeros años fueron [OR ajustado = 4.0 (3.0, 5.5)] a diferencia de los alumnos de los últimos años [OR ajustado = 4.2 (3.1, 5.8)], pero después de haber recibido una conferencia sobre TB, la tasa de respuestas correctas aumentó de 42,1% a 61,6%. A más años de experiencia clínica se asoció el uso de respiradores de alta protección. Se

concluyó que el nivel conocimiento de los estudiantes de medicina de los primeros años de estudio con respecto a los últimos años no se encontró una diferencia significativa. La conferencia que recibieron reforzó y mejoró sus conocimientos de los alumnos notablemente.⁶

FIGUEROA L. (2014) Realizó un estudio orientado a determinar el nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo y prevención primaria de la tuberculosis en los estudiantes de radiología de la EAP de tecnología médica de la facultad de medicina de la UNMSM (Perú). Se evaluó 155 estudiantes de 1^{ro} a 5^{to} año de la carrera profesional. La técnica que se utilizó fue la recolección de datos a través de un cuestionario constituido por 50 preguntas, 18 preguntas evaluaron nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y 17 preguntas evaluaron sobre prevención primaria; el restante no tuvieron relación directa con la evaluación.

Se obtuvieron los siguientes resultados: a cerca de la prevención primaria de la TB según año académico: 1^{ro} el (7.41%), 2^{do} el (9.76%), 3^{ro} el (21.21%) 4^{to} el (13.33%) y 5^{to} el (12.90%). Se concluye que los alumnos de 3er año se encontró un mayor porcentaje de respuestas correctas a diferencia de los demás años académicos donde se encontró un porcentaje minoritario.

Relacionado: sobre factores de riesgo de la TB, se obtuvo los siguientes resultados según año académico: 1^{ro} el (11.11%), 2^{do} el (24.39%), 3^{ro} el (9.09%), 4^{to} el (30.00%) y finalmente 5^{to} el (33.33%).⁷ Se concluye que los estudiantes de 5^{to} año se encontró un porcentaje mayoritario de respuestas correctas con respecto a los demás años académicos. No se encuentra una correlación entre el año de estudio y el nivel de conocimiento.⁷

JARA L. (2008) Realizó un estudio orientado a determinar el conocimiento de los odontólogos acerca de la tuberculosis pulmonar, consecuencias en el control de las infecciones y manejo de estos pacientes, los odontólogos encuestados cumplieron con las características y restricciones establecidas,

se entregó un cuestionario con preguntas claras, concisas y a la vez que puedan brindar respuestas directas de selección única (sí o no).

Se obtuvieron los siguientes resultados: el (90%) de la población estudiada conoce los signos síntomas y tratamiento de la TB, y solo el (10%) desconoce, el (90%) de la población estudiada tiene conocimiento de las vías de contagio de la TB en el consultorio dental, y solo el (10%) de la población desconoce la información. El 80% de los odontólogos estudiados han tomado medidas de prevención en su consultorio dental; mientras que el 20% es indiferente. El (90%) de los odontólogos no ha atendido en su consulta a pacientes con TB, mientras que un menor porcentaje el (10%) ha tenido que tratarlos a dichos pacientes. El (60%) de los odontólogos no aplican medidas de bioseguridad para tratar a los pacientes con TB; en menor porcentaje un (40%) toma en cuenta las medidas de bioseguridad. El (70%) de los odontólogos no sabe cómo detectar la enfermedad en el paciente durante la consulta, mientras que un (30%) si tiene conocimiento de ello. La última pregunta fue acerca del estado de disposición en la elaboración de un protocolo de atención a pacientes con TB, la respuesta fue el (100%) de los odontólogos estuvieron de acuerdo con la elaboración de un protocolo de atención a pacientes con TB. Se concluye que el nivel de conocimiento es regular, existe contradicción en la respuesta de los odontólogos, los profesionales aceptan tener conocimiento 90% acerca signos, síntomas, tratamiento y vías de contagio de la TB pero no saben reconocer a un paciente con esta enfermedad. Se evidencia 100% los odontólogos solicitan un protocolo de atención estomatológica para los pacientes con TB y poder seguir un parámetro durante la atención en el consultorio.⁸

NAIDOO S Y COL (2002) Presentaron un trabajo para determinar la prevalencia de TB en los odontólogos y evaluar conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la TB en el Cabo Occidental. Se llevó a cabo un estudio transversal. Se utilizó un cuestionario estructurado para obtener información sobre demografía, control de infecciones, estado de tuberculosis, comportamiento, conocimiento y riesgo percibido. Además, se realizaron pruebas de Mantoux para evaluar la prevalencia. La muestra

consistió en 78 dentistas, (80%) hombres y (20%) mujeres con una edad media de 40 años, el (92%) informó haber usado guantes durante la atención dental, (78%) usa mascarilla (68% mascarilla quirúrgicas y 18% mascarilla de papel) y (50%) usa lentes al tratar a los pacientes, 2/3 esterilizan la succión, sólo un (11%) informó el uso de dique de goma. Ningún profesional informó sobre el uso de ventilados externamente o irradiación germicida ultravioleta. El (31%) informó haber referido a un paciente sospechoso de TB, para un diagnóstico y tratamiento adicionales. El (5%) informó haber sido diagnosticado de tuberculosis después de haberse graduado como dentista. Se concluye que el odontólogo a más años de ejercicio de la profesión va disminuyendo la conducta a seguir las normas de bioseguridad que están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos y se presentan contagio de la TB en odontólogos.⁹

MONTAGNA M. COLS (2014) Realizó un estudio orientado a evaluar los conocimientos de los estudiantes de medicina de pregrado sobre medidas de control de la tuberculosis. La muestra fue estudiantes de medicina y enfermería de 15 universidades italianas, se solicitó completar un cuestionario anónimo que investigaba tanto el conocimiento general sobre tuberculosis (etiología, presentación clínica, resultados, métodos de detección) experiencias y prácticas relacionadas con la prevención de la tuberculosis. Los datos se analizaron mediante regresión multivariable utilizando el software Stata. La muestra estuvo conformada por 2.220 estudiantes de enfermería (72,6%) y medicina (27,4%). Se encontró que el (95%) respondió correctamente las preguntas sobre la etiología de la tuberculosis, el 60% respondieron correctamente los aspectos clínicos y detalles de la vacuna. Se concluye que los estudiantes mostraron un conocimiento regular sobre la tuberculosis, se mostraron claramente que los estudiantes de medicina tenían un mejor conocimiento de la tuberculosis que los estudiantes de enfermería.¹⁰

PURUSHOTTAM A Y COLS. (2013) El propósito de este estudio fue determinar impacto del taller de sensibilización sobre el conocimiento de la tuberculosis entre los estudiantes de medicina del último año. Se realizó un estudio intervencionista de enero a marzo de 2009 entrevistando a 86 estudiantes de medicina del último año estudiando en el Colegio Médico rural de Loni, India. Se utilizó un cuestionario pre-diseñado para recolectar los datos previos al taller y después del taller. Las preguntas se basaron en el conocimiento sobre la tuberculosis. Resultados: se observó una diferencia significativa en el conocimiento previo y posterior a la encuesta. Se concluye: los talleres de sensibilización aumento el conocimiento de la tuberculosis en los estudiantes de medicina.¹¹

BAI L. (2003) Realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento, sobre la tuberculosis entre los estudiantes de medicina del último año en la provincia de Hunan (China). Se evaluó a los estudiantes del último año de 3 escuelas de medicina, se les pidió que completaran un cuestionario previamente aprobado, mediante muestreo aleatorio. El cuestionario consistió en 18 preguntas de elección múltiple evaluando conocimientos y prácticas sobre la tuberculosis. Se encontró la mayoría de los estudiantes conocían signos y síntomas asociados a la tuberculosis, pero sólo unos pocos estudiantes sabían la prevalencia de la tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva en Hunan, mientras que el (25,5%) de ellos conocía la vacunación con BCG. Se concluye que las competencias de conocimiento y práctica en relación a la tuberculosis entre los estudiantes del último año de medicina tuvieron un nivel bajo.¹²

J EMILI (2001) Realizó un estudio orientado a determinar el conocimiento y las prácticas relacionadas con la tuberculosis en los estudiantes de medicina del último año en McMaster universidad de Canadá, el Christian Medical College en India y la Universidad de Makerere en Uganda. Se utilizó un cuestionario que consta de 20 preguntas de respuestas múltiples. Las preguntas abarcaron epidemiología, etiología, patogénesis, transmisión,

diagnóstico, presentación clínica, vacunación con BCG y tratamiento. Se encontró el (65/95) para la Universidad de McMaster (23/58) para el Colegio Médico Cristiano y el (72/92) para la Universidad de Makerere. Los estudiantes de Makerere universidad tuvo las puntuaciones más altas de conocimiento pero las diferencias fueron no significativas. En conclusión este estudio demostró las bases del conocimiento y prácticas de tres escuelas de medicina fueron adecuadas. Los estudiantes de McMaster respondieron bien a pesar del tiempo curricular limitado, puede explicarse los estudiantes estuvieron asistiendo a conferencias de revisión en el momento de la encuesta, que incluía temas de tuberculosis, y también estaban en proceso de estudiar para sus exámenes de licenciamiento, solidificando así la información presentada.¹³

CARBAJAL Y COLS (2013) Realizó un estudio orientado a determinar el conocimiento, actitud y práctica frente a la tuberculosis en trabajadores de salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica Colombiana. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 38 trabajadores de salud, que corresponden a la mayor parte de la población del personal con funciones en los programas de TB de 10 municipios prioritarios en Nariño, Colombia. El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado, previamente validado. Con relación a los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, un porcentaje mayoritario el (84%) conoce el esquema de tratamiento indicado para casos nuevos de TB asimismo se encontró mayoritariamente respuestas correctas en relación a forma de transmisión el (89,5 %) y causas de la misma (97,4 %), el tiempo en que bajo tratamiento sigue transmitiendo la enfermedad (94,7 %), los grupos de personas que debe realizarse búsqueda activa de TB el (73,7), cuándo solicitar cultivo como medio de diagnóstico de TB el (97 %). Con respecto a las actitudes, se encontró un porcentaje importante de trabajadores afirma con respecto a la TB es una enfermedad que genera poca o mucha vergüenza, lo cual da cuenta de las actitudes negativas que tiene el personal de salud hacia la enfermedad. Los estudios señalan que el estigma de los trabajadores de salud se asocia como una barrera que dificulta que los pacientes accedan a la atención o

que sean atendidos adecuadamente. Se concluye que existe un porcentaje mayoritario que responden correctamente con relación a los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, el esquema de tratamiento indicado para casos nuevos de TB. Se encontró un porcentaje importante del personal de salud presenta una actitud negativa hacia la enfermedad.¹⁴

3.2. BASES TEÓRICAS

3.2.1 Generalidades:

La situación sanitaria mundial ha estado dominada por la prevalencia de las enfermedades transmisibles las cuales representan una pesada carga de morbilidad y mortalidad para muchos países, especialmente los países en desarrollo.

Una de estas enfermedades infecciosas es la tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de salud global. La carga de la enfermedad causada por la TB se mide en términos de incidencia, prevalencia y mortalidad. Para el año 2014 a nivel mundial se estimó que, alrededor de 9.6 millones de personas enfermaron de TB y 1,5 millones murieron a causa de esta enfermedad. Además, se estimó también que 480 mil personas desarrollaron tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) y 190 mil murieron a causa.¹⁵

A nivel mundial, la tasa de incidencia de TB varía ampliamente entre los países. El mayor porcentaje de casos nuevos de TB se reportaron en los países de las regiones de Asia Sudoriental - Pacífico Occidental (58%) y África (28%). Sin embargo son 22 países en todo el mundo los que concentran la mayor carga de enfermedad (con tasas de incidencia mayores a 150 casos por cada 100 mil habitantes), dentro de estos Sudáfrica y Swazilandia son los países con la incidencia más alta a nivel mundial (aproximadamente más de mil casos por cada 100 mil habitantes cada año). En la región de las Américas la mayoría de los países tienen tasas inferiores a 50 casos por 100 mil habitantes.¹⁵

La coinfección TB/VIH, es un importante factor en el impacto de la epidemia de TB. Las personas coinfectadas con TB y VIH tienen 30 veces mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad de TB activa y de morir, que las personas sin VIH. Para el año 2014 la coinfección tuberculosis y VIH a nivel mundial fue de 12% y, esta proporción fue mayor en los países de África. Además la TB fue la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH (27% de la mortalidad estimada a nivel mundial en el año 2014). El progreso en la implementación de las intervenciones para el abordaje de la coinfección TB/VIH, se han consolidado aún más en 2014. A nivel mundial, el 46% de los pacientes con TB conocía su estado serológico (frente al 40% en 2011). La cobertura de la terapia antirretroviral en pacientes con TB que se sabía que vivían con VIH, alcanzó 70 % (frente al 49 % en el año 2011).¹⁵

Tuberculosis en el Perú

En nuestro país la tuberculosis no se distribuye de manera homogénea en todo el territorio geográfico y, aunque se reportan casos en todos los departamentos del país, la enfermedad se ha concentrado en los departamentos de la costa central y los de la selva.

En los últimos 2 años (2013 al 2014) cinco departamentos (Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima, e Ica) presentaron incidencias de TB pulmonar frotis positivo (TBFPF) por encima del nivel nacional, estos departamentos reportaron el 73% de todos los casos nuevos notificados en el país.¹⁶

Lima es el departamento que más casos de tuberculosis concentra en el país (60%) y, es el tercer departamento después de Madre de Dios y Ucayali con la incidencia más alta; el mayor porcentaje de casos se concentran en la provincia metropolitana de Lima (una ciudad con gran proporción de áreas urbanas, considerada una de las grandes ciudades del país), En esta ciudad los distritos que reportan tasas de TBFPF por encima del nivel nacional (más de 100 casos de TBFPF

por cada 100 mil habitantes) son San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, San Anita y Barranco.

La base para el tratamiento de TB es la estrategia que durante las dos últimas décadas el Ministerio de Salud ha implementado una de las mejores Estrategias para la Prevención y Control de la Tuberculosis reconocida y premiada a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud.¹⁶

DOTS o DOTS Plus ha permitido obtener buenos resultados en la prevención y control de la TB sensible y multidrogorresistente en nuestro país. Para mantener la excelencia que se ha logrado durante años anteriores, es necesario planificar acciones concretas y aplicar medidas técnicas y científicamente fundamentadas que consoliden la prevención y control de esta enfermedad.¹⁷

Tuberculosis

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) la tuberculosis es un problema de salud pública, es una enfermedad infecciosa transmisible y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial.

La tuberculosis es causada por una bacteria denominada bacilo de **Koch** o *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede atacar cualquier parte del cuerpo, casi siempre afecta a los pulmones. La afección es curable y se puede prevenir.¹⁵

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la tuberculosis como una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se trasmite de una persona a otra a través de gotitas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa.¹⁸

Tuberculosis Pulmonar

La tuberculosis pulmonar temprana en general es asintomática. Cuando es sintomática, la tos es el síntoma más común, inicialmente es no productiva y cuando aparece esputo indica enfermedad avanzada con inflamación y necrosis tisular. El esputo mucopurulento es inespecífico en sus características y puede tornarse hemoptoico por vaciamiento de una caverna o erosión endobronquial.¹⁹

3.2.2 Epidemiología

La incidencia de la tuberculosis ha sido irregular a lo largo de la historia. En la antigüedad, ha habido épocas con relativa baja incidencia y otras en que ha llegado a constituir un auténtico azote, produciendo auténticas epidemias con una altísima mortalidad. A partir de la mitad del siglo XX, su incidencia ha decaído drásticamente y la mortalidad ha bajado hasta el 2/100.000 habitantes / año en los países desarrollados. A pesar de ello, se calcula que existen unos 15 millones de personas tuberculosas. En los últimos años, en ciertas poblaciones de riesgo (VIH y drogadicción) ha habido un recrudecimiento espectacular de la incidencia de esta enfermedad²⁰

3.2.3 Historia natural de la enfermedad

Mecanismo de transmisión

La tuberculosis se transmite de persona a persona.²²

Son los diferentes medios que los gérmenes emplean para su transmisión desde la fuente de infección a la población susceptible. El mecanismo más habitual es la vía aerógena, sobre todo con las pequeñas gotas aerosolizadas de 1-5 micras de diámetro que son producidas por el paciente enfermo en actividades cotidianas como el habla, la risa y, sobre todo la tos; estas pequeñas gotas cargadas con pocos bacilos (entre 1 y 5 en cada gotita) son las que llegan al

alvéolo, lugar donde encuentran las condiciones idóneas para su desarrollo. Las defensas locales acudirán a la zona y en la gran mayoría de casos controlarán la infección pero en otros no lo podrán hacer, produciéndose entonces una tuberculosis primaria.²³

3.2.4 Fisiopatología de la enfermedad

Huésped susceptible de enfermar

La susceptibilidad del huésped está condicionada por el estado de sus mecanismos de resistencia inespecíficos y específicos (inmunidad). La edad más vulnerable para enfermar son los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 65-70 años. Entre los 6 y los 14 años hay menor predisposición a enfermar. Parece que los hombres son algo más propensos que las mujeres, pero posiblemente este hecho pueda estar influenciado por los hábitos sociales de cada sexo. Una vez adquirida la infección tuberculosa existen una serie de circunstancias que facilitan el desarrollo de la enfermedad y que se denominan factores de riesgo, guardando relación con el estado de inmunidad del huésped.²³

Síntomas

Los síntomas de la enfermedad varían entre pacientes y otros, dependiendo de la extensión de la enfermedad. Tal vez no se observen síntomas durante los estadios precoces de la tuberculosis, con lesiones inflamatorias pequeñas, mientras que los síntomas son más probables en los pacientes con enfermedad avanzada, bilateral, cavitaria y multicéntrica.²⁴

El síntoma más habitual de la tuberculosis pulmonar es la tos. Al principio, la tos puede ser no productiva, pero si la enfermedad progresa sin tratamiento se convierte en productiva, con expectoración hemoptisis, pero la hemorragia sólo se observa en la enfermedad cavitaria extensa. Cuando se afecta el tejido pulmonar

próximo a la pleura, aparecerá dolor torácico de tipo pleurítico. Ese dolor suele ser agudo y empeora con la respiración profunda o con la tos. Los enfermos con enfermedad extensa presentan síntomas sistémicos, por ejemplo fiebre, sudores nocturnos, malestar general, pérdida de peso, anorexia y fatiga.⁸

Manifestaciones bucales

La boca ofrece una resistencia especial al desarrollo del bacilo de Kock, por varios motivos: la composición y el pH salival; la función de arrastre que la saliva ejerce sobre todo tipo de gérmenes, y la resistencia de la mucosa a la infección.³³

En caso de que atraviesen la mucosa, son fagocitados por los leucocitos y conducidos a la circulación general sin dejar lesión local. No obstante con excepción puede hacerlo en los labios, lengua y carrillos con una ulceración superficial con fondo poco sangrante y se acompaña de una adenopatía que con rapidez llega a ser voluminosa, poco móvil y con tendencia a reblandecerse, abrirse y dejar cicatriz.³⁴

El bacilo tuberculoso bovino ha provocado en muchos casos la primo infección bucal. La contaminación sería por la leche no pasteurizada. Además autores hablan de hasta 90% de hallazgos de bacilo bovino en primo infección bucal. Las demás formas de tuberculosis bucal son secundarias casi siempre lesiones pulmonares o propagación de las lesiones de vecindad (laríngea, nasal, ósea, ganglionar o cutánea). También es posible la llegada del bacilo a la mucosa por vía hemática.³³

En comparación con las demás localizaciones de la tuberculosis (pulmonar) la incidencia bucal es baja.

Para Degos la boca es asiento excepcional para la tuberculosis. Thomas cita la estadística de Cipes de 1926, quien sobre 2.800

tuberculosos halló solamente 4 con localización bucal, y la de Rubin quien sobre 5.000 casos había hallado solamente 72 que correspondían a tuberculosis bucal en 141 necropsias de tuberculosos. Raudenbusch publicó en 1958 una estadística en la cual señalaba que las lesiones tuberculosas de la boca no pasaban del 1%, y correspondían a enfermos con TB pulmonar avanzada.³³

“Las drogas antituberculosas han hecho que en la actualidad sea aún más rara la tuberculosis bucal”.

En la mucosa bucal solo encontramos algunas de las tuberculosis típicas: la primo-infección o complejo primario (el chancro de inoculación y adenopatías satélite) la úlcera tuberculosa, el lupus tuberculoso y por excepción la verruga vegetante, el goma o la forma miliar.

La úlcera tuberculosa de la mucosa bucal aparece generalmente en enfermos con tuberculosis pulmonar o laríngea; se la ve más en hombres adultos (3; 1); **se localiza especialmente:** en la lengua; le sigue después la encía y más raramente el paladar; labio y mucosa yugal.³³

Lengua. Se ubica sobre todo en la punta y los bordes, pero se puede observar también en el dorso y en su cara inferior. Comienza con numerosos puntos amarillos submucosos que rápidamente van a la ulceración. Se constituye así la úlcera tuberculosa de contornos irregulares, festoneados, poco profunda, ovalada o redondeada, de fondo sanioso; cuando se la limpia se ven gránulos amarillentos y puntos hemorrágicos. Su borde es despegado y de color violáceo. Su base es poco infiltrada, más bien blanda. Por fuera de la úlcera (por transparencia) y en fondo se ven unos corpúsculos amarillentos no mayores que una cabeza de alfiler (tubérculos tuberculoso)

denominado gránulos o signos de Trelat. Es una úlcera dolorosa, en especial cuando se mueve la lengua o durante la masticación. También lo es aunque con intensidad variable, durante la palpación. El dolor se irradia a veces al oído. **Paladar.** Un aspecto de excepción es la forma llamada tisis bucal o tuberculosis miliar aguda se manifiesta como pequeñas úlceras visibles en el velo del paladar y fauces, en el período terminal de la enfermedad.³³

Labio. La úlcera tuberculosis puede tomar aspecto chancriforme o epiteliomatoide con bordes elevados, evertidos resultar indurada y con ganglios submaxilares agrandados.

Diagnóstico diferencial de la úlcera tuberculosa bucal

Cuando tiene los caracteres clásicos, su diagnóstico clínico es bastante presumible. En cambio es atípica, como ocurre actualmente, debe diferenciarse de otras ulceraciones y pérdidas de sustancia de la mucosa bucal. Las aftas vulgares son superficiales, de fondo amarillento, de carácter agudo muy dolorosas y con un halo inflamatorio. Las úlceras traumáticas suelen relacionarse con una causa dentaria o por prótesis y tienen un borde edematoso. Las placas mucosas de la sífilis son muy superficiales y el chancro es, por lo general duro e indoloro. De todas maneras, debe realizarse el examen histopatológico.

En términos generales la úlcera tuberculosa tiene histología característica y es corriente el hallazgo del bacilo de Koch ya sea en las lesiones o en los cultivos o por inoculación.³³

Lupus tuberculoso bucal. Es generalmente secundario rara vez produce por vía exógena. Se observa más en mujeres sobre todo en la infancia y en la adolescencia.

Goma tuberculosa bucal. Es excepcional. Puede observarse en la lengua, es indoloro.

Tuberculosis verrugosa y vegetante. PAUTRIER ha descrito como rareza la tuberculosis verrugosa en la mucosa yugal, encías y el paladar. Otros aspectos de la tuberculosis bucal, la miliar o de Isambert, la ulcerovegetante de comisuras, la variedad tumoral, la hiperplásica de las encías y del paladar duro.) **Lesiones periapicales y alveolares (forma paradentotica)** esta localización es poco mencionada, se acompaña de frecuente destrucción de tejidos, alrededor de la raíz dentaria.³³

Factores de riesgo

Condiciones y factores de riesgo en pacientes afectados por TB notificados al sistema de vigilancia. Perú 2013-2014:

- Contacto con pacientes con TB
- Antecedente de tratamiento
- Consumo de alcohol y drogas
- Delincuencia o ex presidiario

Otros factores sociales que se registraron fueron el consumo de alcohol y drogas entre los pacientes afectados en un 8.6% y 3.5% para los años 2013 y 2014 respectivamente.

Dentro de las enfermedades concomitantes se registraron VIH y diabetes en alrededor del 4% cada uno, asma y cáncer en menos del 1%.¹⁷

Enfermedades concomitantes

VIH

El VIH debilita el sistema inmunitario, lo cual aumenta la probabilidad de que la infección latente por tuberculosis progrese hacia la enfermedad activa. Los pacientes infectados por el VIH tienen una probabilidad hasta 50 veces mayor de sufrir TB a lo largo de su vida, en comparación con los no infectados.

A nivel molecular, el mecanismo postulado de inmunodepresión predisponente a tuberculosis correspondería a la disminución en el número y función de los linfocitos CD4. La respuesta a la infección por Mycobacterias depende de la respuesta inmune celular, mediada principalmente por la activación de macrófagos mediada por citocinas como el interferón gamma producidas por los linfocitos CD4. Como sabemos, el blanco principal del ataque del VIH son las células que expresan este receptor; por lo tanto, la supresión de los linfocitos CD4 resultará en una activación ineficiente de los macrófagos y la consiguiente incapacidad de controlar la replicación viral.¹⁵

Diabetes Mellitus

La DM se ha venido posicionando como un nuevo factor a considerar en la actual y futura dinámica epidemiológica de esta enfermedad.²⁻²⁰

La diabetes mellitus es una comorbilidad de la TB. El incremento en la prevalencia de DM observado en los últimos años ha repercutido de manera importante en la dinámica de la TB, de tal manera que estudios recientes muestran que el 10-30% de los pacientes con TB también padecen DM₂, afectando principalmente a países en vías de desarrollo y funcionando como elemento generador de cepas de TB farmacorresistente (FR) y multifarmacorresistente (MFR).²⁰

Tipos de tuberculosis según su ubicación

Tuberculosis pulmonar

Es la más frecuente y la más contagiosa de las formas de tuberculosis, representa alrededor del 80 al 85% del total de los casos. Se presenta con signos respiratorios como tos seca o productiva, expectoración con o sin hemoptisis, dolor torácico y síntomas generales: anorexia, astenia, adinamia, sudoración nocturna, pérdida de peso y a veces fiebre prolongada. El examen del aparato respiratorio de los pacientes con tuberculosis suele ser

normal, a pesar de lo extensa que pueda ser la afección a nivel radiológico.²³

Tuberculosis extra pulmonar

Entre el 15 al 20% de todos los casos de tuberculosis, afectará a otros órganos fuera del pulmón. Las formas más frecuentes de tuberculosis extra pulmonar son la pleural y la ganglionar, seguidas por la genitourinaria. Los síntomas de la tuberculosis extra pulmonar, dependerán del órgano afectado.²³

3.2.5 Pruebas de diagnóstico

Diagnóstico de la tuberculosis

La tos y expectoración por más de 15 días es el síntoma más frecuente e importante. Cuando una persona tiene este síntoma se le denomina Sintomático Respiratorio.²⁷

La Tuberculosis además de los principales signos y síntomas que presenta se puede diagnosticar a través de diferentes pruebas tales como:

Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis

Baciloscopía directa:

La baciloscopía directa de la muestra de esputo y de otras muestras extra pulmonares debe ser procesada por el método de Ziehl - Neelsen, siguiendo el protocolo del INS.

El informe de resultados de la baciloscopía debe seguir los criterios detallados en la Tabla de la presente Norma Técnica de Salud.¹⁷

MINSAIDGSP V.01 Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis informe de resultados de baciloscopia de esputo.¹²

Resultados de examen microscópico	Informe de resultado de baciloscopia
No se observan bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos observados	Negativo(-)
Se observan de 1 a 9 BAAR en 100 campos observados (paucibacilar)*	Número exacto de bacilo en 100 campos
Menos de 1 BAAR promedio por campo en 100 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.	Positivo (+++)

En aquellos pacientes que los resultados del examen de esputo sean negativos ingresan a un proceso de seguimiento diagnóstico, en donde se incluyen otras pruebas como la radiografía de tórax.⁻¹²

Cultivo:

El cultivo es una técnica más compleja y costosa que la BK, pero es la más sensible entre las disponibles. Permite evidenciar la presencia de un mínimo de 10 a 100 BAAR en una muestra, si es realizado en forma adecuada. Agregándolo a la BK, permite incrementar la confirmación del diagnóstico de TB en aproximadamente 15-20% del total de casos y en 20-30% de los casos de TB pulmonar. Estas cifras están condicionadas por la situación epidemiológica.

Entre los casos con TB extra pulmonar, el aporte del cultivo al diagnóstico es muy variable según la localización de la patología. Su especificidad es absoluta ya que permite identificar el microorganismo que se aísla a partir de una muestra del paciente. Los resultados se obtienen entre 20 y 60 días después del procesamiento de la muestra.¹²

Diagnóstico clínico-radiológico de la tuberculosis

El diagnóstico clínico de la TB pulmonar debe centrarse en el estudio de los pacientes con síntomas respiratorios (tos, expectoración, dolor torácico, disnea) asociados a síntomas generales. Los síntomas de tuberculosis extra-pulmonar dependen del órgano afectado, por lo que se requiere solicitar una radiografía de tórax en todo caso probable de tuberculosis pulmonar y en aquellas personas que están en seguimiento diagnóstico ¹⁶

Reacción de la tuberculina (PPD)

La reacción de la tuberculina por razones que no se conocen bien, es de poca ayuda diagnóstica, pero es muy útil como complemento del diagnóstico de la tuberculosis infantil. En niños es difícil realizar el diagnóstico, por lo que además de los exámenes mencionados se realiza la Prueba Cutánea de la Tuberculina esta prueba puede mostrar si la persona ha sido infectada con las bacterias causantes de la tuberculosis. Hay varias clases de pruebas. La mejor se llama la prueba por el método de Mantoux PPD.²⁷

Diagnóstico de TBC extra-pulmonar

Se basa en las manifestaciones clínicas dependientes del órgano(s) afectado(s) y debe complementarse con exámenes auxiliares de bacteriología, histopatología, inmunología, estudio cito-químico, estudio de imágenes, entre otros. En cada muestra de tejido o fluido extra pulmonar, obtenidos a través de cirugía u otros procedimientos, deberá realizarse baciloscopía, cultivo en medios líquidos (MODS, MGIT) o sólidos, prueba de sensibilidad (a partir de cultivos positivos) y según disponibilidad, pruebas moleculares y tipificación.

La muestra obtenida del sitio de infección debe enviarse en suero fisiológico para los estudios bacteriológicos y una segunda muestra en formol al 10%, para los estudios histopatológicos correspondientes.¹⁶

3.2.6 Tratamiento

El tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada de corta duración formulados en los decenios de 1970 y 1980, y que han ido mejorando a través de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de estos medicamentos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia.²⁷

La Isoniazida y la Rifampicina son consideradas como el núcleo básico del tratamiento antituberculoso a la que se le agrega posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar al bacilo de la tuberculosis en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular.²⁷

Al diagnosticar un caso de tuberculosis debe iniciarse el tratamiento totalmente supervisado, lo más pronto posible, es decir, el enfermo recibirá los medicamentos bajo observación directa del personal de salud del establecimiento una vez al día y de forma simultánea. El tratamiento debe ser descentralizado, lo más cercano posible a la residencia o trabajo del paciente, para garantizar la administración del tratamiento supervisando, los esquemas se calculan en base al tratamiento efectuado de lunes a sábado incluido feriados. Si el paciente está hospitalizado en la fase intensiva. El tratamiento debe recibirlo los siete días de la semana.²⁴

Esquema de tratamiento uno y esquema de tratamiento dos incluidos en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis:

TRATAMIENTO ESQUEMA UNO

Duración: 6 meses (82 días)

Indicado: para todas las formas de tuberculosis (pacientes nuevos)²⁴

FASES	DURACION	FRECUENCIA	MEDICAMENTO Y DOSIS	TOTAL POR ENFERMO
1ra.	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingo y feriados	Etambutol x400mg (3 tabletas) Isoniacida x100mg (3 tabletas) Rifampicina x300mg (2 cápsulas) Pirazinamida x500mg (3 tabletas)	E.x400mg=150 tabletas H.x100mg=406 tabletas R.x300mg=164 tabletas Zx500mg=150 tabletas
2da	4 meses (32 dosis)	Dos veces por semana	Isoniacidax100mg (8 tabletas) Rifampicinax300mg (2 cápsulas)	

TRATAMIENTO ESQUEMA DOS

Duración: 8 meses (115 días)

Indicado: para todas las formas de tuberculosis (pacientes con recaídas y abandonos recuperados por una o más veces)²⁴

FASES	DURACION	FRECUENCIA	MEDICAMENTOS Y DOSIS	TOTAL DE ENFERMO
1ra	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingo y feriados	Etambutolx400mg (3 tabletas) Isoniacidax100mg (3tabletas) Rifampicinax300mg (2cápsulas) Pirazinamidax500mg (3 tabletas) Estreptomicina (1gr)	E.x400mg=150 tabletas H.x100mg=40 6 tabletas) R.x300mg=164 tabletas Zx500mg=150 tabletas Sx1gr=50 amp
	1 mes (25 dosis)	Diario , excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300mg (2 cápsulas) Isoniacida x 100mg (3 tabletas) Pirazinamidax500 mg (3 tabletas) Etambutol x 400mg (3 tabletas)	
2da	4 meses (32 dosis)	Dos veces por semana	Isoniacidax100mg (8 tabletas) Rifampicinax300mg(2cáp sulas) Etambutol x 400mg (6 tabletas)	

Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR)

Definición

Es aquella enfermedad infectocontagiosa aguda o crónica causada por bacilos multidrogorresistentes, que son resistentes a por lo menos Isoniacida y Rifampicina. ²⁸

Etiología

La tuberculosis multidrogorresistente es causado por el Mycobacterium tuberculosis resistente que es un bacilo aeróbico acidorresistente que se desarrolla lentamente y es sensible al calor y la luz ultravioleta.²⁸

Resistencia.- “El fenómeno de resistencia se detectó poco después de la introducción de la estreptomina para el tratamiento de la tuberculosis humana. Cuando el antibiótico era administrado sólo, inicialmente se producía una sorprendente mejoría de los de los síntomas del enfermo junto con el rápido descenso del número de los bacilos en el esputo. Por lo general, la cantidad de bacilos volvía pronto a aumentar y el estado clínico del paciente se deterioraba. Los bacilos aislados del esputo de los pacientes que habían recibido estreptomina sola durante unos meses eran fármaco resistentes, es decir, que los bacilos, en lugar de ser eliminados continuaban creciendo in Vitro en presencia de altas concentraciones de fármacos”. ²⁸

Tratamiento Individualizado para TB-MDR

La mejor opción de manejo para la TB-MDR es el retratamiento individualizado, pero las personas con tuberculosis no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado

esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento.²⁸

Retratamiento individualizado para TB-MDR

Esquema en base a los resultados de la prueba de sensibilidad para fármacos antituberculosis de primera y segunda línea. Incluye los siguientes fármacos en el siguiente orden:

Grupo 1: Fármacos orales de primera línea (HRE Z)

Grupo 2: Inyectables (aminoglicosidos, capreomicina), si el paciente es sensible se recomienda estreptomina como primera opción, si es resistente a S, la segunda opción es kanamicina. Si la cepa es resistente a ambos entonces la opción es capreomicina

Grupo 3: Quinolonas (ciprofloxacino, moxifloxacino)

Grupo 4: Incluye etionamida, cicloserina, PAS, son menos tolerados que los medicamentos de los otros grupos.

Grupo 5: Otros, amoxicilina / ácido clovulónico, claritromicina. Duración: Aproximadamente 24 meses, debe ser evaluado al menos cada 6 meses en el CERI (Comité de Evaluación de Retratamiento Intermedio).²⁸

Retratamiento Empírico para TB-MDR

Es un esquema de tratamiento transitorio, que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una prueba de sensibilidad. Duración: de no contar con el resultado de la prueba de sensibilidad, la duración del tratamiento será determinado por el CERI y CERN, debiendo ser entre 18 – 24 meses.

Esquema de retratamiento estandarizado para TB-MDR

Es un esquema de tratamiento transitorio, normatizado que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una prueba de sensibilidad. Indicado para personas con TB que fracasa a los esquemas Uno o Dos y con alto riesgo de fallecimiento, esta es una situación excepcional que debe ser adecuadamente documentada. Duración: 18 meses, hasta tener la prueba de sensibilidad.²⁴

3.2.7 Medidas Preventivas

La prevención tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y en caso se produzca tomar las medidas para evitar el contagio de la enfermedad; es decir la prevención está dirigida a evitar la diseminación del Bacilo de Koch.²⁷

Principales medidas preventivas son

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 (TBP-FP). “El tratamiento de uno es la prevención de todos”.²⁷

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. La vacuna BCG se aplicará gratuitamente a los recién nacidos, evitando

oportunidades perdidas y es responsabilidad de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones.²⁷

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). Así mismo, 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 TBP-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.¹⁶

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. Los procedimientos para la quimioprofilaxis se detallan en la disposición específica correspondiente. ²⁷

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.²⁷

Su objetivo es lograr que la población conozca las formas de protegerse y que actúe en concordancia con ellas. ²⁴ El contenido de la educación se vincula a la importancia y necesidad de contribuir a:

- oQue los sintomáticos respiratorios identificados sean examinados por baciloscopia.

- oQue los enfermos reciban tratamiento completo y supervisado y evitar que lo abandonen.

- oQue los contactos sean examinados por el personal de salud

- oQue los contactos menores de 15 años de enfermos con TBP- FP sin evidencia de enfermedad activa, reciban quimioprofilaxis. ²⁴

La metodología educativa debe asegurar, en primer lugar la participación de las personas y que éstas expresen sus puntos de vista, favoreciendo un diálogo horizontal para concluir en decisiones informadas a favor de los usuarios.⁸

La promoción de la salud en el control de la tuberculosis

Está constituido por la información, educación y comunicación (IEC), que se definen como el conjunto de intervenciones planificadas e interactivas que combinan procesos, metodologías y tecnologías interdisciplinarias con la finalidad de lograr cambios movibles en las prácticas y actitudes de la población, buscando la sostenibilidad y auto sostenimiento en torno a la satisfacción de las necesidades de salud.²⁷

Además la promoción social que es el conjunto de acciones individuales, grupales y en la comunidad realizadas con la finalidad de promover la salud, prevenir la enfermedad y detener su avance, con la participación activa de la comunidad, las organizaciones de base y otros actores.²⁷

Los cuidados en el hogar que se brinda al paciente con tuberculosis pulmonar deben incluir:

Descanso: los enfermos con tuberculosis pulmonar presentan disnea al esfuerzo, incrementan su frecuencia respiratoria, motivo por el cual los periodos del descanso entre las actividades incrementan la tolerancia a la actividad y disminuye la disnea, mejorando la frecuencia respiratoria.¹⁶

Alimentación: la nutrición de los enfermos con tuberculosis pulmonar se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado.¹⁶

3.2.8 Estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis

La desarticulación de los antiguos programas y el paso al modelo de atención integral conllevó a que estos estuvieran inmersos dentro de desarrollo de las etapas de vida; surgiendo de esta manera las Estrategias Sanitarias Nacionales siendo estas herramientas necesarias para el reforzamiento de las capacidades técnicas y operativas las cuales fueron mejorando y cambiando el trabajo vertical de los programas hacia el trabajo transversal de las estrategias encausando todo hacia un objetivo común que es la salud de las personas.²⁷

Concepto

La Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) es un órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.²⁷

Funciones

Las funciones del Ministerio de Salud a través de la ESN-PCT es establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad; asegurando las buenas prácticas de atención con un enfoque de derechos humanos y sin ningún tipo de discriminación.²⁷

En el Perú, la ESN-PCT cuenta con los medios técnicos de diagnóstico accesibles y esquemas de tratamiento de alta eficacia para afrontar con éxito el desafío de este grave problema de salud pública.²⁸

Visión

Lograr hacia fines del 2019 que el Perú consolide y mantenga elevados niveles de eficiencia, eficacia y efectividad, garantizando la disminución progresiva y sostenida de la incidencia de tuberculosis (bajas tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad por tuberculosis, las cuáles no constituyan más un problema de salud pública).²⁹

Misión

Garantizar la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno, gratuito y supervisado de los afectados por tuberculosis en todos los servicios de salud del país, brindando una atención integral con personal capacitado; fomentando el autocuidado en la población con la

finalidad de disminuir la morbimortalidad por tuberculosis y sus repercusiones sociales y económicas.²⁹

Finalidad

La finalidad de la ESN-PCT es hacia fines del 2010, consolidar y amplificar la Estrategia DOTS y DOTS PLUS, permitiendo el fortalecimiento de la atención de las personas con tuberculosis sensible, tuberculosis resistente y coinfectados con VIH-SIDA, en los establecimientos de salud del MINSA, en particular, y en los demás establecimientos del Sector Salud, priorizando las regiones con mayor carga de tuberculosis.²⁹

Dots y Dots Plus

El control de la Tuberculosis en el Perú tiene varias décadas de aplicación con resultados variables. Se inicia en los años 40, cuando se suponía que el pilar de control residía en la vacunación con BCG. Aunque los sanatorios antituberculoso ya habían llegado al Perú con anterioridad. En los años 60 se inicia la medicación antituberculosa gratuita, en el 70 el seguro social ingresa un esquema de tratamiento pero el cual era auto administrado al igual que en los hospitales del Ministerio de Salud.²⁹

A fines de los años 80 se incrementa los fondos asignados a la lucha contra la tuberculosis y los medicamentos obtenidos por donaciones y cooperación externa suelen ser insuficientes para detener el incremento de enfermos con tuberculosis; unido esto a serios problemas de organización, estructura y logística no permitían una adecuada cobertura de casos y acceso al tratamiento gratuito de la totalidad de casos diagnosticados lo que empeoro la elevada proporción de abandonos y fracasos al tratamiento.²⁹

Es por ello que a inicios de la década de los 90 se aplica con éxito la Estrategia DOTS o TAES (Tratamiento Acortado Directamente Observado) estrategia recomendada internacionalmente por la OMS para el control de la Tuberculosis en respuesta a la emergencia global que constituye la propagación de la Tuberculosis.²⁷

3.2.9 Manejo odontológico del paciente con TB

Tiene su importancia en Odontología puesto que el odontólogo/estomatólogo puede contraer la enfermedad de un paciente con infección activa, o bien provocar una infección cruzada.

En todo paciente con TB pulmonar activa, o sospecha de dicha enfermedad, se debería posponer el tratamiento dental. Estos pacientes deben someterse a una valoración médica completa para descartar TB. Entre los signos y síntomas sugerentes de tuberculosis se encuentran la tos seca no productiva, dolor torácico pleurítico, fatiga, fiebre, disnea o hemoptisis.³⁵

En niños menores de seis años se puede realizar cualquier tratamiento porque no hay cavitación, con lo que son incapaces de expectorar esputos positivos. En niños mayores de seis años y adultos se harán sólo tratamientos de urgencia en ámbito hospitalario con aislamiento adecuado y esterilización y ventilación adecuadas. Se iniciará tratamiento antibiótico y cuando el médico confirme que no es contagioso realizar el resto de tratamientos.

En pacientes con antecedentes de tuberculosis hay que verificar el estado de salud actual. Si no existe enfermedad activa se actuará con normalidad y si está en tratamiento antituberculoso se deberá consultar con el especialista.

Si existen signos o síntomas de enfermedad, posponer tratamiento a mayoría de los fármacos antituberculosos se metabolizan en el hígado y pueden provocar toxicidad hepática, asociada con alteraciones de la

coagulación. ***La Rifampicina acelera el metabolismo del Diazepam. También puede provocar leucopenia y trombocitopenia (sangrado gingival). No se recomienda utilizar paracetamol en pacientes sometidos a tratamiento con Isoniazida, para evitar su hepatotoxicidad. Tampoco se recomienda el ácido acetilsalicílico en pacientes tratados con estreptomycinina para evitar la ototoxicidad.*** La mayoría de los antibióticos utilizados en odontología no muestran interacción con los fármacos antituberculosos.³⁵

3.3 CONOCIMIENTO

Generalidades del conocimiento

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte originando cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a las situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas: La informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información; la formal, viene a ser aquella que se imparte en las escuelas que se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.²⁸

Bertrand; plantea que el conocimiento es el “conjunto de información que posee el hombre como producto de su experiencia, de los que ha sido capaz de inferir a partir de estos”.²⁸

Henry Wallon, los conocimientos son: “Datos e informaciones empíricas sobre la realidad y el propio individuo, es decir, conocimientos inmediatos situacionalmente útiles de tipo hábitos y costumbres que hace factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado”.²⁴

Watson y Skinner, manifiestan que el conductismo aborda el comportamiento que se puede observar, manipular y en cierta medida cuantificar. Se define, entonces, el aprendizaje como todo cambio en el comportamiento de los individuos, relativamente estable o permanente, como resultado de la práctica o experiencia personal del sujeto.²⁸

Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, sin embargo esto no se evidencia en una población urbano-marginal, pues ellos continúan poniendo en práctica creencias y costumbres que forman parte de su cultura, actúan frente a las enfermedades de acuerdo a la opinión y creencias que tienen sobre la salud y enfermedad, medicina popular, actitudes y su manera de prevenirlos es por ello que la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.²⁸

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por

tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial del profesional en enfermería, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

La mayoría de autores concuerdan en definir al **CONOCIMIENTO** como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto.²⁸

La medición del conocimiento

El conocimiento es el aprendizaje adquirido que se puede estimar en una escala que puede ser cualitativa o cuantitativa.³⁰

Escala de estaninos

La escala de estaninos es una escala normalizada de 9 unidades, con media 5 y desviación 2 que sirve para dividir un recorrido de puntajes dependiendo de la cantidad de sujetos y de la naturaleza de la variable.²⁷

Su fórmula: $x + 0.75 (Sx)$

Dónde: $x = \text{media}$

$Sx = \text{desviación estándar}$

$a = \text{media} - 0.75 (Sx)$

$b = \text{media} + 0.75 (Sx)$

A y b son los puntos de corte para clasificar en tres categorías para la distribución de los puntajes.

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) ----- 1^a categoría (conocimiento deficiente)

de (a + 1) hasta (b) ----- 2^a categoría (conocimiento regular)

de (b + 1) hasta el puntaje máximo ----- 3^a categoría (conocimiento bueno).

3.4 ACTITUDES

Definiciones

Respecto a las ACTITUDES existen muchas definiciones

Psicólogo **Fredy Rodríguez Canales** define la actitudes como la predisposición de respuesta de las personas hacia una situación o estímulo producto de una experiencia de aprendizaje sustentada en alguna estructura cognoscitiva (mito, creencia, valor prejuicio, etc.) y que conlleva a una carga efectiva y emocional pudiendo ser de aceptación rechazo o de simplemente indiferencia.³¹

Además señala que el conocimiento de las actitudes es importante, porque nos permite predecir las conductas o comportamientos que mostrarían las personas o grupo cuando se enfrenten al objeto o situación de la actitud.³¹

“Es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir, y comportarse en cierta forma hacia un objeto cognoscitivo...”

Kresh D., el famoso psicólogo social refiere al respecto: “Las respuestas sociales del individuo reflejan sus actitudes, sus sistemas duraderos de valoraciones positivas o negativas, sus sentimientos y sus tendencias en pro o en contra, al respecto a determinados fenómenos sociales”²⁴

Las actitudes son normalmente consideradas como productos de la socialización y, por tanto, como algo modificable.

Por su parte, **Gómez y Canto (1997)** también las definen como una predisposición previa, preparatoria de las respuestas conductuales ante estímulos psicosociales, no siendo todavía un comportamiento actual.¹⁹

Estos autores señalan que las actitudes son experiencias subjetivas, hacen referencia a un objeto, son comunicables y se pueden expresar mediante el lenguaje.³¹

Estas respuestas podrían ser:

- Afectivas (relativas a sentimientos evaluativos, preferencias, etc.)
- Cognitivas (relativas a opiniones y creencias)
- Conativas (relativas a acciones manifiestas, intenciones o tendencias de acción)

Luego de haber definido las actitudes, una interrogante que surge de manera natural es cómo es que éstas se forman. Al respecto, **Baron y Byrne (2005)** sostiene que las actitudes son aprendidas, pero también toma en cuenta que un pequeño cuerpo de evidencias sugiere que las actitudes pueden estar influidas por factores genéticos.³¹

Finalmente, basándose en las definiciones citadas, se puede concluir que la mayoría de autores consideran que las actitudes son

"Conjunto de creencias y de sentimientos genéticos y aprendidos que nos predisponen a comportarnos de una determinada manera frente a una situación, que conlleva a una respuesta evaluativa".

3.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Nivel de conocimiento: Aprendizaje adquirido estimado en una escala que puede ser cualitativa (bueno, regular, malo) o cuantitativa (del 0 al 20)

Tuberculosis pulmonar: Es una enfermedad infectocontagiosa causada por una bacteria denominada bacilo de Koch o *Mycobacterium Tuberculosis*, la cual puede atacar cualquier parte del cuerpo, casi siempre afecta a los pulmones.

Alumno de odontología: Alumnos de 3° a 6° año de la carrera de odontología UNMSM, de pre grado que están matriculados.

Manejo odontológico: Secuencia de procedimientos como orientación, derivación y tratamiento que el odontólogo debe seguir para brindar una buena atención.

Actitud: Es la predisposición de respuesta de las personas hacia una situación o estímulo producto de una experiencia de aprendizaje sustentada en alguna estructura cognoscitiva.

3.6. HIPÓTESIS

El nivel de conocimiento y actitud sobre atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología, año 2016 es deficiente.

3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición	Dimensión	Escala	Valor
Conocimiento, de los alumnos sobre tuberculosis pulmonar.	Aprendizaje adquirido sobre el manejo de pacientes con tuberculosis pulmonar en los aspectos de concepto, fisiopatología, prueba de diagnóstico, tratamiento farmacológico y medidas preventivas.	Conocimiento sobre de la Historia natural de la enfermedad.	Ordinal	Deficiente Regular Bueno
		Conocimiento sobre Fisiopatología de la enfermedad.	Ordinal	Deficiente Regular Bueno
		Conocimiento sobre Pruebas de diagnóstico de la enfermedad.	Ordinal	Deficiente Regular Bueno
Conocimiento de los alumnos sobre atención estomatología a pacientes con tuberculosis pulmonar.	Predisposición de actuar, pensar y comportarse en la práctica clínica frente a pacientes con TB.	Conocimiento sobre el Tratamiento farmacológico de la enfermedad.	Ordinal	Deficiente Regular Bueno
		Medidas preventivas para el control de la enfermedad.	Ordinal	Deficiente Regular Bueno
Actitud de los alumnos sobre atención estomatológica a pacientes con TB.		Componente cognitivo Componente afectivo Componente conductual	Ordinal	Aceptación Inferencia Rechazo

IV. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. TIPO DE INVESTIGACION

La presente estudio de investigación es de tipo descriptivo y transversal.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. Población

La población estuvo constituida por los estudiantes de 3^{er}, 4^{to}, 5^{to} y 6^{to} año (N=240) de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

4.2.2. Muestra

La muestra fue de tipo probabilístico, aleatorio y estratificado, obteniéndose una muestra de 148 alumnos. Que fueron distribuidos de la siguiente manera: 50 alumnos para 3^{er} año, 35 alumnos para 4^{to} año, 33 alumnos para 5^{to} año y que 30 alumnos para 6^{to} año cursaron el período académico del año 2016.

4.2.3 Criterios de selección

a) Criterio de inclusión

- Ser alumno de la Facultad de Odontología-UNMSM
- Estar matriculado en el año académico 2016
- Ser estudiantes de tercero a sexto año de la carrera profesional
- Estudiante de odontología que acepte y de su consentimiento para participar en el estudio de investigación.
- Alumnos que asisten regularmente a la facultad.

b) Criterios de exclusión

- Estudiantes que hayan participado del estudio piloto.
- Estudiantes del tercero al sexto año que aun reuniendo los criterios de inclusión se nieguen a participar.

4.3. PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS

4.3.1 Recolección de datos.

La técnica

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre la atención estomatológica en pacientes con tuberculosis pulmonar se utilizó la técnica: encuesta un cuestionario estructurado como instrumento de recolección de datos, el cual se elaboró considerando las nociones elementales sobre el tema, que deberían ser de conocimiento por los estudiantes de odontología, para la validez del instrumento, se realizó a través de tres jueces de expertos. Equipo conformado por especialistas en el área, siendo docentes de la misma casa de estudio. Un juez experto pertenece al área de Medicina estomatológica y dos jueces al área de Cirugía Bucal Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En la variable actitud se usó la escala de Lickert, la validación del instrumento estuvo a cargo de un Psicólogo con grado de Doctor, docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Se modificó las preguntas de acuerdo a las sugerencias dadas por los expertos. Se realizó el análisis Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad del instrumento. Asimismo, se implementó una prueba piloto.

Para la variable conocimiento se usó un cuestionario, de 15 preguntas cada pregunta tuvo alternativas de respuesta y siendo sólo una correcta. Las alternativas fueron codificadas de la siguiente manera:

El puntaje total del cuestionario fue de 15 puntos y según la escala de estaninos dividimos en 3 categorías, conocimiento deficiente, regular y bueno.

- Respuesta correcta: 1 punto
- Respuesta incorrecta: 0 puntos

Para agrupar el puntaje se aplicó la escala de Estaninos, clasificando

El puntaje en tres categorías:

- Conocimiento deficiente ≤ 7 puntos
- Conocimiento regular $> 8 - 11$ puntos
- Conocimiento bueno ≥ 12 puntos

Para la variable actitud se usó un cuestionario que consto de 16 proposiciones de alternativa múltiples. La escala de Lickert tuvo como objetivo identificar las actitudes que tiene los estudiantes sobre la atención a pacientes con tuberculosis pulmonar.

Para la medición de esta variable se le asignó un valor de 1 a 5 a las proposiciones:

Se otorgara un punto por cada respuesta correcta, obteniendo resultados según el siguiente rango.

- Bajo ≤ 10 puntos ($\leq 50\%$)
- Regular $> 10-13$ puntos ($>50-65\%$)
- Alto ≥ 14 puntos ($\geq 65\%$)

4.4. PROCESAMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

En principio se realizó las gestiones administrativas necesarias para realizar la prueba piloto y la ejecución del presente estudio en la facultad de odontología de la UNMSM. Posteriormente se solicitó los permisos correspondientes para la ejecución del presente estudio, de igual manera se realizó, previas coordinaciones con los docentes para fijar la fecha y hora de la realización de las encuestas. La prueba piloto determinó el tiempo de duración de la encuesta sea de 15 minuto. El recojo de información de cada año de estudio se realizó en distintas fechas y horas. La participación de los alumnos fue de forma voluntaria, instándolos a responder de manera clara y sincera.

El investigador estuvo presente durante el desarrollo de la encuesta a fin de resolver las dudas de los alumnos encuestados.

4.5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se confeccionó una base de datos y se realizó análisis estadísticos descriptivos de frecuencia y porcentaje.

Asimismo se usó la prueba estadística de Spearman para hallar relación existente entre las variables de estudio. El estudio se trabajó con un nivel de significancia de $p < 0,05$

V. RESULTADOS

Tabla N°01

Niveles de conocimiento sobre historia natural de la tuberculosis pulmonar, de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	3	2%	2.0
Alto	145	98%	100.0
Total	148	100%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 01, se observa que los estudiantes estuvieron constituidas por 148 (100%), se encontró que mayoritariamente el 98% obtuvieron un nivel de conocimiento alto y minoritariamente 2% nivel de conocimiento bajo.

Grafico N°01

Niveles de conocimiento sobre historia natural de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.

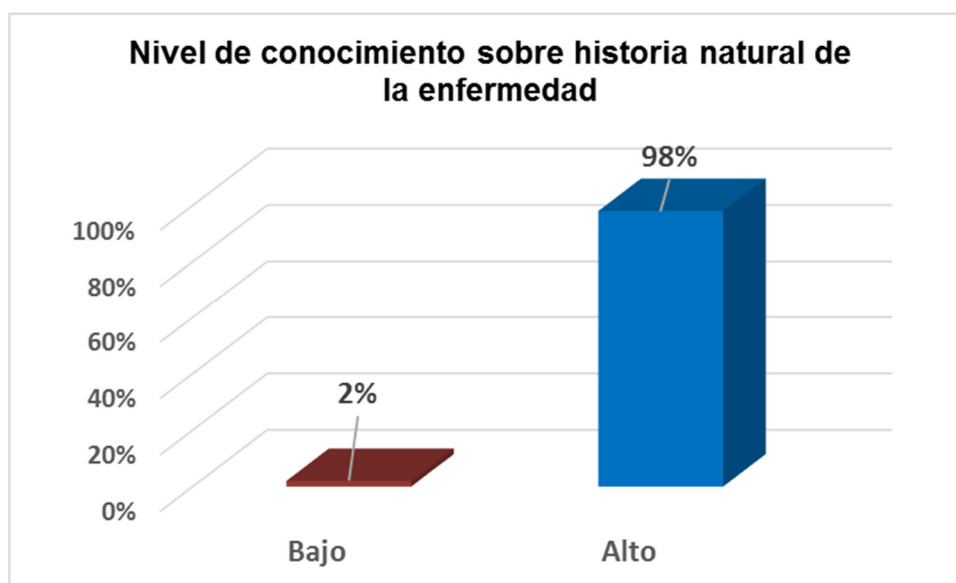


Tabla N°2

Niveles de conocimiento según año académico sobre historia natural de la tuberculosis pulmonar

Año Académico	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3er año	Incorrecto	1	2.0	2.0
	Correcto	49	98.0	100.0
	Total	50	100.0	
4to año	Incorrecto	2	5.7	5.7
	Correcto	33	94.3	100.0
	Total	35	100.0	
5to año	Incorrecto	---	---	---
	Correcto	33	100.0	100.0
	Total	33	100.0	100.0
6to año	Incorrecto	---	---	---
	Correcto	30	100.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 02, se observa que un porcentaje mayoritario de los estudiantes del 3° al 6° año respondieron de forma correcta en relación a la dimensión conocimiento sobre la historia natural de la tuberculosis pulmonar.

Figura N°1

Conocimiento sobre historia natural de la enfermedad según año académico

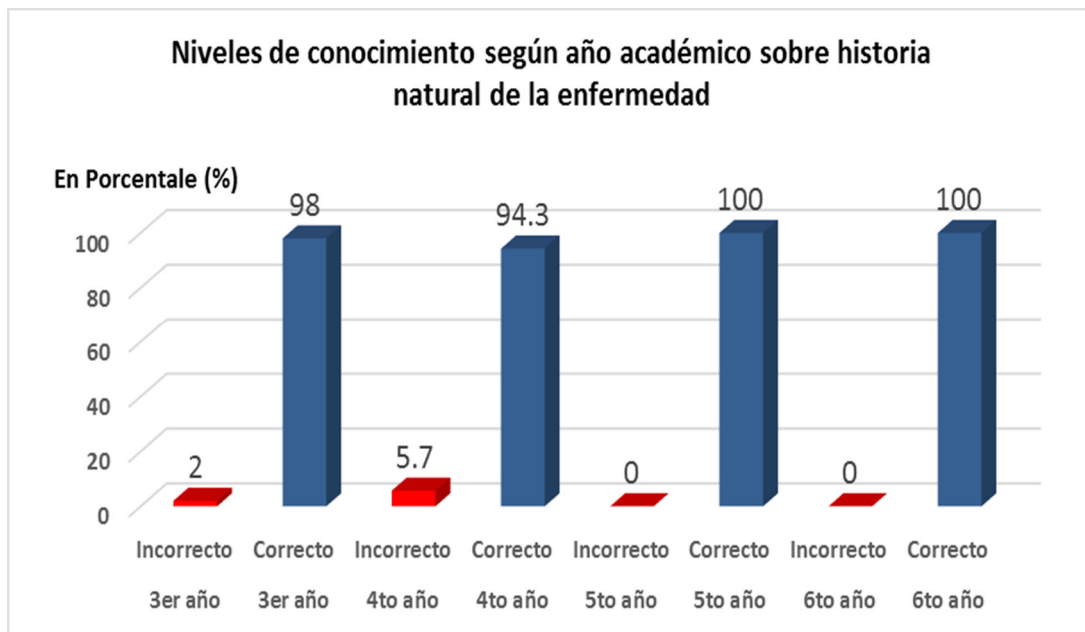


Tabla N°3

Niveles de conocimiento sobre fisiopatología de la tuberculosis pulmonar, de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	27	18%	2.0
Regular	121	82%	100.0
Deficiente	---	---	---
Total	148	100%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°03, se observa que los estudiantes estuvieron constituidas por 148 (100%), se encontró que mayoritariamente el 82% obtuvieron un nivel de conocimiento regular y minoritariamente 18% nivel de conocimiento bueno.

Gráfico N°2

Niveles de conocimiento sobre fisiopatología de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016

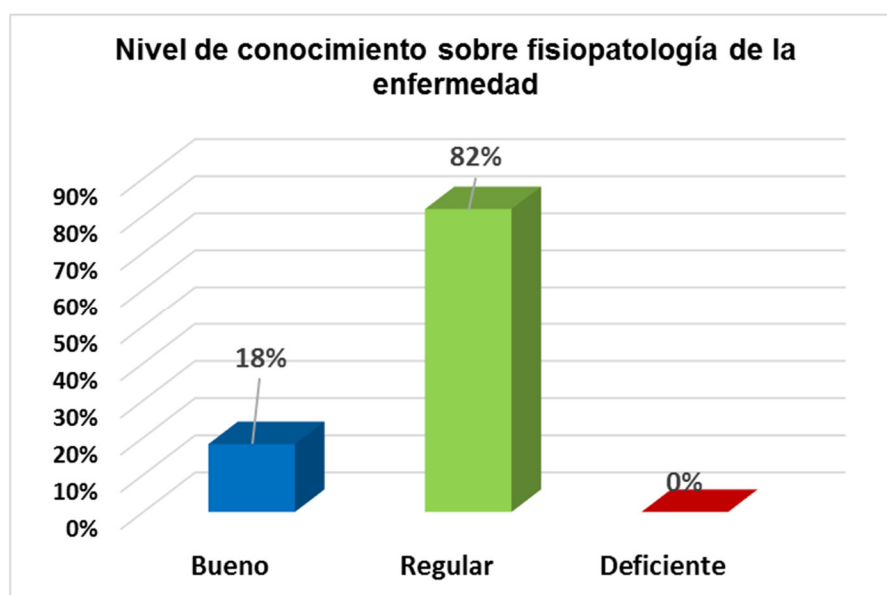


Tabla N°4**Niveles de conocimiento según año académico sobre fisiopatología de la tuberculosis pulmonar**

Año Académico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3er año	Bueno	8	16.0	16.0
	Regular	42	84.0	100.0
	Deficiente	---	---	---
	Total	50	100.0	
4to año	Bueno	9	25.7	25.7
	Regular	26	74.3	100.0
	Deficiente	---	---	---
	Total	35	100.0	
5to año	Bueno	6	18.2	18.2
	Regular	27	81.8	100.0
	Deficiente	---	---	---
	Total	33	100.0	
6to año	Bueno	4	13,3	13,3
	Regular	26	86,7	100,0
	Deficiente	---	---	---
	Total	30	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°04, se observa que un porcentaje mayoritario de los estudiantes del 3° al 6° año presentan un nivel de conocimiento el de Regular en relación a la fisiopatología de la tuberculosis pulmonar mientras que un porcentaje minoritario se encuentran en el nivel Bueno.

Figura N°2

Niveles de conocimiento según año académico sobre fisiopatología de la tuberculosis pulmonar

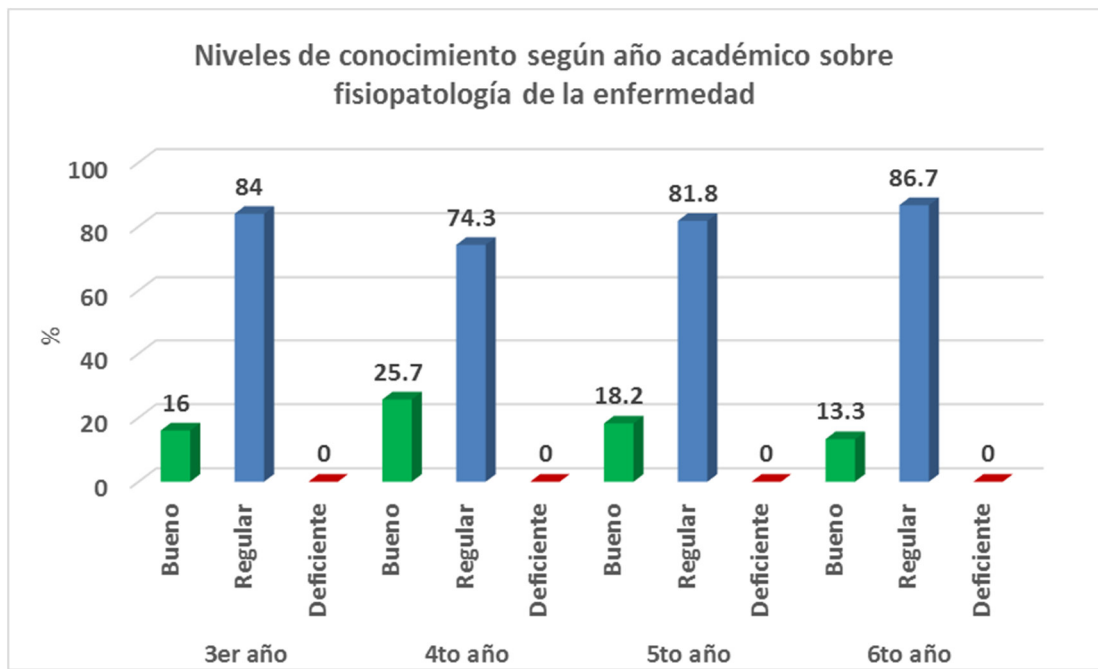


Tabla N°5

Niveles de conocimiento sobre pruebas de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	54	36%	36%
Regular	85	57%	93%
Deficiente	9	6%	100%
Total	148	100%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°05, se observa que los estudiantes estuvieron constituidas por 148 (100%), se encontró mayoritariamente un 57% obtuvieron un nivel de conocimiento regular y minoritariamente 36% obtuvieron un nivel de conocimiento bueno.

Grafico N°3

Niveles de conocimiento sobre prueba de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016

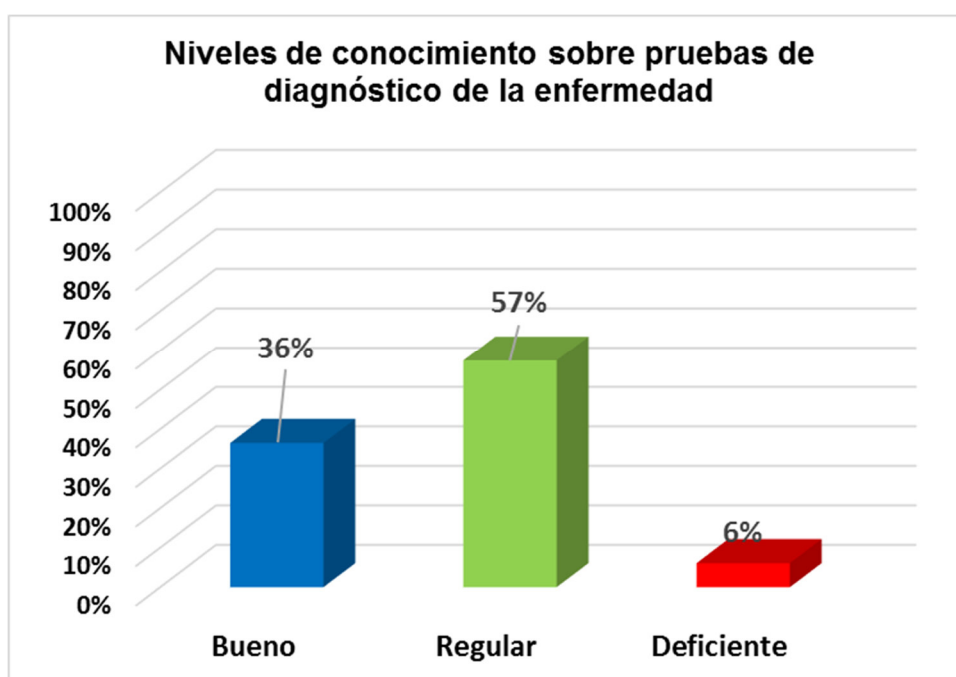


Tabla N°6

Niveles de conocimiento según año académico sobre pruebas de diagnóstico.

Año Académico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3er año	Bueno	19	38.0	38.0	38.0
	Regular	27	54.0	54.0	92.0
	Deficiente	4	8.0	8.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	
4to año	Bueno	11	31.4	31.4	31.4
	Regular	21	60.0	60.0	91.4
	Deficiente	3	8.6	8.6	100.0
	Total	35	100.0	100.0	
5to año	Bueno	15	45.5	45.5	45.5
	Regular	18	54.5	54.5	100.0
	Deficiente	---	---	---	---
	Total	33	100.0	100.0	
6to año	Bueno	9	30.0	30.0	30.0
	Regular	19	63.3	63.3	93.3
	Deficiente	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 06, se observa que un porcentaje mayoritario de los estudiantes del 3° al 6° año presentan un nivel de conocimiento el de Regular en relación a las pruebas de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar mientras que un porcentaje minoritario se encuentran en un nivel Bueno.

Figura N°3

Niveles de conocimiento según año académico sobre pruebas de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.

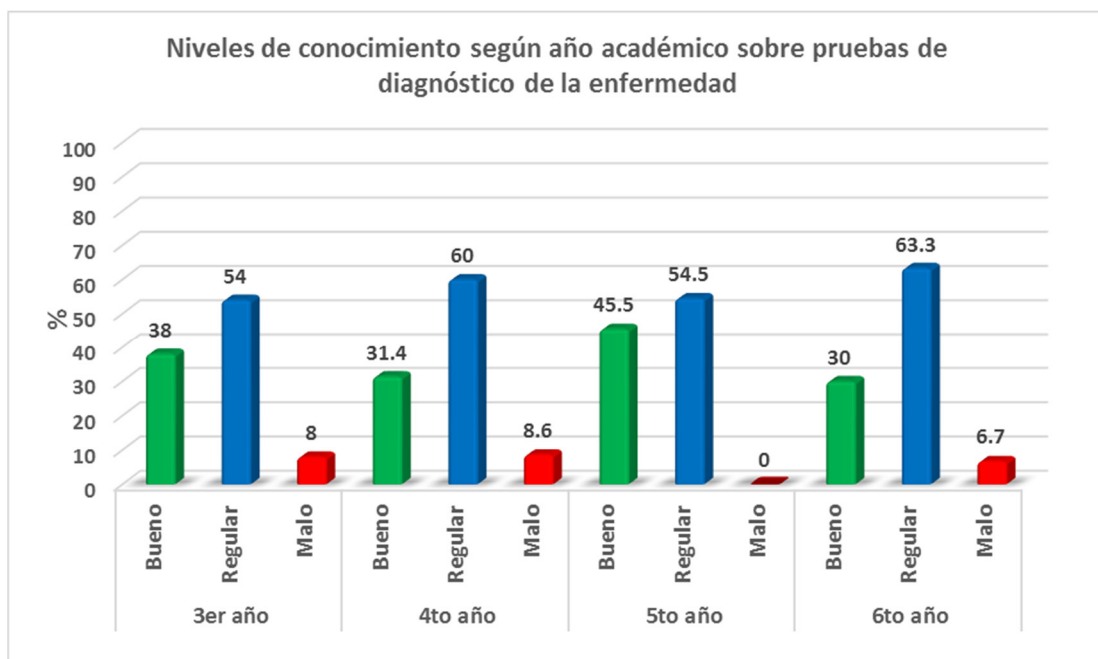


Tabla N°7

Niveles de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar, de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	55	37%	37%
Regular	49	33%	70%
Deficiente	44	30%	100%
Total	148	100%	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°07, se observa que los estudiantes estuvieron constituidas por 148 (100%), se encontró una similitud en los niveles de conocimiento bueno regular y deficiente.

Grafico N°4

Niveles de conocimiento sobre prueba de tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016

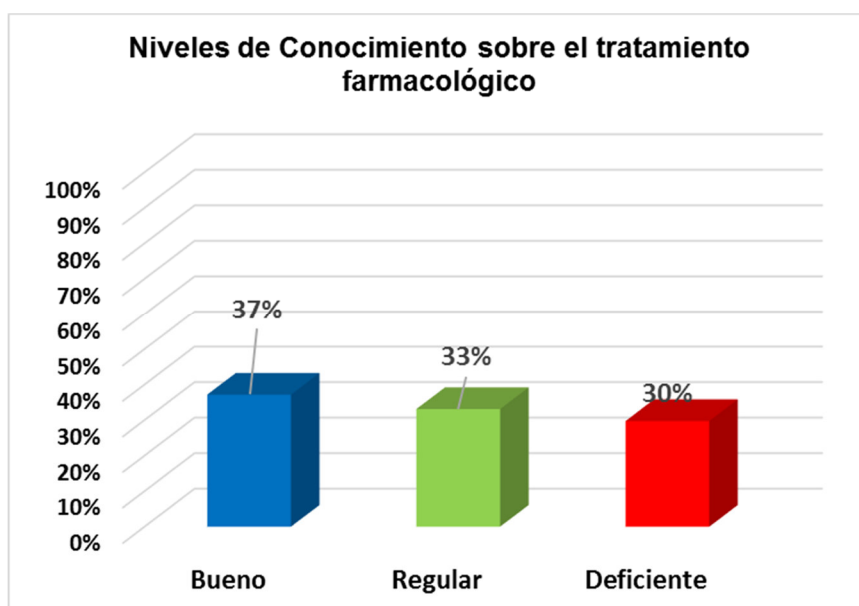


Tabla N°8

Niveles de conocimiento según año académico sobre el tratamiento farmacológico.

Año Académico	Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3er año	Bueno	22	44.0	44.0
	Regular	14	28.0	72.0
	Deficiente	14	28.0	100.0
	Total	50	100.0	
4to año	Bueno	15	42.9	42.9
	Regular	10	28.6	71.4
	Deficiente	10	28.6	100.0
	Total	35	100.0	
5to año	Bueno	11	33.3	33.3
	Regular	14	42.4	75.8
	Deficiente	8	24.2	100.0
	Total	33	100.0	
6to año	Bueno	8	26.7	26.7
	Regular	11	36.7	63.3
	Deficiente	11	36.7	100.0
	Total	30	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°08, se observa que un porcentaje mayoritario de los estudiantes 3° y 4° año presentan un nivel de conocimiento Bueno mientras que 5° y 6° año presenta un porcentaje mayoritario de regular en relación al nivel de conocimiento sobre tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar.

Figura N°4

Niveles de conocimiento según año académico sobre tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar.

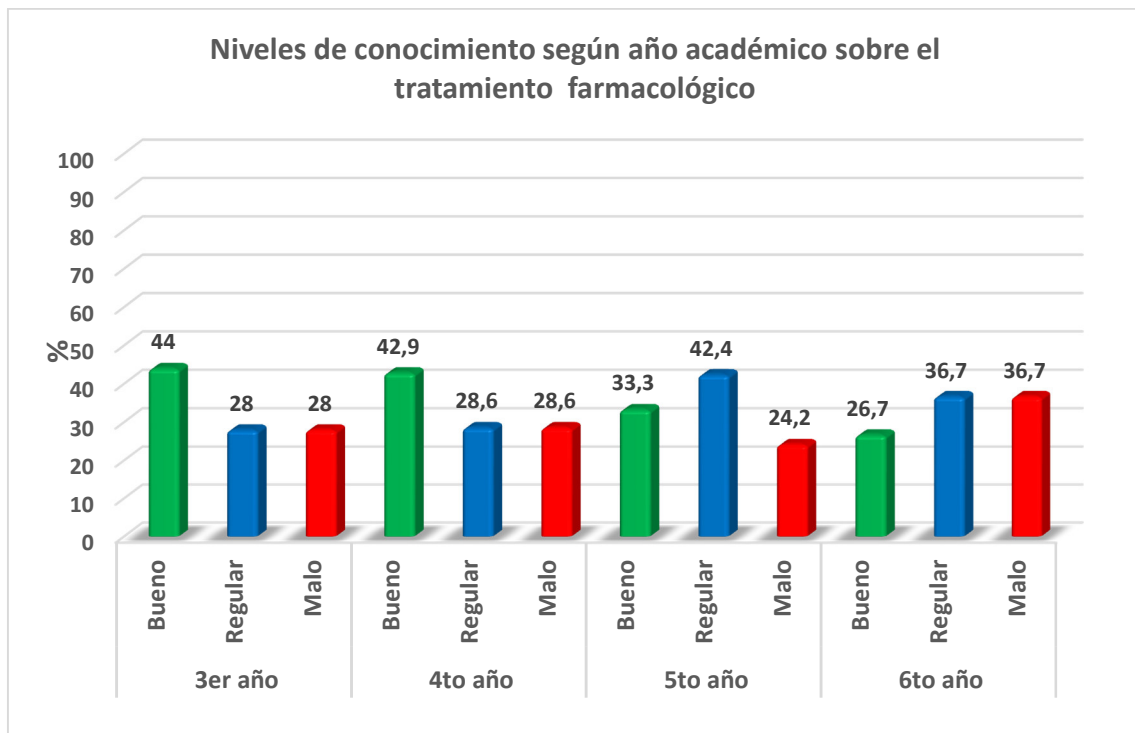


Tabla N°9

Niveles de conocimiento sobre medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	93	63%	63%
Regular	16	11%	74%
Deficiente	9	6%	80%
Total	118	100%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°09, se observa que los estudiantes estuvieron constituidas por 148 100%, se encontró mayoritariamente el 63% obtuvieron un nivel de conocimiento bueno, el 11% obtuvieron un nivel de conocimiento regular y minoritariamente el 6% obtuvieron un nivel de conocimiento deficiente.

Grafico N°5

Niveles de conocimiento sobre medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.

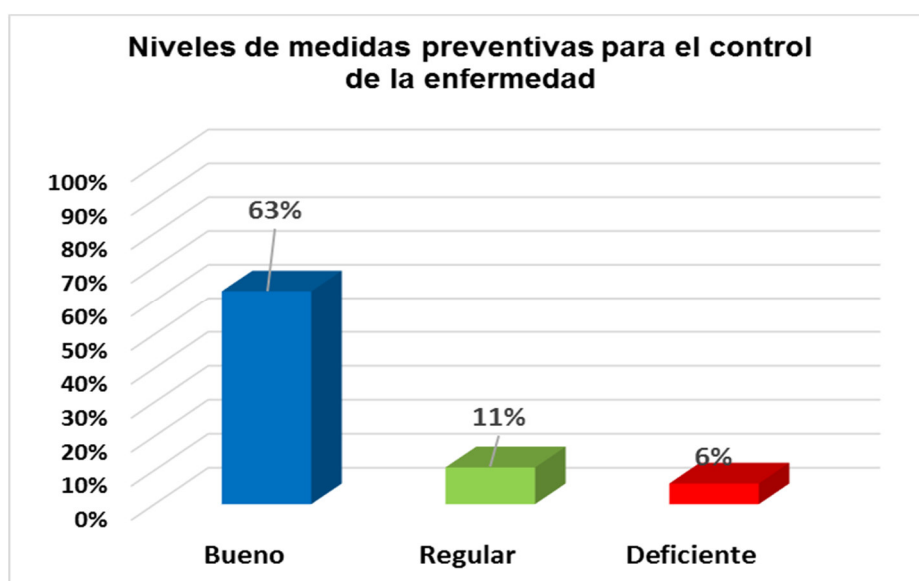


Tabla N°10

Niveles de medidas preventivas según año académico para el control de la enfermedad.

Año	Académico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3er año	Bueno	33	66.0	66.0
	Regular	6	12.0	78.0
	Deficiente	11	22.0	100.0
	Total	50	100.0	
4to año	Bueno	22	62.9	62.9
	Regular	5	14.3	77.1
	Deficiente	8	22.9	100.0
	Total	35	100.0	
5to año	Bueno	23	69.7	69.7
	Regular	2	6.1	75.8
	Deficiente	8	24.2	100.0
	Total	33	100.0	
6to año	Bueno	15	50.0	50.0
	Regular	3	10.0	60.0
	Deficiente	12	40.0	100.0
	Total	30	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 10, se observa que un porcentaje mayoritario de los estudiantes del 3°al 6°año presentan un nivel de conocimiento el de Bueno en relación a medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar mientras que un porcentaje minoritario se encuentran en un nivel Regular.

Figura N°5

Niveles de conocimiento según año académico sobre medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.

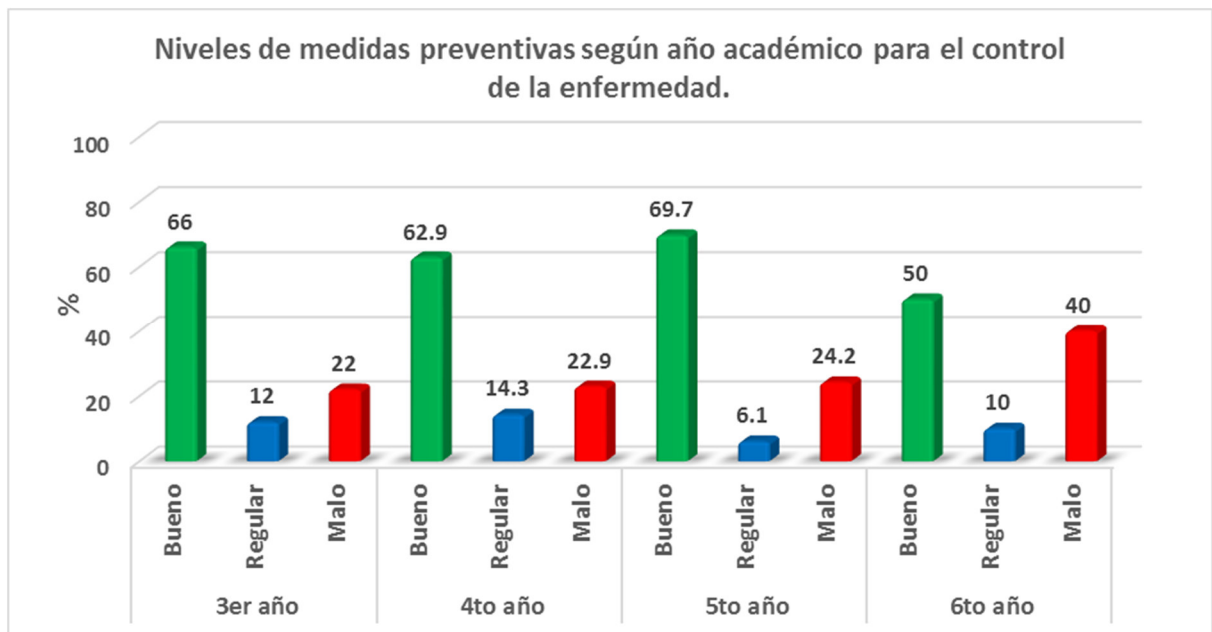


Tabla N°11

Niveles de la variable conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	79	53%	53%
Regular	69	47%	100%
Deficiente	---	---	---
Total	148	100%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°11, se observa que los estudiantes estuvieron constituidas por 148 (100%), se encontró que mayoritariamente el 53% obtuvieron un nivel de conocimiento bueno y minoritariamente 47% obtuvieron un nivel de conocimiento regular, no se encontró nivel de conocimiento deficiente.

Grafico N°6

Niveles de la variable conocimiento de la tuberculosis pulmonar de los estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.

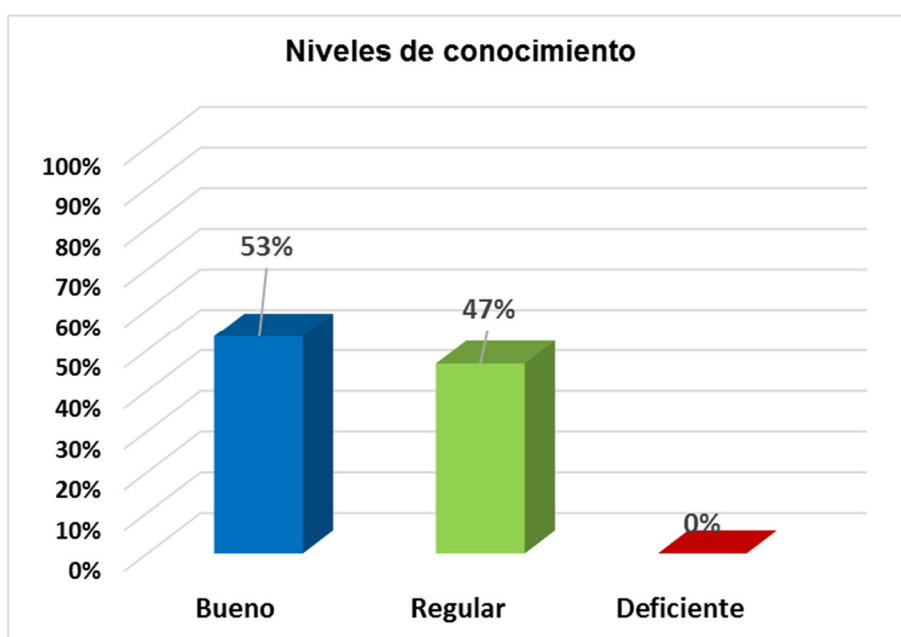


Tabla N°12

Nivel de la variable actitud sobre la atención a pacientes con tuberculosis pulmonar de estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Rechazo	---	---	---
Indiferencia	66	45%	45%
Aceptación	82	55%	100%
Total	148	100%	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°12, se observa que los estudiantes estuvieron constituidas por 148 (100%), se encontró que mayoritariamente el 55% obtuvieron aceptación a la atención y minoritariamente 45% obtuvieron indiferencia de parte de los alumnos frente a la atención a pacientes con tuberculosis pulmonar y no se encontró rechazo a la atención a pacientes con dicha enfermedad.

Grafico N°7

Nivel de la variable actitud sobre la atención a pacientes con tuberculosis pulmonar de estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016

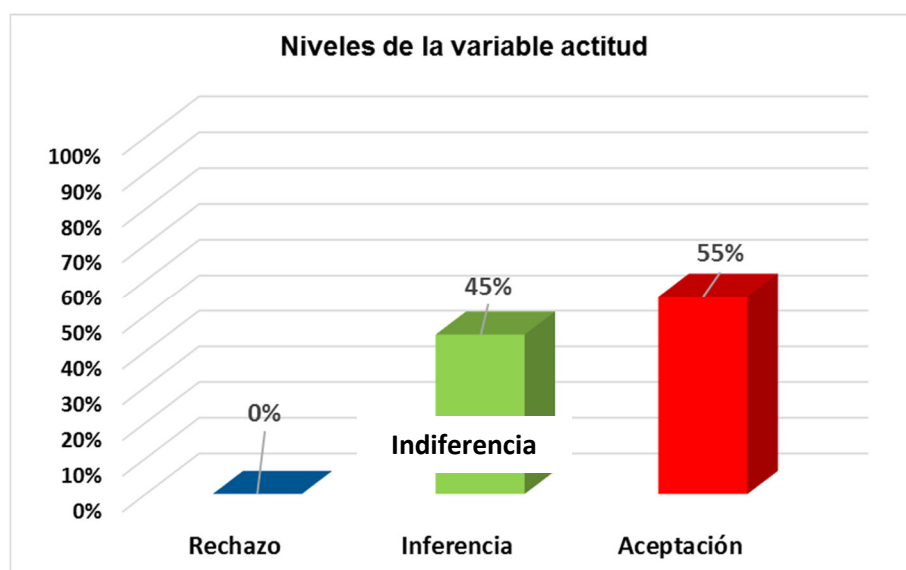


Tabla N°13

Nivel de la variable actitud sobre la atención a pacientes con tuberculosis pulmonar de estudiantes de odontología de la UNMSM. Lima 2016.

Pregunta	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	9,56	6,411	,013	,640
Item2	9,56	6,425	-,006	,641
Item3	9,70	5,802	,281	,616
Item4	9,66	5,953	,237	,622
Item5	9,91	5,909	,127	,642
Item6	10,01	5,775	,172	,635
Item7	9,85	5,964	,115	,643
Item8	10,21	5,500	,324	,608
Item9	9,83	5,475	,356	,602
Item10	10,18	5,234	,440	,586
Item11	9,77	5,797	,229	,623
Item12	9,70	5,748	,314	,612
Item13	9,90	5,561	,286	,614
Item14	9,78	5,576	,339	,606
Item15	9,95	5,215	,435	,586

Fuente: Elaboración propia

El análisis de fiabilidad de alfa de Cronbach es 0,640

CONCLUSIONES

El instrumento de recolección de datos, existe validez interna en el instrumento es válido y confiable con un alfa de Cronbach de 0,640.

Tabla N°14

Estadísticos total-elemento de la validación interna de la actitud.

Pregunta	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	54,16	46,540	,230	,671	,726
Item2	54,32	46,164	,208	,651	,727
Item3	54,85	43,991	,173	,211	,738
Item4	55,65	40,556	,489	,397	,698
Item5	55,16	43,615	,302	,320	,719
Item6	54,72	45,361	,232	,367	,725
Item7	56,21	42,140	,328	,395	,717
Item8	54,32	46,966	,141	,465	,731
Item9	55,02	47,190	,046	,217	,741
Item10	56,24	41,869	,515	,450	,700
Item11	55,45	41,107	,430	,282	,705
Item12	55,16	41,525	,482	,341	,701
Item13	56,24	40,852	,453	,489	,702
Item14	55,82	40,667	,464	,330	,701
Item15	56,44	43,513	,322	,459	,717
Item16	55,56	42,003	,328	,299	,717

Fuente: Elaboración propia

El análisis de fiabilidad de alfa de Cronbach es 0,726

CONCLUSIONES

El instrumento de recolección de datos, existe validez interna en el instrumento es válido y confiable con un alfa de Cronbach de 0,726.

Tabla N°15

Coefficiente de confiabilidad del instrumento conocimiento y actitud

Variable	Coefficiente	N° de ítems	Validación
Conocimiento	0.670	15	Muy confiable
Actitud	0.730	16	Excelente confiabilidad

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°15 se observa que el coeficiente de confiabilidad del instrumento conocimientos obtenido es de 0.670 siendo muy confiable y la prueba de confiabilidad del instrumento actitudes es 0.730 siendo un instrumento de excelente confiabilidad.

Tabla N°16

Valores de índices de confiabilidad de instrumento

Nivel de confiabilidad	Valores
Confiabilidad nula	0.53 a menos
Confiabilidad baja	0.54 a 0.59
Confiable	0.60 a 0.65
Muy confiable	0.66 a 0.71
Excelente confiabilidad	0.72 a 0.99
Confiabilidad perfecta	1.00

Estadística descriptiva

Tabla N°17

Baremos de comparación

Niveles de la Variable / Dimensiones	Bajo	Regular	Alto
Variable conocimiento	0-5	6-10	11-15
1. Conocimiento sobre historia natural de la enfermedad	0	---	1
2. Conocimiento sobre fisiopatología de la enfermedad	0	1	2
3. Conocimiento sobre pruebas de diagnóstico de la enfermedad	0	1	2
4. Conocimiento sobre el tratamiento farmacológico	0-1	2-3	4-5
5. Medidas preventivas para el control de la enfermedad.	0-1	2-3	4-5
Variable actitud	16-37	38-58	59-80
1. Componente cognitivo	5-11	12-18	19-25
2. Componente afectivo	5-11	12-18	20-25
3. Componente conductual	6-14	15-22	23-30

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°18

Correlación de Spearman entre la variable conocimiento y la variable actitud sobre la atención estomatológica en estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNMSM. 2016

		Actitud
Conocimiento	Correlación de Spearman	.623**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148

Conclusión

De acuerdo a la tabla mostrada. El coeficiente de correlación de Spearman fue $r_s = 0.623$ ($\text{sig} = 0.000 < 0.050$) para el conocimiento y actitud sobre atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología 2016. Se observa que existe correlación es positiva alta y significativa

Tabla N° 19

Tabla de índices de correlación

Índice de correlación	Interpretación
+ 1 a 0.80	Correlación positiva muy alta
0.80 a 0.60	Correlación positiva alta
0.60 a 0.40	Correlación positiva moderada
0.40 a 0.20	Correlación positiva baja
0.20 a -0.20	Probablemente no existe correlación. El valor puede deberse al azar salvo que el número de casos sea superior a 100
-0.20 a -0.40	Correlación negativa a baja
-0.40 a -0.60	Correlación negativa moderada
-0.60 a -0.80	Correlación negativa alta
-0.80 a -1.00	Correlación negativa muy alta

(Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p. 201)

VI. DISCUSIÓN

El conocimiento y la actitud de los odontólogos hacia las personas con tuberculosis juega un papel importante en la prevención y tratamiento de esta enfermedad, para así evitar contaminación cruzada en los consultorios y el riesgo de contagio debido al íntimo contacto con los fluidos de la cavidad oral del paciente y apoyar con el correcto desarrollo de los programas de lucha contra la tuberculosis pulmonar.

La literatura relacionada con la evaluación del conocimiento de tuberculosis es abundante en lo que se refiere al paciente; sin embargo, en cuanto al odontólogo es escasa.

En la presente investigación se tomó muestra a estudiantes de pregrado correspondiente al 3ro, 4to, 5to y 6to año académico del 2016, de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, se planteó determinar la relación entre las variables “conocimiento” y “actitud” sobre la atención estomatológica a pacientes con tuberculosis pulmonar. Obteniéndose como resultado la correlación es positiva y significativa $r_s = 0,623$ ($\text{sig} = 0.000 < 0.050$) entre las variable “Conocimiento” y “Actitud”. Se evidencia que durante los años académicos de los estudiantes les han impartido conocimiento acerca de este tema, empoderado el estudiante, por la comprensión de lo aprendido el estudiante va modificando su modo de pensar y actitud, dejando de lado prejuicios, creencias y temores frente a la atención a este tipo de paciente en el ejercicio de la profesión.

Según los resultados el nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes es bueno (53%), asimismo el (47%) tuvo un nivel de conocimientos regular, no se encontró un nivel de conocimiento malo.

Estos resultados evidencian que el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar es buena. Sin embargo el alumno debe ampliar la información abordada en las aulas para desarrollar las medidas preventivas de control de infección que intentan evitar o por lo menos minimizar la probabilidad de adquirir estas enfermedades en el ámbito laboral.

En los cuatro años académicos se encontró mayoritariamente un nivel de conocimientos regular (3°:64%, 4°: 57.1%, 5°:75.8%, 6°: 66.7%). En relación a los resultados por año académico, se observó en el 5° año obtuvo mejores resultados que el 6° año. Es posible porque los alumnos de 6° año están enfocados en adquirir conocimientos clínicos y no refuerzan el curso de medicina estomatológica e imagenológica así mismo es importante tomar conciencia porque se encuentran en las rotaciones del internado hospitalario en los servicios donde se atiende a estos pacientes con mencionada enfermedad. Los alumnos de 5° año alcanzaron mejores resultados que del 3° y 4 año. Se entiende al tener más años de estudio les proporciona mayor acúmulo de experiencias y de conocimientos en comparación a los alumnos de menor años de estudio.

Por último, se determinó que el nivel de actitud hacia la atención a pacientes con tuberculosis pulmonar fue de aceptación en un 55% y 45% tuvo una actitud de indiferencia y no se encontró actitud de rechazo. Así mismo se encontró actitudes de indiferencia en los cuatro años académicos, casi un 50% del total de alumnos lo que nos llama a reflexionar. La actitud de indiferencia se entiende a la insensibilidad, la anestesia afectiva, la frialdad emocional del alumno hacia el paciente, también resulta la necesidad auto-defensiva de experiencias negativas, el cual lo lleva a mantenerse al margen de la situación. Que solo es el alumno es capaz de entender su actitud indiferente ante estos pacientes.

En el Perú y en el mundo no existen investigaciones donde se evalúe el conocimiento de los estudiantes de pregrado y profesionales de odontología sobre el manejo odontológico de pacientes con tuberculosis pulmonar, en conceptos de historia natural de la enfermedad, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento farmacológico y medidas de prevención.

El nivel de conocimiento de los estudiantes en la dimensión historia natural de la enfermedad de la tuberculosis pulmonar se encontró que (98%) tuvieron un nivel alto.

El nivel de conocimiento de los estudiantes en relación a la dimensión fisiopatología de la tuberculosis pulmonar, se evidencio que mayoritariamente

un (82%) de estudiantes tuvieron un nivel de conocimiento regular. Así mismo coincide con **Guimarães E. y cols. (2008)** presento un trabajo para determinar conocimiento, práctica y factores asociados de los estudiantes de medicina para prevenir la transmisión de la tuberculosis pulmonar en cinco escuelas de medicina, se obtuvo un nivel de conocimiento regular (52,6%) en relación a medio de contagio de la tuberculosis pulmonar.

A diferencia con nuestro resultado **Carvajal y cols. (2013)** quien en su investigación para determinar conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud se encontró mayoritariamente, un nivel de conocimiento bueno (89,5%) en la relación a transmisión de la tuberculosis pulmonar. También muestra una prevalencia similar con la presentada en el estudio por **Figueroa L. (2014)** realizó un estudio orientado a determinar el nivel de conocimiento de los factores de riesgo y prevención primaria de la tuberculosis. Donde se concluye que el nivel es bajo en (33.33%) en relación a factores de riesgo de la tuberculosis pulmonar. Coincide con el estudio de **Wilches E. (2015)** que realizó un estudio orientado a determinar conocimiento, actitud, práctica y educación relacionados con tuberculosis pulmonar donde se obtuvo un nivel bajo (35.2%) en relación identificación de los factores de riesgo de la tuberculosis pulmonar.

El nivel de conocimiento de los estudiantes en la dimensión pruebas de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, se encontró que el (57%) tuvieron un nivel regular. A diferencia **Carvajal y cols. (2013)** quien en su investigación para determinar conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud se encontró mayoritariamente, un nivel bueno (97%) cuándo solicitar un cultivo como medio de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.

El nivel de conocimiento de los estudiantes en la dimensión tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar, se encontró el (37%) tuvieron un nivel bueno, También muestra una prevalencia similar con la presentada en el estudio de **Jara L. (2008)** realizó un estudio orientado a determinar el conocimiento de los odontólogos acerca de la tuberculosis pulmonar y

consecuencias en el control de las infecciones y manejo de estos pacientes, Se obtuvo un nivel bueno el (90%) de la población estudiada conoce los tratamientos de la tuberculosis pulmonar. El (10%) de la población desconoce. A diferencia **Wilches E. (2015)** realizó un estudio orientado a determinar conocimiento, actitud, práctica y educación relacionados a la tuberculosis en estudiantes de último año de la facultad de medicina y odontología. Se obtuvo un nivel bajo, el (1.6%) de los encuestados solo identificó el tratamiento de primera línea para la tuberculosis pulmonar.

El nivel de conocimiento de los estudiantes en la dimensión medidas preventivas para la tuberculosis pulmonar, se encontró que (63%) tuvieron un nivel bueno. Coincide con la investigación de **Jara L. (2008)** realizó un estudio orientado a determinar el conocimiento de los odontólogos acerca de la tuberculosis pulmonar y consecuencias en el control de las infecciones y manejo de estos pacientes, Se obtuvo un nivel bueno el (80%) de los odontólogos han tomado medidas de prevención en su consultorio dental; mientras que el (20%) es indiferente.

El nivel de conocimiento de la variable actitud los estudiantes se encontraron que mayoritariamente el 55% obtuvieron aceptación a la atención y minoritariamente 45% obtuvieron indiferencia de parte de los alumnos frente a la atención a pacientes con tuberculosis pulmonar. A diferencia **Carvajal y cols. (2013)** quien en su investigación para determinar conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores de salud se encontró mayoritariamente actitud de rechazo hacia los pacientes con dicha enfermedad.

VII. CONCLUSIONES

Se determinó que la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el manejo estomatológico en pacientes con tuberculosis pulmonar en los resultados se encontró que existe relación positiva y significativa entre las variables estudiadas, se concluyó que hay correlación entre las variables.

El nivel de conocimiento sobre el manejo estomatológico en pacientes con tuberculosis pulmonar en la muestra de los estudiantes. En los resultados se obtuvo un nivel de conocimientos bueno.

El nivel de conocimiento sobre historia natural de la tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología de la UNMSM 2016 fue (98%) obtuvieron respuesta correcta.

El nivel de conocimiento sobre fisiopatología de la tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología de la UNMSM 2016 fue (92%) obtuvieron un nivel regular.

El nivel de conocimiento sobre pruebas de diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología de la UNMSM 2016 fue (57%) obtuvieron un nivel regular.

El nivel de conocimiento sobre tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología de la UNMSM 2016 fue (37%) obtuvieron un nivel bueno.

El nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología de la UNMSM 2016 fue (63%) obtuvieron un nivel bueno.

Con respecto a determinar el nivel de actitud sobre el manejo estomatológico en pacientes con tuberculosis pulmonar en la muestra de alumnos. En los resultados se obtuvo el nivel de actitud de aceptación.

IX. RECOMENDACIÓN

Se recomienda que se tomen en cuenta los resultados, para que se evalúen y a analice las políticas de mejoras en el plan de estudios sobre la transmisión de enfermedades infecciosas respiratorias.

Elaborar programas de capacitación continua y permanente sobre puntos críticos y adopten procedimientos apropiados para controlar la infección, a todos los alumnos y en especial a los que se encuentren en el internado hospitalario realizando rotaciones en los diferentes servicios.

Promover la elaboración y establecer un protocolo sobre el manejo estomatológico a pacientes con tuberculosis pulmonar.

Buscar estrategias que permitan la aplicación de las competencias para tratar que los alumnos mejoren la disposición y mostrar menos actitud de indiferencia a pacientes con dicha enfermedad.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.-Torres M. Estudio comparativo de los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social [Tesis para optar el título profesional de Lic. En enfermería]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2002.

2.-Campo J, Cano J, Moreno L, Vascones A. Manejo del paciente infeccioso en la consulta dental (Parte II). Hepatitis vírica y tuberculosis. Revista Gaceta Dental. [Internet].2009 [Citado 3 Nov 2016].

Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2009/.../manejo-del-paciente-infeccioso-en-la-consulta-dental->.

3.-Muños A. Bertoluzzi M. Percepción de trabajadores de salud de unidades básica de salud de Sao Paulo Brasil sobre tuberculosis, Artículo de revisión [Internet]. 2009 [Citado 3 Nov 2016]; 27 (2): 19-24.

Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12964/13559->.

4.-Lence A, Aguas S. Rol del odontólogo ante el avance de la tuberculosis. Revista de la Facultad de Odontología (UBA) [Internet]. 2011[citado 3 Nov 2016]; 26 (6): 27-29.

Disponible en: <http://www.odon.uba.ar/revista/pdf/rev61.pdf->.

5.-Wilches E. Knowledge, attitudes, practices and education among students in a faculty of health. Rev. Public health .Cali- Colombia [Internet]. 2016 [Citado 3 Nov 2016]; 18 (1):129-141.

Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-.

6.-Guimarães. E. Knowledge and practices of medical students to prevent tuberculosis transmission in Rio de Janeiro, Brazil. Rev. Panam. Salud pública. Brasil [Internet].2008 [Citado 3 Nov.2016]; 24(4):265-70. Disponible en: [http:// www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-).

7.-Figuerola L. Nivel de conocimiento de los factores de riesgo y prevención primaria de la tuberculosis en estudiantes de tecnología médica en radiología de la facultad de medicina de la UNMSM, 2013. [Tesis para optar el título profesional de Lic. Tecnología médica]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2002.

8.-Jara L. Conocimiento del odontólogo a cerca de la tuberculosis pulmonar y el manejo de estos pacientes en el consultorio dental. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Perú: ULACIT. Facultad de Odontología; 2008.

9 -Naidoo S, Mahommed A. Knowledge, attitudes, behaviour and prevalence of TB infection among dentists in the western Cape. SADJ [internet]. 2002 [citado 4 Nov. 2016]; 57(11):476-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12674868>

10.-Montagna M, Napoli C, Tafuri S, Agodi A, Auxilia F, Casini B. Knowledge about tuberculosis among undergraduate health care students in 15 Italian universities: a cross-sectional study. Research Article BMC Public Health [Internet]. 2014 [Citado 4 Nov 2016] 14; 970. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/970->.

11.-Purushottam A, Giri P, Deepak B, Phalke. Impact of sensitization workshop on knowledge regarding tuberculosis among final year medical students. International Journal of Medicine and Public Health [Internet]. 2013 [Citado 4 Nov. 2016]; 3:100-2. Disponible en: [http:// PA Giri, DB Phalke - International journal of medicine and public..., 2013 - ijmedph.org-](http://PA%20Giri,%20DB%20Phalke%20-%20International%20journal%20of%20medicine%20and%20public%20health%20-%20ijmedph.org-).

12.-Bai L, Xiao S, Xie H, Yang G. Knowledge and practice regarding tuberculosis among final-year medical students in Hunan, China [Internet]. 2003 [Citado 3 Nov. 2016]; 26(8):458-461. Disponible en: <http://www.europepmc.org/abstract/med/14505520>-.

13.-Emili J, Norman G R, Upshur R I, Scott F, John K R, Schumuck M L. Knowledge and practices regarding tuberculosis; a survey of final-year medical students from Canada, India y Uganda. Med Edu [Internet]. 2001 [Citado 3 Nov. 2016]; 35(6): 530-536. Disponible en: <http://www.jemili.com> J Emili, GR Norman, REG Upshur, F Scott... - Medical... 2001

14.-Carvajal R, Valera M, Hoyos P, Angulo E, Duarte C. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la tuberculosis en profesionales de la salud del Valle del Cauca, Colombia 2010. Informe final de investigación. Cali: Secretaría de Salud. Departamental del Valle del Cauca [Internet]. 2011 [Citado 4 Nov. 2016]; 12(3). Disponible en: <http://www.revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/3308>

15.-WHO | Global tuberculosis report 2014 - World Health Organization [Internet] 2014. [Citado 4 Nov.2016]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.

16.-Dirección general de salud de las personas estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis -Lima: Ministerio de Salud; 2006 [Citado 4 Nov. 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe>

17.-Ministerio de Salud- Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, 2015 [Citado 4 Nov. 2016]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe>-.

18.-La tuberculosis en la Región de las Américas. Informe Regional 2012. Ginebra. OMS / OPS.

19.-Vargas W. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria período 2003 – 2007. [Tesis para optar el grado académico de Magíster en Salud Pública]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2012.

20.-Castillo A. Adherencia al tratamiento en los pacientes multidrogo resistentes afectados con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud San Cosme distrito de La Victoria 2014. [Tesis para optar al título profesional de Lic. en Enfermería]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2015

21.-Coronas J, Rogado M, Lozano A, Cabezas M. Tuberculosis e inmigración. Rev. El sevier [Internet]. 2016 [Citado 4 Nov. 2016]; 34(4): 261-9. Disponible en: [http:// www.elsevier.es](http://www.elsevier.es) > Inicio > Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica-.

22.-Suarez C. Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud. 2014. [Tesis para optar al título profesional de Lic. en enfermería].Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2015.

23.-Rojas E. Nivel de conocimiento y grado de cumplimiento de las medidas de bioseguridad en el uso de la protección personal aplicados por el personal de enfermería que labora en la estrategia nacional de control y prevención de la tuberculosis de una red de salud-Callao [Tesis para optar título profesional de Lic. en Enfermería]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2002.

24.-Huaynates A. Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del centro de salud San Luis 2006. [Tesis para optar el título profesional de Lic. en

Enfermería].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2006.

25.-Hidalgo J, Sempere V, Peribáñez E, Pérez J. Development of tuberculosis after a slimming diet. Rev. El servier. 2002 Nov.30 (8)

26.-Quiro L. Análisis ético del consentimiento informado en pacientes tratados por tuberculosis. [Tesis para optar maestría].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2014.

27.-Pinedo C. Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. "Fortaleza": Lima, 2007 [Tesis para optar el título profesional de Lic. en Enfermería].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2008.

28.-Curasma S. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del C.S. Madre Teresa de Calcuta: El Agustino, 2008. [Tesis para optar el título profesional de Lic. en Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2009.

29.-NTS N°101-1 - MINSA/DGSP V.01. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis.

30.-Castillo E. Nivel de conocimiento sobre la atención estomatológica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en internos de odontología de tres universidades de lima- 2014" [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2014.

31.-Cuyubamba N. conocimiento y actitud del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del hospital "Félix Mayorca Soto"

Tarma -2003. [Tesis para optar título de especialista en enfermería intensivista]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2004.

32.-Bazán S. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del autoexamen de mama de estudiantes de enfermería, UNMSM. 2010 [Tesis para optar el título profesional de Lic. en enfermería].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2011.

33.-Grinspan D, Grinspan N, Bozza y Abulafia J. Complejo primario tuberculoso de localización bucal. Argent, Derm; 1961. p. 83-88.

34.-Ceccotti E. Esforza R. Carzoglio J, Luberti R. El diagnóstico en clínica estomatológica. 1ra edición. Buenos Aires. Médica Panamericana; 2007. p. 185-188.

35.-Grau D, Silvestre F, López J. Manejo clínico odontológico de los pacientes con problemas respiratorios. Rev. Odontoestomatologica [Internet].1999 [Citado 3 Nov. 216]; 11: 348-52.

ANEXOS

ANEXO N°1

TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

z: Valor crítico de la distribución normal estándar de 95%: 1.96

p: Respuestas o resultados afirmativos 50%: 0,5

q: Respuestas o resultados negativos 50%: 0,5

e: Error muestral 5%: 0,05

n: Población: 240

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (240)}{(0.05)^2 (240 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$N = \frac{230.496}{1,5579}$$

$$N = 148$$

ANEXO N°2

Tabla N°20

Correlación de Spearman entre la variable conocimiento y componente cognitivo de la actitud

		Componente cognitivo
Conocimiento	Correlación de Spearman	.282**
	Sig. (bilateral)	.001
	N	148

Conclusión

De acuerdo a la tabla mostrada el coeficiente de correlación de Spearman fue $r_s = 0.282$ ($\text{sig} = 0.001 < 0.050$) para el conocimiento y componente cognitivo de la actitud sobre atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología 2016. La correlación es positiva baja y significativa.

Tabla N°21

Correlaciones de las variables conocimiento y componente afectivo de la actitud.

		Componente afectivo
Conocimiento	Correlación de Spearman	.418**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148

Conclusión

De acuerdo a la tabla mostrada el coeficiente de correlación de Spearman fue $r_s = 0.418$ ($\text{sig} = 0.000 < 0.050$) para el conocimiento y componente afectivo de la actitud sobre atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología 2016. La correlación es positiva moderada y significativa.

Tabla N°22

Correlaciones de las variables conocimiento y componente conductual de la actitud

		Componente conductual
Conocimiento	Correlación de Spearman	.418**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	148

Conclusión

De acuerdo a la tabla mostrada el coeficiente de correlación de Spearman fue $r_s = 0.418$ ($\text{sig} = 0.000 < 0.050$) para el conocimiento y componente conductual de la actitud sobre atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología 2016. La correlación es positiva moderada y significativa.



N° Ficha:

Fecha: / /

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA DE
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA,
AÑO 2016.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN “

Yo.....con DNI No.....
mayor de edad, y con domicilio en.....

DECLARO

Que la investigadora Evelyn, Laredo Tantavilca, me ha explicado de manera detallada acerca de los fines del estudio de investigación: “Nivel de conocimiento y actitud sobre atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología, año 2016.”

Entiendo que se realizará: una encuesta de 15 preguntas de conocimiento y 15 de actitud en un tiempo determinado de 10 minutos, sin perjudicar mis horas clases, bajo la presencia del investigador y que puedo solicitar mayor información acerca del estudio si así lo deseo y asimismo puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Así mismo, los datos obtenidos de esta encuesta podrán ser publicados y/o difundidos únicamente con fines científicos, manteniendo en forma anónima los datos de identificación personal.

He comprendido la explicación de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que he solicitado. En cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance de la investigación.

DOY MI CONSENTIMIENTO, para participar en dicho estudio de investigación.

En

Lima,.....de.....de.....

Firma del paciente

Firma investigador

ANEXO N°4

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario tiene como objeto recabar información acerca del nivel de conocimiento sobre atención estomatológica de pacientes con tuberculosis pulmonar en estudiantes de odontología de pregrado de la UNMSM, del año 2016, con el propósito final de mejorar y/o incorporar nuevos contenidos que permitan la formación integral de estudiantes de odontología con sólidos conocimientos sobre esta enfermedad, y a su vez contribuyan a mejorar el desempeño profesional.

El cuestionario es totalmente anónimo con preguntas claras y concisas. Se agradece su gentil colaboración.

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS

-DATOS GENERALES

AÑO ACADEMICO:

GENERO: M F

-CONTENIDO

Marcar la respuesta que Ud. Considere correcta en los enunciados siguientes sobre la tuberculosis pulmonar.

1-La Tuberculosis pulmonar es causada principalmente por:

- a) Bacilo de Koch.
- b) Bacilo Bovis
- c) Bacilo Aviario
- d) Bacilo de Hansen
- e) Ninguna de las anteriores

2.-La principal vía de transmisión de la tuberculosis pulmonar es:

- a) Vía aérea.
- b) Vía hematogena
- c) Vía digestiva
- d) Vía cutánea
- e) Todas las anteriores

3.-Los principales signo(s) y síntoma(s) de la Tuberculosis pulmonar son:

- a) Tos seca o productiva (esputo) más de 15 días.
- b) Pérdida de apetito y peso
- c) Fiebre y sudores nocturnos
- d) Fatiga y debilidad
- e) Todas las anteriores.

4.-Los exámenes complementarios, en el diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar son:

- a) Radiografía de tórax
- b) Baciloscopía directa
- c) Diagnóstico clínico
- d) Cultivo de mycobacterias
- e) Todas las anteriores.

5.-Qué examen debe realizarse el paciente mensualmente, para su control durante el tratamiento?

- a) Radiografía de tórax
- b) Análisis de esputo.
- c) Análisis de sangre
- d) Examen de orina
- e) Todas las anteriores

6.-Los fármacos para la fase inicial en el tratamiento de la Tuberculosis pulmonar son:

- a) Etambutol, Rifampicina, Pirazinamida y Isoniazida.
- b) Etambutol, Rifampicina y Isoniazida
- c) Etambutol, Isoniazida – Capreomicina
- d) Estreptomina- Kanamicina
- e) Todas las anteriores

7.-Los Fármacos para la fase de continuación son:

- a) Estreptomina
- b) Etambutol
- c) Isoniazida y Rifampicina.
- d) Isoniazida
- e) Todas las anteriores

8.-Cuanto tiempo después del uso de los fármacos para tratamiento de la fase inicial se evidencia resolución de los síntomas y el paciente se torna no infeccioso.

- a) 5 meses
- b) 4 meses
- c) 3 meses
- d) 2 meses.
- e) Ninguna de las anteriores

9.- ¿Qué función cumple la fase de continuación en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar?

- a) Resolución de los síntomas
- b) Evitar recidivas
- c) Eliminar Mycobacterias persistentes
- d) Eliminar Mycobacterias persistentes y evitar recidivas.
- e) Ninguna de las anteriores

10.- ¿Cuánto tiempo dura la fase de continuación en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar?

- a) Dura 2 meses de tratamiento.
- b) Dura 5 meses de tratamiento
- c) Dura 4 meses de tratamiento.
- d) Dura 3 meses de tratamiento
- e) Ninguna de las anteriores.

11.-La enfermedad infectocontagiosa de mayor riesgo de contagio para el odontólogo es:

- a) Diabetes mellitus II
- b) Hipertensión arterial
- c) Neumonía
- d) Tuberculosis pulmonar.
- e) Ninguna de las anteriores.

12.-Después del uso de la turbina en la atención estomatológica, el único método aceptable de prevención de infección cruzada es:

- a) Solo desinfección con alcohol al 70%
- b) Lubricación, desinfección con alcohol al 70% superficialmente y esterilización en autoclave por 15min a 135°
- c) Solo lubricación y esterilización en autoclave por 15min a 135°
- d) Solo desinfectante derivado del fenol
- e) Ninguna de las anteriores.

13.-El odontólogo puede contraer la enfermedad durante la atención a un paciente con tuberculosis pulmonar por:

- a) Salpicadura de saliva en el ojo
- b) Herida expuesta del paciente.
- c) Toser, hablar y estornudar del paciente.
- d) Spray de la turbina
- e) Todas las anteriores

14.-En la atención a los pacientes con tuberculosis pulmonar que medidas tomaría para evitar contagiarse.

- a) Guardapolvo, gorra, gafas, respiradores N°95 y guantes.
- b) Uniforme, gorra, guantes y mascarilla.
- c) Gafas, mascarilla y guantes.
- d) Guardapolvo, gafas y mascarilla.
- e) Ninguna de las anteriores

15.- ¿Cuándo el odontólogo puede atender a un paciente con tratamiento de tuberculosis pulmonar sin hemoptisis (expectoración de sangre), sin temor al contagio de la enfermedad?

- a) A partir de la 4ta semanas de tratamiento.
- b) A partir de la 2da semanas de tratamiento
- c) A partir de la 3ra de la semana de tratamiento
- d) A partir de la 8va de la semana de tratamiento.
- e) Ninguna de las anteriores

ANEXO N °5

CUESTIONARIO SOBRE LAS ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS PULMONAR

El presente test, con una escala tipo Lickert, tiene como objeto conocer y determinar cuáles son las actitudes de los estudiantes de odontología hacia la atención de pacientes con tuberculosis pulmonar.

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentan 16 enunciados acompañados de 5 alternativas de respuesta. Usted debe marcar con un aspa (X) uno de los 5 casilleros de acuerdo a su criterio.

CONTENIDO

M.A = Muy de acuerdo

A = De acuerdo

N. A./N. D = Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo

D = Desacuerdo

M.D = En muy en desacuerdo

PREGUNTAS	M.A	A.	N. A./N . D.	D.	M. D.
1.- Es importante conocer las enfermedades infectocontagiosa para la prevención de infección	5	4	3	2	1
2.- Es importante indagar sobre las conductas de riesgo del paciente durante la realización de la historia clínica	5	4	3	2	1
3.- Pertenezco a un grupo profesional con alto riesgo de contagio de TB.	5	4	3	2	1
4.- Temo atender a un paciente con enfermedad de TB ya que es un peligro de contagio para mi salud.	1	2	3	4	5
5.- Trato a todos mis pacientes, como si presentaran la enfermedad de TB.	5	4	3	2	1

6.- Aplico las normas de bioseguridad para evitar contagios de enfermedad TB.	5	4	3	2	1
7.- Me disgusta atender a pacientes con enfermedad de TB ya que aún estoy en proceso de aprendizaje.	1	2	3	4	5
8.- Es necesario adquirir conocimientos y práctica sobre manejo de pacientes con enfermedad de TB.	5	4	3	2	1
9.-Me siento profesionalmente comprometido con pacientes con TB, incluso cuando en la segunda consulta me informa de su enfermedad.	5	4	3	2	1
10.-Temo atender a pacientes con TB, porque otros pacientes se negarían a volver a su consulta.	1	2	3	4	5
11.-Me preocupan los procedimientos necesarios para el control de infección, cuando atiendo a pacientes con TB, puede resultar una carga financiera en el futuro para mi práctica profesional.	1	2	3	4	5
12.-Me preocupa un posible contagio al atender a un paciente con enfermedad de TB, incluso considerando las medidas de barrera de protección	1	2	3	4	5
13.-Evito atender a un paciente que por su aspecto o síntomas se sospecha infectado por el TB.	1	2	3	4	5
14.-Incluso con todas las medidas de bioseguridad, siento temor en la atención odontológica a un paciente con enfermedad de TB que ya no se encuentra en fase de contagio.	1	2	3	4	5
15.-Por mi condición de estudiante, rechazo la atención de pacientes con enfermedad de TB.	1	2	3	4	5
16.-Derivo a un centro especializado a todo paciente con diagnóstico de enfermedad de TB.	1	2	3	4	5

ANEXO N°6

Validación de instrumento

ESCALA DE VALIDACIÓN

Señor C.D. Esp. Luis Augusto Cisneros Zárate

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un x (aspa) en SI o NO en cada criterio según opinión

N	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetos de estudio.	X		
3	La estructura responde a la operacionalización de las variables.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS.....

.....
.....
.....
.....

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
D. LUIS CISNEROS ZARATE
C.O.F. 1080
SET 4 MEDICINA ESTOMATOLÓGICA

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: "RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUDES HACIA TUBERCULOSIS PULMONAR EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE LA UNMSM, 2016."

N°	DIMENSIONES/ ítems	Ciaridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	CONOCIMIENTO SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD Ítem N° 1	X		X		X		
2	CONOCIMIENTO FISIOPATOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Ítem N° 2	X		X		X		
3	Ítem N° 3	X		X		X		
4	CONOCIMIENTO SOBRE PRUEBAS DE DIAGNOSTICO DEL M. TUBERCULOSO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Ítem N° 4	X		X		X		
5	Ítem N° 5	X		X		X		
6	CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Ítem N° 6	X		X		X		
7	Ítem N° 7	X		X		X		
8	Ítem N° 8	X		X		X		
9	Ítem N° 9	X		X		X		
10	Ítem N° 10	X		X		X		
11	CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS Y ATENCION ESTOMATOLOGICA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR Ítem N° 11	X		X		X		
12	Ítem N° 12	X		X		X		
13	Ítem N° 13	X		X		X		
14	Ítem N° 14	X		X		X		
15	Ítem N° 15	X		X		X		

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable [] de 18 de XVU de 2016


Apellidos y nombres del juez evaluador: Cavero Zaida Luz Augusto DNI 08183113

Especialidad del evaluador: Medicina Estomatológica

¹Ciaridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

²Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

³Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.



 UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 Dr. Alfonso Zapate
 C.O.P. 1090
 S.E.P. V MED. NA ESTOMATOLOGICA

ESCALA DE VALIDACION

C.D. Esp. Olinda Huapaya

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un X (aspa) en SI o NO en cada criterio según opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetos de estudio.	X		
3	La estructura responde a la operacionalización de las variables.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO

 Dra. OLINDA HUAPAYA PARICOT
 C.O.P. 3179 R.N.E. 379
 Jefe del Servicio de Cirugía Buco Maxilo Facial

.....
 Firma del Juez Experto

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: "RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUDES HACIA TUBERCULOSIS PULMONAR EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE LA UNMSM, 2016."

N°	DIMENSIONES/Items	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	CONOCIMIENTO SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD							
1	Item N°1	X		X		X		
	CONOCIMIENTO FISIOPATOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR							
2	Item N°2	X		X		X		
3	Item N°3	X		X		X		
	CONOCIMIENTO SOBRE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO DEL M. TUBERCULOSO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR							
4	Item N°4	X		X		X		
5	Item N°5	X		X		X		
	CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO							
6	Item N°6	X		X		X		
7	Item N°7	X		X		X		
8	Item N°8	X		X		X		
9	Item N°9	X		X		X		
10	Item N°10	X		X		X		
	CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS Y ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR							
11	Item N°11	X		X		X		
12	Item N°12	X		X		X		
13	Item N°13	X		X		X		
14	Item N°14	X		X		X		
15	Item N°15		X		X		X	

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable 27.....deNº27.....2016

Apellidos y nombres del juez evaluador:D.Élia Olvera Huaraya Paquirio..... DNI.....06636320.....

Especialidad del evaluador:C.A.U.G.I.P. BUCCO MAXILO FACIAL.....

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 Dra. G.O.P. STY OLIVERA HUARAYA PAQUIRIO, ÉLIA
 Jefe del Servicio de Clínica Bucodentofacial

¹Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
²Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.
³Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

ESCALA DE VALIDACION

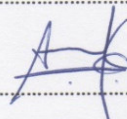
Señor C.D. Esp. Alejandro Cornejo García

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un X (aspa) en SI o NO en cada criterio según opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetos de estudio.	X		
3	La estructura responde a la operacionalización de las variables.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....
.....
.....



.....
Firma del Juez Experto

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: "RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUDES HACIA TUBERCULOSIS PULMONAR EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE LA UNMSM, 2016."

N°	DIMENSIONES/Items	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	CONOCIMIENTO SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD Item N° 1	X		X		X		
2	CONOCIMIENTO FISIOPATOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Item N° 2	X		X		X		
3	Item N° 3	X		X		X		
4	CONOCIMIENTO SOBRE PRUEBAS DE DIAGNOSTICO DEL M. TUBERCULOSO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Item N° 4	X		X		X		
5	Item N° 5	X		X		X		
6	CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Item N° 6	X		X		X		
7	Item N° 7	X		X		X		
8	Item N° 8	X		X		X		
9	Item N° 9	X		X		X		
10	Item N° 10	X		X		X		
11	CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS Y ATENCION ESTOMATOLOGICA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR Item N° 11	X		X		X		
12	Item N° 12	X		X		X		
13	Item N° 13	X		X		X		
14	Item N° 14	X		X		X		
15	Item N° 15	X		X		X		

Opinión de aplicabilidad: Aplicable después de corregir [] No aplicable [] de de 2016

Apellidos y nombres del juez evaluador: GONZALEZ GARCIA, AUGUSTINO DNI. 10494146

Especialidad del evaluador: CIRUGIA BUCA Y MAXILOFACIAL

¹Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

²Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

³Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.



ESCALA DE VALIDACION

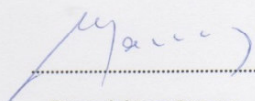
Señor: Dr. Manuel Torres Valladares

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con un X (aspa) en SI o NO en cada criterio según opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetos de estudio.	X		
3	La estructura responde a la operacionalización de las variables.	X		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....
.....
.....


.....
Firma del Juez Experto

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: "RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUDES HACIA TUBERCULOSIS PULMONAR EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE LA UNMSM, 2016."

N°	DIMENSIONES/ ítems	Claridad ¹		Pertinencia ²		Relevancia ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Es importante conocer las enfermedades infectocontagiosa para la prevención de infección	X		X		X		
2	Es importante indagar sobre las conductas de riesgo del paciente durante la realización de la historia clínica	X		X		X		
3	Pertenezco a un grupo profesional con alto riesgo de contagio de TB	X		X		X		
4	Temo atender a un paciente con enfermedad de TB ya que es un peligro de contagio para mi salud.	X		X		X		
5	Me preocupa un posible contagio al atender a un paciente con enfermedad de TB, incluso considerando las medidas de bioseguridad	X		X		X		
6	Me siento tranquilo al atender a un paciente con enfermedad de TB que ya no se encuentra en fase de contagio	X		X		X		
7	Incluso con todas las medidas de bioseguridad, siento temor en la atención odontológica a un paciente con enfermedad de TB que ya no se encuentra en fase de contagio	X		X		X		
8	Me disgusta atender a pacientes con enfermedad de TB ya que aún estoy en proceso de aprendizaje	X		X		X		
9	Es necesario adquirir conocimientos y práctica sobre manejo de pacientes con enfermedad de TB.	X		X		X		
10	Me siento profesionalmente comprometido con pacientes con TB, incluso cuando en la segunda consulta me informa de su enfermedad.	X		X		X		
11	Temo que conociendo la patogenia de la enfermedad de TB, si durante la práctica odontológica me contagio de la enfermedad, no sé si seguiría con la práctica profesional.	X		X		X		
12	Temo atender a pacientes con TB, porque otros pacientes se negarían a volver a su consulta	X		X		X		
13	Me preocupan los procedimientos necesarios para el control de infección, cuando atiendo a pacientes con TB, puede resultar una carga financiera en el futuro para mi práctica profesional.	X		X		X		
14	Trato a todos mis pacientes, como si presentarían la enfermedad de TB.	X		X		X		
15	Evito atender a un paciente que por su aspecto o síntomas se sospecha como infectado por el TB	X		X		X		

16	Aplico las normas de bioseguridad para evitar contagios de enfermedad TB.	X	X	X	X		
17	Por mi condición de estudiante, rechazo la atención de pacientes con enfermedad de TB.	X	X	X	X		
18	Derivo a un centro especializado a todo paciente con diagnóstico de enfermedad de TB	X	X	X	X		

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable 21 de .../.../2016

Apellidos y nombres del juez evaluador: Torres Valls de Torres Manuel DNI: 07642351

Especialidad del evaluador: Dr. En. Toxicología

Manuel Torres V.

*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
 *Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.