



ANEXO No 3
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA ESE
UNIVERSIDAD DEL VALLE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL VERDE CAÑAVERALEJO-ESE LADERA
HOSPITAL JOAQUIN PAZ BORRERO-ESE NORTE

ENCUESTA

Efecto de la coinfección por *Helicobacter pylori* y/o helmintos sobre la respuesta inmune específica a *Mycobacterium tuberculosis* en individuos con infección tuberculosa latente

La Universidad del Valle, desea llevar a cabo un estudio en el que se incluirán adolescentes y adultos de ambos géneros con edades en un rango de 14 a 65 años residentes de la ciudad de Cali, con el objeto de estudiar el efecto de la coinfección por *Helicobacter pylori* y helmintos sobre la respuesta inmune a *M. tuberculosis* en individuos con infección tuberculosa latente.

Las preguntas de este cuestionario pretenden conocer el entorno donde usted vive y algunos aspectos relacionados con su alimentación y su salud. Su participación en el estudio es voluntaria. Si usted decide participar, y más adelante cambia de opinión, puede retirarse del estudio cuando quiera. Recuerde que la información que usted nos proporcione será muy útil para ayudar a otras personas.

Por favor no deje de responder ninguna pregunta. Busque la opción que más se acerque a su realidad. Este es un documento anónimo y la información es confidencial, es decir que nadie conocerá sus respuestas.

De antemano le agradecemos su valiosa participación.

I. DATOS GENERALES

1. Código del estudio:

2. Sexo: F M

3. Fecha de nacimiento: Día: |__||__| Mes: |__||__| Año: |__||__||__||__|

4. Edad (Años cumplidos): |__||__|

5. Dirección de residencia: _____ Teléfono: _____

6.1 Dirección de un familiar: _____ Teléfono: _____

7. Ciudad: _____: Barrio: _____ Estrato: _____

8. Comuna: |__| Número de años en los que ha vivido en la zona: |__||__|

9. Peso (Kgs): |__||__||__| 10. Talla (cms): |__||__||__|

11. Nivel Educativo: Primaria Secundaria Técnico Pregrado

12. Seguridad Social: Contributivo Subsidiado Vinculado No afiliado

13. Servicio que ordenó procedimiento: _____

14. Ocupación actual:

- 1. Empleado
- 2. Trabajador independiente
- 3. Pensionado
- 4. Incapacitado para trabajar
- 5. Desempleado
- 6. Ama de casa

II. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON SU SALUD:

15. Patológicos:

15.1 Cáncer Sí No 15.2 Diabetes Sí No 15.3 Coagulopatía Sí No

15.4 Enfermedad renal crónica Sí No 15.5 Hepatopatía Sí No

15.6 Asma Sí No 15.7 EPOC Sí No 15.8 Cardiopatía Sí No

15.9 Várices esofágicas Sí No 15.10 VIH (+) Sí No

15.11 Tuberculosis Sí No 15.12 Enfermedad Psiquiátrica Sí No

15.11 Otro Cuál: _____

16 Quirúrgicos:

16.1 Gastrectomía parcial o total Sí No

16.2 Cirugía cardíaca: Sí No 16.3 Cirugía estética (<3 meses): Sí No

16.4 Otra cirugía Sí No 16.5 Cuál: _____

17. Farmacológicos:

17.1 Warfarina (Anticoagulante) Sí No 16.2 Aspirina Sí No

16.3 Ibuprofeno – AINE Hace menos de 1 semana: Sí No

Por más de dos días Sí No

16.4 Inmunosupresores (Azatioprina, ciclosporina, micofenolato, corticosteroides, sirolimus)

Sí No

17 Antimicrobianos Sí No

17.1 Macrólidos (Eritromicina, milocamicina, roxitromicina, claritromicina, Josamicina, azitromicina)

17.2 Imidazoles (Clotrimazol, miconazol y ketoconazol) 17.3 Penicilinas

17.4 Cefalosporinas (Cefuroxima, cefamandol, cefonicida, ceforanida, cefoxitina, cefmetazola)

17.5 Tetraciclinas (Metaciclina, doxiciclina, minociclina, limeciclina, rolitetraciclina, tigeciclina)

17.6 Antituberculosos (Isoniazida, etambutol, pirazinamida)

17.7 Metronidazol 17.8 Albendazol 17.9. Mebendazol 17. 11 Praziquantel

17.12 Ivermectina 17.13 Trimetropim 17.14 Antipalúdico (Cloroquina, artemisina, etc)

17.15 Otro Cuál: _____

17.16 Hace Cuánto? Más de 1 mes Hace menos de 1 mes Cuántos días _____

18. Ha recibido tratamiento para una bacteria que se relacione con la gastritis Sí No

18.1 Antiácidos (Milanta, bicarbonato de sodio, hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio)

18.2 IBP (Omeprazol, lansoprazol, esomeprazol, rabeprazol, pantoprazol)

18.3 Antagonista-H₂ (Ranitidina y famotidina, cimetidina, nizatidina)

18.4 Otro Cuál: _____

18. 5 Hace más de 3 meses 18.6 Hace menos de 3 meses

18.7 Por cuánto tiempo: más de una semana 18.8 Menos de 1 semana

III. INFORMACION FAMILIAR & HABITOS DE VIDA

19. ¿Cuántas personas viven en su casa? |__||__|

20. ¿De qué material es la mayor parte del piso de su casa?

20.1 Tierra 20.2 Cemento 20.3 Baldosa 20.4 Madera

21. ¿Cuántos cuartos tiene su vivienda sin contar pasillos, baños y cocina? |__||__|

22. Número de personas por cuarto? |__||__|

23. ¿Cuál es origen del agua que usted toma?

23.1 Acueducto 23.2 Pozo 23.3 Otro Cual? _____ 23.4 No sabe

24. ¿Cómo es el drenaje de su casa?

24.1 Conectado al drenaje de la calle 24.2 Conectado a un pozo séptico

24.3 Desagüe a un río o lago 24.4 No tienen drenaje 24.5 No sabe

25. ¿En su casa tienen?

25.1 Televisor 25.2 Equipo de sonido 25.3 Estufa a gas 25.4 Nevera

25.5 Lavadora 25.6 Vehículo (Moto, carro, camioneta)

27. Ha fumado al menos una vez tabaco o alguno de los productos derivados del tabaco en los últimos 6 meses:

27.1 Si No No recuerda

28. ¿Fuma usted ahora? Si No

29. Está usted expuesto al humo de tabaco proveniente de algún miembro de su familia o compañero de trabajo que fuma: Si No

30. Cuantos días a la semana consume usted alguna bebida alcohólica |__||__|

31. Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor describa la cantidad y tipo de licor (cerveza, aguardiente, ron, whiskey) que consume

31.1 Un vaso pequeño (50 mL) Tipo: _____

31.2 Un vaso mediano (100 mL) Tipo: _____

31.3 Un vaso grande (250 mL) Tipo: _____

31.4 Media botella (350 mL) Tipo: _____

31.5 Botella (700-750 mL) Tipo: _____

32. Realiza actividad física Si No

32.1 Una vez por semana 32.2 >3 veces por semana 32.3 Diariamente 32.4 Nunca

V. HABITOS ALIMENTICIOS

33. ¿Cuál es la frecuencia normal de consumo de los siguientes alimentos o bebidas a la semana?

	Unidad	Alimento	Consumo semanal?	
			SI	NO
33.1	1 vaso	Leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33.2	1 porción	Pan				
33.3	1 porción	Pasta				
33.4	1 porción	Arroz				
33.5	1 porción	Avena, trigo, cereales, maíz				
33.6	1 porción	Carne roja (res ó cerdo)				
33.7	1 porción	Carne salada ó nitrada (res ó cerdo)				
33.8	1 porción	Pollo				
33.9	1 porción	Pescado				
33.10	1 porción	Mariscos (Camarones, ostras, pulpo, caracoles, etc)				
33.11	1 porción	Embutidos (jamón, salchichón, salami, salchichas)				
33.12	1 unidad	Huevo				
33.13	1 porción	Queso				
33.14	1 porción	Granos (frijoles, lentejas, garbanzos, alverja)				
33.15	1 porción	Vegetales (excluya el consumo de plátanos verdes o maduros, papa, yuca u otros tubérculos)?				
33.16	1 unidad	Frutas cítricas (naranjas, toronjas, limones, mandarinas, kiwi, etc)				

34. Cómo considera usted su consumo de sal:

34.1 Bajo 34.2 Moderado 34.3 Alto

35. Cada cuanto adiciona sal a los alimentos que están listos para comer:

35.1 Siempre 35.2 Casi siempre 35.3 Algunas veces 35.4 Nunca

VI. HISTORIAL MEDICO

35. Presencia de cicatriz BCG (Vacuna tuberculosis)

35.1 Si 35.2 No

36. Algún miembro de su familia sufre o ha sufrido de cáncer gástrico:

36.1 Si 36.2 No 36.3 No sabe

Por favor indique el parentesco: _____

37. En este momento sufre usted de algún tipo de enfermedad:

37.1 Si 37.2 No 37.3 No sabe

38. Si la respuesta anterior fue si, por favor indique cual(s)

38.1 _____
38.2 _____
38.3 _____

39. Número de veces que ha visitado al médico en los últimos 5 Años: |__| |__|

40. Razones por las cuales lo ha visitado:

40.1 _____
40.2 _____
40.3 _____
40.4 _____

41. Observaciones:

42. Fecha de la encuesta: Día: |__| |__| Mes: |__| |__| Año: |__| |__| |__| |__|

43. Nombre del encuestador: _____