

mcp

Mecanismo
Coordinador del País

NICARAGUA, compromiso y acción
ante el SIDA, la Malaria y
la Tuberculosis

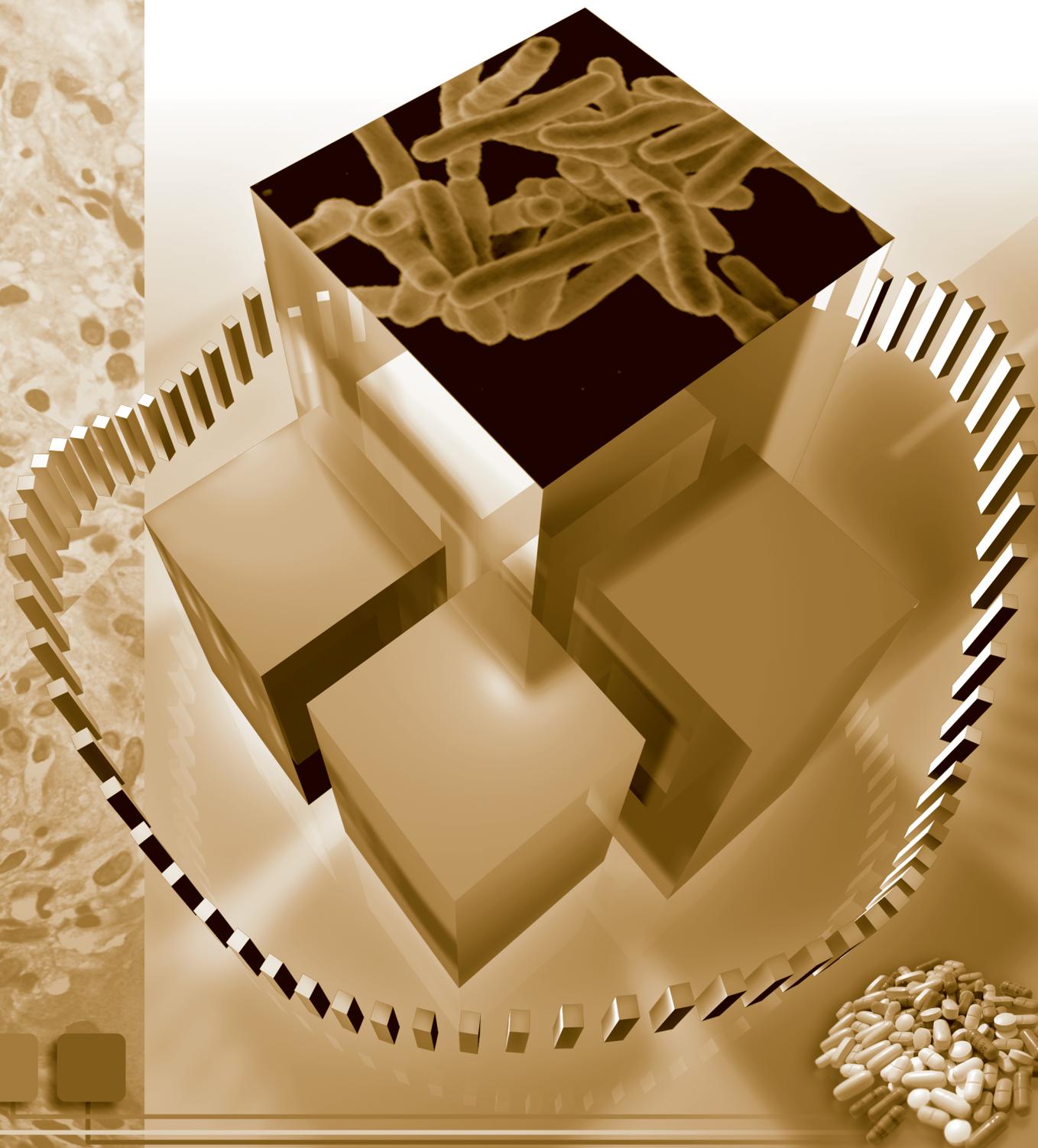


Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo Mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

Resumen de investigaciones realizadas sobre **Tuberculosis** Año 2004



Este documento refleja los resultados de la investigación realizada en el contexto del proyecto "Nicaragua, compromiso y acción ante el Sida, Tuberculosis y Malaria", financiado por El Fondo Mundial para la lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria, bajo los términos del Acuerdo de Subvención n.º NIC-202-G02-T-00. Las opiniones aquí expresadas pertenecen a los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vistas de El Fondo Mundial ni la Federación Red NicaSalud.

Dr. Alejandro Solís
Investigador

Dr. Guillermo Martínez
Investigador

Junta Directiva del Mecanismo Coordinador de País-Nicaragua

Dr. Guillermo González-Ministro de Salud y Presidente, MCP
Dr. Enrique Beteta Acevedo-Coordinador, MCP
Lic. Norman Gutiérrez-Vicepresidente, MCP
Lic. Candelaria Espino-Secretaria, MCP
Lic. Isavel Green-Coordinadora Comité Comunicación y Divulgación, MCP
Dr. Miguel Orozco-Coordinador Comité Ética y Derechos Humanos, MCP
Dr. Reynaldo Aguilar-Coordinador Comité Monitoreo y Evaluación, MCP

N	
616.995	
S687	Solís, Alejandro
	Resumen de investigaciones realizadas sobre Tuberculosis año 2004 / Alejandro Solís, Guillermo Martínez. --1a ed.-- Managua: Mecanismo Coordinador de País-Nicaragua, 2009.
	65 p.
	ISBN : 978-99924-966-2-6
	1. TUBERCULOSIS 2. INVESTIGACIONES

Servicio editorial
PAVSA

Contenido

I. Introducción.....	7
Sección I.....	9
Bibliografía	28
Sección II.....	29
Bibliografía	46
Sección III	47
Bibliografía	65

I. Introducción

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad tan antigua como sus creencias, actitudes y prácticas; data de 5000 años a.C. (Ospina S. 2001) a pesar de los avances en el diagnóstico, tratamiento y prevención, es un mal para el género humano. Para los griegos, conocida como tisis o consumición, era la más diseminada de todos los tiempos y casi siempre fatal (480 a.C.). Según Galeno, era peligroso vivir con un tísico por la alteración que producía en el aire (Sarrel M. 2004).

A mediados del siglo XIX, predominaba la teoría hereditaria de transmisión de la tuberculosis y una incipiente "teoría de contagio". Se pensaba que la madre la transmitía al hijo que amamantaba por una receptividad especial en este acto y no por la proximidad. Los mensajes educativos incluían anuncios que relacionaban la enfermedad con el hecho de haber nacido de padres tísicos (Romero A. 1999).

Con el descubrimiento de la historia natural de la enfermedad y de su agente el *Mycobacterium tuberculosis*, entre otros, realizados por Robert Koch y otros científicos, en la década de los ochenta se iniciaron las campañas de prevención y control, dirigiendo los mensajes a la "guerra contra los espantos" (Romero A. 1999).

Por otra parte, a pesar de contar, desde los 60 (1943-1963), con drogas efectivas y disponibles que integran los esquemas de tratamiento actual, y la presencia de la BCG (utilizada desde 1921); la enfermedad ha seguido diseminándose en todos los estratos de la población, siendo una de las causas de incapacidad y muerte en muchas zonas del mundo (Chin J. 2001).

En el año 2000, ocurrieron 8.3 millones de casos nuevos, de éstos el 80% se dio en 22 países de

alta carga; presentándose 1.9 millones de muertes por tuberculosis (98% en países en desarrollo) y 350,000, debido a la asociación TB/VIH. En el año 2001, de 6 billones de personas en la Tierra, 2 billones (un tercio de la población mundial) fueron infectadas por *Mycobacterium tuberculosis* (Scano F. 2003); se registraron 8.4 millones de casos nuevos y murió la misma cantidad que se registró en 2000. Los pobres y marginados de los países en desarrollo son los más afectados (95%), en estos países ocurren las defunciones por TB (98%) (Sarel M. 2004). Sin embargo, la pobreza, hábito de fumar, adicción al alcohol y malnutrición siguen siendo los principales factores de riesgo, por lo que desde 1993 la OMS declaró que la tuberculosis había adquirido carácter de emergencia mundial.

Para la Organización Mundial de la Salud (2002) "la persistencia de la tuberculosis se debe al descuido de los gobiernos, la pobreza, el crecimiento de la población, la migración y a un ascenso significativo de la enfermedad en las zonas endémicas del VIH" (OMS 2002); esto establece como meta mundial la detección en un 70% de sintomáticos respiratorios y la curación en un 85% de los casos en tratamiento, a fin de lograr una disminución en más del 50% de los casos (mitad la prevalencia de la tuberculosis y mitad de las defunciones) y la eliminación de esta enfermedad como problema de salud pública para el año 2005 (OMS 2002).

En Nicaragua, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) del MINSa inició el tratamiento acortado a partir de 1985 (MINSa 1991). Éste se suministra gratuitamente en todas las redes de atención, con apoyo de organismos y países donantes. Actualmente, en su lucha y control contra la tuberculosis, toma en cuenta al paciente (deseo de curarse e integrarse rápidamente); la

comunidad, el Estado y la sociedad (disminución de casos, riesgo de infestación y muertes), y la necesidad de aumentar la cobertura (implementando actividades continuas, adecuando sus contenidos a los requerimientos de la población) para atender a los pacientes en cualquier unidad de salud del territorio e integrar el PNCT en todas las estructuras del Sistema de Salud, tanto público como privado (MINSa 2004).

Como parte importante de la información, educación y comunicación (IEC), el *Manual del Programa de Control de Tuberculosis* detalla aspectos importantes, tanto al paciente como al personal y a la población (MINSa 2004) con respecto a:

- La comunicación con el paciente para conseguir su cooperación en el tratamiento y lograr su adherencia, inicialmente a través de charlas educativas adecuadas al nivel cultural de éste.
- Los conocimientos sobre signos, síntomas, forma de transmisión, medidas de prevención y tratamiento de la enfermedad que el paciente debe tener, de tal manera que comprenda que sentirse mejor no es estar curado y que el abandono del tratamiento puede traerle complicaciones y muerte; saber que los medicamentos le pueden provocar malestares o reacciones adversas; que va a necesitar exámenes de control y que examinará a sus familiares.
- La necesidad de información que el personal de salud debe tener sobre antecedentes de toma de tratamiento antituberculoso por el paciente, la existencia de otros problemas de salud y la situación socioeconómica y familiar del enfermo.
- Lo importante que debe ser para la población, pacientes y familiares es asistir tempranamente a los servicios de salud cuando tengan por más de tres semanas para solicitar su examen de esputo en cualquier unidad de salud.

- Que la tuberculosis se cura, que es contagiosa y que sin el tratamiento correcto puede morir.
- La erradicación de falsas creencias y lucha contra la estigmatización.

Indica también que se pueden usar medios masivos de comunicación, instituciones, escuelas, institutos, universidades y centros de trabajo. Sin descuidar la educación individual y colectiva, llegar a consultorios públicos o privados, salas de espera, hospitales, entre otros; establecer coordinaciones efectivas con sindicatos, escuelas, empresas, organismos religiosos, organismos no gubernamentales, etc.

Sin embargo, estas actividades han tenido una cobertura limitada debido a:

- El desconocimiento de una orientación nacional que sirva de guía científica para las estrategias de IEC a nivel nacional y que tome en cuenta los componentes antropológicos y culturales.
- El PNCT consume su presupuesto, primero en la compra de medicamentos y frascos recolectores de esputo, segundo en capacitación y tercero en supervisión. Deja escasos recursos para aumentar la cobertura de las actividades de IEC, las cuales están limitadas al paciente y familiares cuando los acompañan. Históricamente, su producción ha estado limitada aun cuando existen recursos externos que apoyan a otros programas como AIEPI, ETV, etc.

El énfasis en apoyar la respuesta de Nicaragua contra la tuberculosis con el diseño e implementación de una estrategia de IEC, se consigue después del apoyo de la UICter, Países Nórdicos, OPS y Fundación Damián, al aprobarse el proyecto "Nicaragua, compromiso y acción ante el VIH-Sida, Tuberculosis y Malaria" de El Fondo Mundial (MINSa 2002). Este proyecto inició con un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en los 36 municipios priorizados por el PCT, de siete SILAIS, cuyos resultados se presentan en este informe.

Sección I

1. "Conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los pacientes, familiares, personal de salud y población en general sobre la tuberculosis, con enfoque antropológico en 36 municipios de siete SILAIS de Nicaragua, 2004"

Objetivos del estudio

Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los pacientes, familiares, personal de salud y población en general sobre tuberculosis, con enfoque antropológico y desde la perspectiva intercultural, en 36 municipios de siete SILAIS priorizados de Nicaragua (Chinandega, Chontales, Jinotega, Managua, Matagalpa, RAAN y RAAS) para 2004.

Objetivos específicos

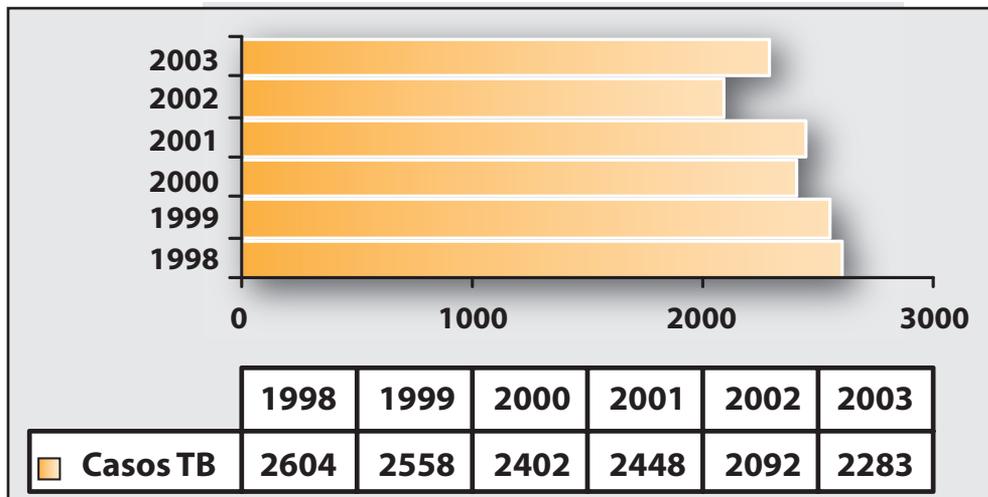
1. Describir las características demográficas, sociales y culturales que tiene la población en general de los 36 municipios, estableciendo las diferencias encontradas entre pueblos indígenas y comunidades autóctonas.
2. Identificar los conocimientos que tiene la muestra de población que estudiará los pacientes ingresados en el programa, sus familiares y el personal de salud de los diferentes pueblos indígenas y autóctonos, acerca de la enfermedad.
3. Determinar las actitudes que tiene la población, pacientes, familiares y el personal de salud con relación a la enfermedad, desde un enfoque multiétnico.
4. Identificar las principales prácticas que tiene la población, pacientes, familiares y el personal de salud con relación a la tuberculosis, según las diferentes etnias.
5. Integrar en los objetivos anteriores los aspectos antropológicos relacionados con la tuberculosis en los SILAIS en estudio.

2. Antecedentes y justificación

En 2002 y 2003, hubo un ligero incremento en los casos nuevos de todas las formas en el Programa de Control de la Tuberculosis de Nicaragua, de 2,092 y 2,283¹, respectivamente; en estos últimos, 61.5% (1,404) fueron diagnosticados por baciloscopia positiva. En 2002, fallecieron entre 80² y 151 pacientes.³

1. Gobierno de Nicaragua. *Informe Anual del Programa de Control de Tuberculosis XIII edición 2003*. Managua, MINSA 2004.
2. MINSA 2004. *Informes Trimestrales del PCT*.
3. Dirección General de Planificación y Sistemas de Información (DGP Y SI).

Comportamiento de la TB: número de casos nuevos reportados para todas las formas en Nicaragua 1998-2003



Fuente: Informes anuales del PCT 1999-2004.

Los pacientes ingresados al tratamiento acortado en 2002 tuvieron un 73.3% de tasa de curación y 8.9% de tratamiento terminado; no se alcanzó la meta de la OPS del 85%, establecida en 2001. Un 56.1% del total de casos nuevos y recaídas fueron hombres.

Para 2003, la tasa estimada de incidencia fue de 24.95 por 100 mil habitantes, incrementándose proporcionalmente con la edad, siendo los SILAIS de mayor riesgo en orden descendente: RAAN, RAAS, Matagalpa, Jinotega y Chinandega (MINSa 2003).

En 2001, se planteó la preocupación internacional por la gestión de los programas, debido a la alta rotación de personal adiestrado, necesidad de mayor adiestramiento, supervisión e información y por las actividades de IEC; así como el desarrollo de mayor cantidad de investigaciones operacionales dirigidas al control de la tuberculosis (Informe de la Segunda Reunión Stop TB en las Américas OPS 2001).

En 2004, el MINSa planteó que para divulgar el programa era necesario realizar una encuesta CAP en la población sobre tuberculosis y efectuar un estudio sobre el abandono (Informe Anual TB MINSa 2004).

Ambos requerimientos pasaron a formar parte de las acciones del proyecto “Nicaragua, compromiso y acción ante el VIH-Sida, Tuberculosis y Malaria”, financiado por El Fondo Mundial. Lo primero, para conocer “la percepción que tiene la población sobre la tuberculosis y en segundo lugar, dirigir los esfuerzos hacia la implementación de una campaña de información y educación, para obtener cambios de comportamiento y mejoramiento de la salud de la población” (MINSa & NicaSalud 2004)⁴

Investigaciones desarrolladas en programas esenciales (Malaria, TB y PAI), en El Viejo y Matagalpa por el CIES;⁵ encontraron en tuberculosis una prevalencia de 1.06% de sintomáticos respiratorios

4. El Ministerio de Salud planteó como necesidad conocer el comportamiento del ser humano, la sociedad y su cultura sobre la enfermedad, las características sociales y culturales de las personas que padecen o no la tuberculosis, cómo viven su problema de salud y cuál era la relación de estos aspectos con la incidencia de la enfermedad, a fin de contribuir y aportar elementos que sean de utilidad al Programa Nacional de Tuberculosis y decidir estrategias de una Campaña Nacional de Educación, Capacitación y Comunicación que sean más eficaces en la prevención y control de la tuberculosis.

5. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud.

de más de 15 días, lo cual se incrementaba con la edad hasta 3.6%. Sólo a un 16.8% de los SR+ 21, el personal de salud le había hablado de la posibilidad de tener TB y 5% de ellos reconocían que eso podría ser tuberculosis. De los SR +2, sólo un 10.6% se realizó pruebas de esputo y de éstos 7 (24%) resultaron BK +, y estuvieron hospitalizados por esto, un 6.5% (González M; Soto B. et al.; 2001).

El proyecto "Utilización del Análisis Operacional para mejorar la integración de los programas contra la tuberculosis en los servicios de salud en América Latina"⁶ identificó las barreras que limitan una adecuada atención, entre ellas, la centralización del programa en el centro de salud, la poca utilización de los puestos, donde la desinformación, patrones culturales y el manejo inadecuado de la información fortalecen el estigma social de esta enfermedad, lo que provoca rechazo de la población y de algunos trabajadores de la salud (Solís A. et al.; 2002).

El componente cultural es un elemento poco estudiado, que está presente en las regiones autónomas, por la presencia de grupos étnicos con conocimientos y grados de entendimiento distintos entre las diferentes culturas, a lo que se le llama interculturalidad (URACCAN 1999).

Los resultados obtenidos de este estudio permitirán establecer lineamientos que sirvan como guías para la estrategia de información, educación y comunicación en el ámbito nacional, útil para promover cambios de comportamiento relacionados con la identificación de los síntomas y tratamiento de la tuberculosis en la población, tomando en cuenta los elementos de la interculturalidad.

3. Diseño metodológico

El estudio se efectuó en Nicaragua, en los 36 municipios de los 7 SILAIS priorizados por el PNCT⁷ (Chinandega, Chontales, Jinotega, Managua, Matagalpa, RAAN y RAAS), en cuatro grupos de estudio durante 16 semanas, se entrevistaron a: 681 pobladores, 201 pacientes nuevos bacilíferos ingresados al programa que aceptaron ser entrevistados, 131 familiares de estos pacientes, sólo si acompañaban al PCT, y siete grupos focales; además de 41 cuestionarios autoadministrados a trabajadores vinculados a la atención de pacientes. Todas las entrevistas se realizaron en español, inglés, mayagna y miskito.

3.1. Población general (CAPS)

La muestra se seleccionó de forma aleatoria y por sorteo, tomando en cuenta el aspecto urbano y periférico o rural y considerando los cuatro puntos cardinales e incidencia de la enfermedad.

3.2. Pacientes nuevos bacilíferos ingresados al programa

Para el estudio, se tomaron sólo los bacilíferos ingresados de enero a abril del mismo año en los 36 municipios, por ser considerados los de más alto riesgo de transmisión e idóneos para ingresar al Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado.

3.3. Estudio en familiares de pacientes nuevos bacilíferos ingresados

Aunque la estrategia fue el muestreo de par, por el personal de enfermería, en la que se escoge a un familiar que acompaña al paciente del PCT, en la práctica, no todos llegaron acompañados.

6. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Escuela de Salud Pública de Nicaragua. Escuela de Salud Pública de la Universidad Libre de Bruselas. Proyecto INCO "Utilización del Análisis Operacional para mejorar la integración de los programas contra la Tuberculosis en los servicios de salud de América Latina". Sistematización de la experiencia nicaragüense en la utilización del Análisis Operacional para mejorar la integración del Programa de Control de la Tuberculosis en los Servicios de salud 1998-2002. Mayo 2002.
7. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

3.4. Estudio cualitativo al personal de salud

Se desarrolló un grupo focal en cada una de las cabeceras departamentales de los 7 SILAIS con la presencia de 8 a 13 personas, guiado por preguntas dirigidas a las actitudes, opiniones y prácticas que pudiesen estar influyendo en un comportamiento particular de los pacientes. Además, 41 cuestionarios autoadministrados para medir exclusivamente los conocimientos relacionados con la tuberculosis y prácticas sobre bioseguridad.

3.5 Prueba y aprobación de los instrumentos

Los 4 instrumentos y propuestas fueron revisados y aprobados por el Comité de Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud del MINSA, el responsable del PNCT a nivel nacional y el equipo de NicaSalud. Éstos son: entrevistas a pobladores, pacientes y familiares, y cuestionarios autoadministrados a trabajadores involucrados. Cada uno de éstos fue validado por expertos en grupos de población, se consideró los aspectos culturales durante las capacitaciones.

3.6 Técnicas usadas para la colecta de datos

La entrevista, por medio de cuestionarios, fue la técnica principal, aplicada por encuestadores a los pobladores, y por las enfermeras del programa a los pacientes y familiares. La entrevista autoadministrada al personal (epidemiólogo, médico del programa, enfermera del programa, laboratorista y la educadora del centro) se efectuó previo consentimiento y coordinación con el epidemiólogo del SILAIS.

3.7. Variables y descriptores. En este estudio se consideraron aspectos relacionados con:

1. Características demográficas, sociales e interculturales de pacientes TB, familiares y pobladores, incluyendo, entre otros aspectos, la edad, sexo, localidad, trabajo, ingreso, número de familias, propiedad, características de la vivienda y hábitos de la población encuestada.

2. Conocimientos de los pacientes, familiares y población, entre otras cosas, sobre la historia natural de la enfermedad, tratamiento, acciones, derechos y deberes de un paciente, y la influencia cultural.
3. Conocimiento que tiene el personal de salud sobre la historia natural de la tuberculosis, coinfección con el VIH, tratamiento, acciones, leyes y normas, y la influencia intercultural, entre otras.
4. Conocimiento del personal de salud sobre bioseguridad, abordando, entre otros aspectos: las normas y protocolos, medidas de protección, control de infecciones, profilaxis, actitudes y conductas, eliminación de material contaminado, notificación, capacitación e influencia cultural.
5. Las actitudes de los pacientes, familiares, personal de salud y población, relacionados, entre otros aspectos, con: la posibilidad de tener un familiar con tuberculosis, estar enfermo, tener que atender a un enfermo, la aceptación o rechazo, el estigma, búsqueda de información, búsqueda de atención, las posibilidades de apoyo y la influencia intercultural.
6. Las prácticas de pacientes, familiares, pobladores y personal de salud, tomando en cuenta, entre otras, la búsqueda de atención, otras alternativas de atención, cuidado del enfermo, automedicación e influencia cultural.
7. Las prácticas del personal de salud con sintomáticos, en el diagnóstico, atención al caso, estudio de contactos, tratamiento, atención humanizada e influencia de la cultura-etnia sobre prácticas para la TB.
8. Las barreras y oportunidades en el acceso de pacientes TB a los servicios de salud, tomando en cuenta, entre otras, las relacionadas con la organización, las del entorno y las culturales.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Los datos cuantitativos recolectados fueron procesados en EpiInfo 3.2 (CDC, 2004), a través de un análisis uni y bivariado. Para descriptores de gru-

pos focales y trabajadores de la salud se hizo, mediante la transcripción de escritos, ordenamiento en matrices primarias y matrices finales interpretativas.

3.9 Aspectos éticos

Se pidió el consentimiento a los entrevistados,⁸ respetando sus valores, culturas, opiniones y creencias y manteniendo en secreto su nombre. En la Costa Atlántica se realizaron en español, inglés, mayagna y miskito, según la etnia a la que perteneciera el entrevistado. Los instrumentos fueron elaborados en español y miskito.

4. Análisis de los resultados

4.1. Análisis de resultados de encuesta CAP en población en general (estudio de hogares): se entrevistaron a 681 personas en igual número de hogares distribuidos de forma proporcional en los 7 SILAIS.

4.1.1. En cuanto a las características demográficas, sociales y culturales de los entrevistados:

74.2% de los entrevistados fueron mujeres, esto podría estar determinado por la cultura social de la población y las limitadas oportunidades de trabajo, lo que provoca que la mayoría de ellas permanezcan más tiempo en sus hogares al cuidado de los hijos y realice labores domésticas dentro o fuera del hogar. La cultura educativa en salud y las probabilidades de tener más información sobre los procesos salud-enfermedad, les ha permitido a las mujeres ser las mejores informantes sobre aspectos de salud en las comunidades, dato que ha sido compartido por diversas encuestas nacionales (INEC & MINSAL 2002; INEC 2003).

Aunque los datos sobre raza y etnias no son demostrativos de peso, con respecto a la población indígena o grupo étnico en Nicaragua, es

importante mencionar que la mayoría fue mestiza (74.9%) y sólo un 11% correspondió a las etnias.

Los miskitos en la RAAN (32.9%) y los creoles en la RAAS (28.3%) ocupan el segundo lugar. Los mayagnas tuvieron mayor presencia en la RAAN (2.1%) que en la RAAS (1.0%). Estas regiones se denominan multiétnicas, multiculturales y multilingües. Según datos censales, los pueblos indígenas están constituidos por los miskitos (8.04%), mayagnas (2.45%), ramas (0.32%) y las comunidades étnicas, entre ellas, los garífunas (0.43%), creoles/negros (0.22) de descendencia afrocaribe y mestizos con características pluriculturales (2.54%) (Hidalgo J. 2004). En Managua, los mestizos son el 100%.

Un 76.2% profesaba algún tipo de religión, siendo la Católica la predominante (52.4%), seguida por la Evangélica (29.8%). En Managua (21.9%) y Jinotega (21.6%) se encontraron los mayores porcentajes de personas sin religión. En la RAAN y RAAS, la religión Morava y la Adventista se encuentran vinculadas a procesos históricos de la colonización inglesa (INEC & MIINSA 2002).

Un deterioro social con altos índices de analfabetismo, medido en dos dimensiones: quienes no sabían leer y quienes no sabían escribir, se da en los municipios prioritarios, siendo más acentuado en Chontales y Matagalpa, donde un tercio de la población no sabe leer ni escribir, le siguen la RAAN y la RAAS, clasificados sus municipios como pobres o de pobreza extrema (INEC 2003), lo cual debe orientar la necesidad de modificar los mensajes escritos educativos y la elaboración de formas gráficas ilustrativas, para intervenciones educativas. El mayor nivel de escolaridad encontrado fue primaria.

El hecho de que sólo un 39.3% goza de trabajo remunerado demuestra la pobreza en las familias (Estudio de pobreza en Nicaragua y Desarrollo Humano). Los mayores porcentajes de trabajo no remunerado se presentaron en la RAAN y RAAS.

8. Comité de Ética del CIES para estudios en población.

4.1.2. En cuanto a las características de la vivienda

Existen avances en la tenencia de viviendas (91.9% son propias), no así en sus condiciones estructurales: con pisos de tierra, poco ventiladas, con hacinamiento, que promueve la promiscuidad y, por ende, la transmisión de enfermedades respiratorias (INEC 2000), debido a que viven de 5 o más personas. Sin embargo, en la RAAN el 65.0% posee vivienda propia y en Jinotega, el porcentaje fue mayor. La mayoría cuenta con ventanas (85.6%), pero 80.1% no tiene la costumbre de abrirlas. Managua tiene el mayor número de viviendas sin ventanas (28%) y presenta el mayor porcentaje de no abrirlas (32.8%). La mayoría tiene piso de ladrillo (56.7%).

El acceso a las unidades de salud limitado por la distancia, ubicación y falta de transporte, esto orienta a que algunas actividades del programa deberían ser descentralizadas. Otras investigaciones (González M. & Soto B., 2000) y el programa mismo al introducir el TAES comunitario lo han planteado como actividad que debe desarrollarse

con apoyo del proyecto de El Fondo Mundial en Nicaragua (MINSA, 2004). El medio más utilizado para trasladarse de la vivienda a la unidad de salud es a pie, los otros medios que se utilizan son el autobús, bicicleta y caballo.

El hábito de fumar estuvo presente en el 13.9% de la población, siendo mayor en la RAAN (37.9%) y RAAS (14.3%), seguido por Managua. El estado civil predominante fueron los casados con 43.2%, seguido por los acompañados (25%) y solteros (25.6%).

4.1.3. Exposición a los medios de comunicación

La cultura de la comunicación por medios masivos muestra a la radio como el principal medio usado por la población, por ser el más barato y de mayor acceso a los miembros de las familias, el cual debe estar presente, indiscutiblemente, en cualquier estrategia educativa. Un 35.4% la escucha todo el día; le sigue la televisión, la cual es vista durante todo el día por un 31.9% de la población y el periódico que sólo es leído por un 27.8%.

	Población expuesta	RAAN	RAAS	Jinotega	Chinandega	Chontales	Managua
Radio	84.2	83.5	84.7			91.8	78.9
Televisión	63.8	39.1	70.6	40.7	84.5		84.4
Periódico	27.8						

En la RAAN, se encontró que la tenencia de radio se relaciona con saber leer (84.8%), ser mestizo (87.5%), ser católico (86.5%) o evangélico (83.3%). En la RAAS, es mayor la tenencia de radios en los creoles (96.4%) y otras religiones existentes como los adventistas, testigos de Jehová y moravos.

4.1.4. Conocimientos acerca de la Tuberculosis

Independientemente de la cultura mestiza del Pacífico o Atlántico o de los grupos étnicos predominantes en las regiones autónomas, la tuberculosis es todavía conocida con la marca o estigma de tisis, peste y tos blanca y se le suele llamar "dañado" al paciente. Que se cura con tratamiento un 57.6%.

	Tuberculosis	Dañado	Enfermedad pulmonar	Kansansan	Resfrío	Tos seca	Tísico	Cáncer de Tuberculosis	Bronconeumonía
RAAN	20.7	8.7	8.7	2.2	2.2				
RAAS	28.4	25.8	4.1			2.8	9.6	1.4	1.4

Un 60.9% afirma conocer qué es la tuberculosis y la refieren como enfermedad contagiosa, tos, pérdida de peso, sangre en el esputo, fiebre, debilidad y otros síntomas, lo cual es compatible con lo establecido en la norma del PCT.

	Todos	RAAN	RAAS	Resto
Conocen la tuberculosis	60.9	58.8	54.5	55.1 y 66.3
No saben cómo se llama la tuberculosis localmente.	43.5	46.7	29.7	

La marca social y familiar de la tuberculosis es grande y percibida como grave (76.8%), pero hay desconocimiento acerca de su transmisión, posibilidades de cura con tratamiento y existe mucho desconocimiento en la población acerca de las acciones que realiza el MINSA y la propia comunidad contra la tuberculosis. El desconocimiento es mayor en los miskitos.

4.1.5. Actitudes ante la Tuberculosis

Hay muchos mitos en todo el país acerca de la transmisión de la tuberculosis, aun en pacientes con tratamiento, por ejemplo: si alguien sospechara de tuberculosis por tener tos de más de 15 días buscaría ayuda en los servicios de salud (92%), pero tendería a aislarse, cuidarse y albergaría un sentimiento de tristeza, decepción o preocupación.

Asimismo, un 96% considera que reaccionaría negativamente, porque le afectaría emocional y físicamente (95%). Emocionalmente, a la familia

le causaría preocupación, tristeza. Físicamente, la podría contagiar y afectar económicamente. El 70% cree que los vecinos no se afectarían. Sólo un 5.8% cree que las costumbres y creencias influyen ante la tuberculosis y un 8.4% no sabría qué hacer.

4.1.6. Prácticas sobre la Tuberculosis

Sin embargo, hay un alto reconocimiento de que la respuesta a la enfermedad está en los centros de salud, en el cuidado de la alimentación y separación del paciente o sus enseres. Estos resultados muestran, en cierta medida, la confianza que tiene la población en el Ministerio de Salud y el personal que les atiende en los PCT.

Ante la sospecha de tener tuberculosis, el 52.5% iría al puesto o centro de salud y el 36.9%, al hospital. Un 89.7% buscaría información en el centro de salud, hospital o médico privado. De hecho, un 49.7% dice que lo ha leído, le han hablado o ha escuchado, principalmente de médicos o en centros de salud, radio o material escrito.

	RAAN	RAAS	Managua	Matagalpa
Hospital	84.2	24.5		
C/S o P/S		62.2	80.9	70.8

Sin embargo, desconocen las prácticas de atención médica, así como las prácticas de los familiares. Sólo reconocen que hay que dar un cuidado especial, alimentación y limpieza de utensilios para

comer y de uso en el hogar. Como cuidado especial, 52.5% considera el aislamiento del enfermo, buena alimentación, separación de utensilios, aseo personal y del hogar.

	RAAN	RAAS	Chinandega
Cuido especial	73.5	59.6	36.1

Sólo un 42% no sabe qué hacer, siendo mayor en Chinandega (67%), pues la consideran una enfermedad grave y adelgazante.

Una reciente evaluación del proyecto calificó al programa como efectivo y de calidad, apreciada por la población (Rojas; Z. et. al., 2004). Sin embargo, los resultados cualitativos concluyen que los trabajadores de salud reconocen que hace falta más divulgación y acciones de promoción y prevención de la enfermedad.

Por ejemplo, un 78.8% considera que a la comunidad se le debe informar lo que dicen los médicos o en la unidad de salud, a través de: charlas y reuniones, radio y televisión, afiches, anuncios u otro material escrito, y reuniones en las redes comunitarias. 77.5% dijo que para informar los mensajes educativos a la comunidad se usen: afiches, folletos, carteles, anuncios, programas televisivos, seminarios, charlas, dibujos; se muestre cómo se previene la enfermedad, cómo se trasmite, cómo se controla, sus síntomas; y se mencione que tiene cura, mostrando al paciente al médico y a la enfermera. Un 22.5% no opinó.

En general, los pobladores no identifican la enfermedad con teorías místicas o religiosas o ambientales, esto hace más difícil el abordaje ante las actitudes de deterioro moral del que son objeto las personas que la padecen y sus familiares. La marca o estigma para la tuberculosis es grande y los programas educativos tienen en esto un reto enorme.

Una oportunidad que se debe aprovechar es la confianza que los pobladores tienen en los recursos de salud que, a su vez, ha sido una desventaja en la ampliación de cobertura de la educación en salud, ya que los agentes comunitarios, prácticamente, no han sido ni capacitados ni orientados a la respuesta comunitaria para la tuberculosis. Los esfuerzos educativos han provenido de los trabajadores de salud en interacción directa con los familiares y el paciente.

Pocas tradiciones se mencionan en cuanto a prácticas que podrían asociarse al apareamiento de la enfermedad, su transmisión o curación. El estudio de "Efectos de El Fondo Mundial en el Sistema de Salud en Nicaragua" concluye que a pesar de la confianza en el MINSA para el tratamiento de la TB, se reconoce como limitada la promoción e información a la población en general, sobre todo por falta de presupuesto para el desarrollo de campañas y programas IEC de mayor cobertura.

4.2. Análisis de resultados de pacientes ingresados a los PCT (CAP)

Se entrevistó a 201 pacientes que asistían a los 36 programas municipales de control de la tuberculosis en siete SILAIS de Nicaragua, considerando la incidencia, principalmente, de los departamentos de Managua y Matagalpa, así como los provenientes de barrios urbanos (Managua, Chinandega, Chontales) y de áreas rurales (Jinotega y la RAAN).

Estos aspectos de residencia en zonas urbanas o rurales de los pacientes se relacionan, también, con las posibilidades de acceso a centros de salud y hospitales, lugares donde el programa está centralizado.

4.2.1. En cuanto a las características demográficas, sociales y culturales de los entrevistados:

El estudio de pacientes nuevos muestra que la tuberculosis con baciloscopía positiva se manifiesta en adultos jóvenes (50.8% entre 20-39 años), en plena edad productiva, superación académica y desarrollo de una familia nuclear; con un leve predominio del sexo femenino (55.8%); no se demuestra una predisposición genética o social de género y tuberculosis, pero es conocido que las mujeres se preocupan más por su salud que los hombres y buscan con mayor prontitud los servicios de salud o aprovechan los controles de sus hijos.

La enfermedad en el adulto joven no debe verse sólo por su afectación biológica, sino también por las alteraciones psicológicas, de desintegración familiar, de ruptura social y económica.

Localidad	Grupos de edad				Sexo			Raza o etnia
	>15a	15 a 19	20 a 39	40 a 59	M	F	Mestizo	Miskito
Jinotega			73.7					
RAAN	21.4	7.1						42.9
RAAS	20.0	20.2	40.0	40.0	20.0	80.0	90.0	

La mayoría de los pacientes con tuberculosis era mestiza, debido a que es el grupo mayoritario en el estudio, al igual que el grupo étnico miskito, 8% del total en la RAAN. El comportamiento en cuanto a la religión es similar al de la población al predominar la religión Católica (55.6) y Evangélica, principalmente en la RAAS, sin ninguna afectación por el estado civil (31.1%). En la RAAN, la religión Católica fue la predominante (60.7%).

El analfabetismo (24.6%) fue mayor en la población en general (18.5%), lo que representa un factor sociocultural que limita la adquisición, apropiación

y reproducción de conocimientos y cambios conductuales en los pacientes, así como el acceso temprano a los servicios de salud. El nivel educativo es un factor importante el desarrollo humano. Su bajo nivel se proyecta en los departamentos pobres y con problemas de acceso a los servicios.

Contribuyen a desarrollar la TB: el tipo de trabajo para las mujeres (doméstico y comercio) y hombres (agricultura, comercio, obrero y otros servicios) que requieren de un alto esfuerzo físico, sumado a una inadecuada alimentación, hacinamiento y otros.

	Jinotega	RAAN	RAAS	Chontales	Managua
Estaban trabajando	78.9	33.3	62.5		
Ingreso - 1000	84.6	57.2	60.0		
Ingreso + de 1000				81.8	77.5

Es igualmente importante señalar que apenas un poco más de la mitad está trabajando (51.5%), que los ingresos, principalmente, por los cónyuges, aportan menos de dos mil córdobas y que un 44.7% aporta menos de un mil córdobas.

La presencia de hábitos no saludables como fumar (11.9%), ingerir alcohol (10.9%) y el uso de otras sustancias o medicamentos estuvieron presente, siendo los primeros factores de riesgo para desarrollar la tuberculosis, a pesar de la atención personalizada que se da a estos pacientes. Tanto el alcohol como el tabaco actúan sobre la mucosa respiratoria y el nivel inmunitario del paciente.

El enfermo de tuberculosis con hábitos no saludables, una carga psicológica y social grande por

la marca (estigma) de ser tuberculoso, no goza de una atención integral, o sea, de una respuesta del sistema ante su enfermedad, la cual no la obtuvo por irresponsabilidad o descuido de su familia, sino por las condiciones que le ha tocado vivir.

Un 73.4% de los pacientes aceptaría que se les brindara el tratamiento en la comunidad de forma supervisada por agentes comunitarios y un 84% aceptaría lo anterior, pero fortalecidos con un alto contenido de ética y capacitados permanentemente por el Ministerio de Salud, principalmente en la RAAN (92.3%) y en la RAAS (100%). Esta estrategia ayudaría a captar más casos nuevos, un diagnóstico precoz, por tanto, un tratamiento oportuno y un mayor porcentaje de curación de pacientes ayudaría a cortar la cadena de transmisión.

4.2.2. Características de la vivienda de pacientes

Al igual que la población en general, los pacientes con tuberculosis viven en condiciones estructurales de las viviendas que favorecen la transmisión de la enfermedad si no estuviese en tratamiento, debido a que viven más de 5 personas (62.8%), en uno o dos cuartos para dormir (66.5%), en casos donde duermen más de 2 personas (53.9%). El piso es de tierra (45.6).

A pesar de las carencias de habitaciones y otras limitantes de las viviendas, los familiares prefieren aislar al enfermo, le hacen un espacio separado del resto de la familia, separan la ropa, enseres y utensilios de uso personal, entre otras prevenciones. Las medidas preventivas, orientadas por el personal del programa de tuberculosis se exageran por los familiares con resultados poco favorables para los pacientes.

4.2.3. Exposición a medios de comunicación

De forma similar a lo encontrado en la población en general, la radio es el medio más usado como cultura de información masiva y de comunicación. Un 83.9% tiene acceso a la radio y la escucha todo el día (23.4%), principalmente en la RAAN (55.16%). En el 56.6% de los hogares hay televisión, siendo más vista por la noche (88.8%) y el periódico es leído por el 25.1%, pero sólo es leído diariamente por un 18.6% y nunca por un 48.9%.

4.2.4. Conocimientos de los pacientes acerca de la tuberculosis

A pesar de que las personas con tuberculosis han tenido contacto sistemático y prolongado con el personal de salud, sus conocimientos acerca de la enfermedad no distan mucho de los de la población en general. El 68.1% dijo conocer qué es la tuberculosis, llamándola bronconeumonía, dañado, enfermedad pulmonar, enfermedad mala, muerte blanca, tisis, tuberculosis y crónica, entre otras.

La gravedad es percibida en mayor grado y la forma de transmisión se exagera a cualquier tipo de contacto. Un 87.7% la considera una enfermedad grave y dicen saber que se pasa (76.9%) de forma:

aérea, saliva, agua, alimento, trastes, al hablar, toser, estornudar, besar, escupir o platicar con un enfermo, o sea, al estar en cualquier tipo de contacto.

Sólo un 60.6% dijo que la transmisión de la enfermedad se evita a través de: el aislamiento, alejarse del enfermo, apartar trastes o utensilios o cualquier contacto, higiene, no bañarse agitado, abrir ventanas, evitar escupir y seguir las orientaciones del MINSA.

Lo que sí es evidente es que la tuberculosis para ellos tiene cura, principalmente por medicamentos (96%), ya que lo están experimentando y por eso conocen un poco más las actividades que realiza el MINSA (52.1%), como brindar tratamiento, atención, apoyo, charlas, exámenes, limpieza, vigilancia y controles, pues lo viven ellos mismos, en su familia; no así lo que se hace en la comunidad (96.9%). El 9.3% conoce que las actividades de la comunidad son mínimas (de limpieza, aislamiento, higiene personal y buscar los servicios de salud).

Los conocimientos, información recibida y atenciones para el cuidado de enfermos de tuberculosis no difieren mucho de la población general, por lo que se deduce que las consejerías en los programas no están logrando el objetivo, ya que el paciente no las asimila, además en su comunidad no hay un seguimiento con relación a la educación de los familiares del paciente.

Sólo un 39.7% conoce las causas de la tuberculosis: descuido, desaseo, desmando, mala alimentación por infección, virus o microorganismo y, sobre todo, hace énfasis en los síntomas de la enfermedad. El 34.4% de los entrevistados opinó que las creencias influyen en el conocimiento de la gente sobre la tuberculosis.

El 61.7% sabe cómo cuidar a un enfermo de tuberculosis. Las atenciones referidas fueron: buena alimentación, higiene, garantizar el medicamento, apoyo emocional, amabilidad y ánimo.

Algunos aspectos expresados no se corresponden con las normas del PCT, por ejemplo, en cómo se transmite (agua, alimentos, trastes...), cómo evitarla

(aislando, apartando trastes y utensilios...), en la causa (desmando, desaseo,...) y cómo cuidar a un enfermo (evitar alimentos, no tener relaciones sexuales...).

4.2.5. Actitudes de pacientes con tuberculosis

Para un paciente, tener tuberculosis no sólo lo afecta biológicamente, sino también en su autoestima, seguridad, salud mental, aislamiento, desprecio y la marca, entre otras manifestaciones. Estas actitudes hacia los enfermos están presentes hasta en ellos mismos y son la principal barrera social para el abordaje integral de la enfermedad, junto con la desinformación. El 97% de los pacientes, cuando se dio cuenta que tenía tuberculosis mostró aflicción, nerviosismo, aislamiento, depresión, miedo, creyó morirse, llanto, susto, temor y decepción.

Las actitudes de solidaridad, cariño y apoyo que los enfermos de tuberculosis expresan que tendrían hacia personas con la enfermedad no son más que el reflejo de lo que carecen en la actualidad, lo que quisieran recibir, pues lo que sienten es todo lo contrario.

Si el afectado fuera un familiar (97%), se afligirían, le darían ánimo, le aconsejarían ir al centro de salud, lo apoyarían moralmente, atendiéndolo, cuidándolo con cariño y comprensión, le dirían que tome tratamiento y se haga sus exámenes. Si fuera un vecino (96%), brindarían consejos para que visite la unidad de salud, se haga exámenes, tome tratamiento, le darían apoyo y ánimo. Muy pocos (3%) le retirarían la visita, evitarían contacto o lo aislarían.

Sin importar la etnia, cultura o color de piel, la geografía o residencia, la reproducción del estigma y segregación, son cosmopolitas las respuestas relacionadas con a la prevención de la enfermedad, expresan las medidas exageradas que tienen los enfermos de tuberculosis, quienes al estar en tratamiento, posiblemente, después de dos semanas ya no son bacilíferos,⁹ algunos, inclusive estando en el programa, desconocen cómo prevenirla (14%).

El 76.7% cree que las personas se le apartarían si supieran que tiene tuberculosis (alejamiento, aflicción, aislamiento, desprecio, marginación, evitarlo, no hablarle, miedo al contagio, asombro, asco, murmuración) y muy pocos le darían apoyo. La reacción del paciente ante la actitud de rechazo (78.6%), sería la aflicción, sensación de aislamiento, abandono, anormalidad, decepción, frustración, depresión, incomodo, triste, rechazado y ofendido. Pocos lo tomarían con indiferencia.

4.2.6. Prácticas de pacientes con tuberculosis

Para evitar la enfermedad, el 78.6% mencionó medidas de aislamiento (dormir aparte, evitar contacto, usar propios trastes), cuidarse, no agitarse, no escupir o toser (taparse) o quemar esputo, recibir orientaciones y tratamiento, explicarle a otros cómo se transmite, haciéndose los exámenes y recibiendo tratamiento.

La mayoría (52.7%) opina que creencias y costumbres, como apartar trastes, bañarse agitado, comer hueso de gallina, un golpe, que animales le jueguen la comida, desnutrición, alcohol, drogas, cáncer, diabetes, comer comida liviana, no tomar frescos, toser, no tener relaciones sexuales y que las oraciones le pueden curar, contribuyen al abandono del tratamiento.

La confianza en los servicios de salud es la principal opción del paciente, aunque no se diferencia mucho del conocimiento de la población en general. Los pacientes han aprendido que el MINSA es la opción de cura y a un tosedor de más de dos semanas le recomendarían ir a la unidad de salud (97%) o que se hiciera exámenes de esputo (25.1%) y tomara tratamiento (2.5%). No hay orientación a la medicina mística, curanderos, automedicación, etc.

Parte del fracaso de las consejerías y de los pobres conocimientos y erróneas actitudes y prácticas de seguridad exagerada de pacientes, puede radicar en el poco contenido educativo que se desarrolla y, posiblemente, en las unidades, la consejería también es escasa. El 70.4% de los pacientes evitan

9. MINSA, Normas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2004.

el contagio, se tapan, separan sus utensilios, entre otros. El 28.5% no hace nada y el 8.9% no sabe qué hacer.

Sin embargo, existe preferencia por buscar información en el personal capacitado, médico o en las unidades de salud, la cual les gustaría fuera principalmente en español (70%), usando radio, televisión, charlas, dibujos, canción, en lenguaje sencillo y claro, a pesar de que un 20.0% refirió no haber oído nada al respecto. En la RAAS y la RAAN, también se prefiere que esta información sea en miskito e inglés.

El rechazo en las unidades y el estigma a que son sometidos por el personal de salud de otros programas (20.7%), en el hogar (35%), por familiares, en la comunidad (12.5%), por amigos y conocidos, el trabajo (10%) y hasta en la iglesia influyen en su abordaje antropológico individual y social. El mayor porcentaje se dio en Jinotega (35.3%).

4.3. Análisis de resultados de familiares de pacientes ingresados a los PCT (CAP)

Fueron estudiados 131 familiares que acompañaron a pacientes con tuberculosis para recibir su tratamiento en el programa a nivel municipal.

4.3.1 En cuanto a las características demográficas, sociales y culturales de los entrevistados:

Presentan características similares a los pacientes, precisamente por ser algunos del mismo hogar o de la misma población. En su mayoría, (59.7%) eran adultos jóvenes (20-39 años), mujeres (71.8%), mestizos (64.9%), con predominio de la religión Católica (52.7%), seguido por la Evangélica (31.3%), la mayoría eran acompañadas (34.4%). 73% sabía leer y escribir, un 26.7% era analfabeta y 45.5 con escolaridad primaria.

Un tercio (38.9%) de los acompañantes trabajan, ya que el 71.8% son mujeres y dependen del ingreso del compañero o esposo (51.7%), lo que refleja la situación de pobreza, no sólo por la situación de la tuberculosis, sino por su acceso, hacinamiento, unidades de salud a más de 5 kilómetros (46.5%) y bajo ingreso, como indicadores de pobreza. Un 38.9% de los familiares estaba trabajando, siendo

un 60.8% amas de casa o afanadoras, aportando económicamente un 58.8% a la familia, pero sobre todo los hombres (51.7%).

4.3.2. Características de la vivienda

La mayoría de los hogares son propios (83.8%), viven más de 6 personas (53.1%), donde existen dos o más cuartos para dormir (76.8%), más de tres personas por cuarto (50%). 83.5% de las viviendas tienen ventana y el 92.4% tiene la costumbre de abrirlas. Éstas se encuentran principalmente a más de 5 km de la unidad de salud, sin embargo, no dicen tener problemas de acceso. Hay menos cuartos para dormir en la RAAS (57%) y Jinotega (50%).

4.3.3. Conocimientos acerca de la tuberculosis

Aunque son familiares de pacientes con tuberculosis favorecidos por la consejería, cerca de la mitad no sabía qué es la tuberculosis, su causa, cómo se transmite, cómo se previene. Esto hace suponer que la consejería no es suficiente como mecanismo educativo para ayudar a la adherencia de cuidados de salud para las personas que cuidan y brindan tratamiento a los pacientes con tuberculosis, o a contrarrestar conocimientos y actitudes de estigma, rechazo y separación de los pacientes en el hogar y comunidad.

Un 53.1% conoce la tuberculosis como enfermedad contagiosa, de los pulmones, curable, mala o peligrosa, con síntomas, de los que sobresalen la tos y la fiebre, y que es mortal si no se recibe tratamiento. Fue menor en la RAAS y Managua. Un 78.5% la considera una enfermedad grave, curable (85%), aunque más bajos en la RAAN (76.1%) y RAAS (85.7%).

Un 59.2% dijo que la enfermedad se transmitía por tos o estornudo (10.2%), aire (11.5%) y saliva (16.6%), por utensilios (34.6%) y el contacto con el paciente (43.5%). Esto último fue mayor en Chinandega (42.8%), Chontales (60%) y Jinotega (66.6%). Dijeron que la enfermedad se evitaba no utilizando los mecanismos de transmisión (46.9%) descritos anteriormente, siendo más bajo este conocimiento en la RAAS (28.6%), Jinotega (30.0%), Chontales (33.3%) y Matagalpa (32%).

Un 53.8% ha leído, le han hablado o ha escuchado sobre la tuberculosis, más en Chontales (88.9%) y la RAAS (87.5%), principalmente en la unidad de salud. Sólo el 43.8% sabe lo que hace el MINSA para controlar la tuberculosis, mencionando sobre todo el tratamiento ofrecido, y apenas un 6.2% tiene conocimiento de lo que hace la comunidad.

El 31.5% asocia como causa de la tuberculosis la desnutrición, mala alimentación, hacinamiento, mala higiene, la situación económica, descuido y sólo el 7.3% al bacilo. Por eso, en el cuidado (46.9%) creen que se debe brindar buena alimentación, apoyo emocional, tratamiento adecuado y el aislamiento, siendo más fuerte en la RAAS (71.4%) y Managua (60%).

Las creencias no parecen estar influyendo en los conocimientos de los familiares acerca de la tuberculosis (77.7%), y como lo refieren pobladores y pacientes. Sólo unos cuantos refieren opiniones erradas como aislamiento y automedicación.

4.3.4. Actitudes sobre la tuberculosis

Si sospechara o padeciera de tuberculosis, buscaría ayuda en una unidad de salud, sin embargo, en Matagalpa el 48% pensaría que debe tomar medicamento. A pesar de esto, un 74.6% reconoce la existencia de personas con tuberculosis en la familia y un 40.8%, en la comunidad. Si alguien estuviera con tos por más de 15 días, recomendarían acudir a la unidad de salud (85.3%), al hospital (16.4%) o al médico privado (6.8%).

El estigma, la separación, rechazo y discriminación nuevamente se mencionan no sólo como actitud supuesta y real, sino también como práctica, la cual está relacionada con conocimientos y creencias erróneas acerca de la enfermedad, su transmisión y prevención. Dijeron que la enfermedad se previene evitando la tos o estornudo, aire y saliva; un porcentaje dijo que se previene no usando utensilios del paciente y evitando el contacto.

La afectación de la tuberculosis sobrepasa el deterioro físico (23.6) y trasciende lo emocional (44.8%), es de impacto económico (28.3%) y de relaciones personales. El 28.5% ha conocido casos

de personas con tuberculosis que han sufrido rechazo, maltrato o discriminación en la unidad de salud (51.7%), en la comunidad (34.4%), en la casa (24.1%), en el trabajo (6.8%) y en la escuela (3.4%). Un 96.9% recibiría apoyo para superar la enfermedad, teniendo en cuenta que les afecta emocionalmente.

Las unidades de salud son las fuentes principales de mensajes acerca de la tuberculosis, y les gustaría que fueran en español y miskito. Un 93.7% prefiere buscar información principalmente en la unidad de salud, lugar donde la han obtenido (57.8%). Un 23.4% no ha recibido información.

4.3.5. Prácticas de los familiares con relación a la tuberculosis

Saben reconocer en su totalidad los síntomas, principalmente la tos, fiebre, cansancio, anorexia, pérdida de peso y dolor torácico, a pesar de eso, sólo un 56.9% se realizó exámenes de esputo; siendo en la RAAN (38.1%) y Chinandega (38.5%) donde menos se lo realizaron. El 86.8% llevó a sus familiares enfermos a centros de salud u hospitales y un 10.9%, al médico privado.

Las prácticas con medicina natural son bajas (11.5%) y no para sustituir el tratamiento antifímico, sino para mejorar algunos síntomas, 10.9% usaron otros medicamentos como vitaminas, antitusivos y acetaminofén. Se ha usado el eucalipto, zacate de limón, manzanilla y hoja de aguacate, entre otras.

Otra práctica, producto de conocimientos erróneos y creencias para evitar el contagio por los familiares, es apartar los trastes y aislar al paciente, además de darle una mejor alimentación.

Los familiares prefieren las charlas en los centros de salud y el uso de medios de comunicación para informar a la comunidad sobre la tuberculosis con mensajes graficados, que muestren síntomas y ofrezcan apoyo. Un 38.4% prefiere que se informe a la comunidad, a través de charlas en las unidades de salud o de medios de comunicación (35.3%).

4.4. Análisis de resultados de trabajadores de los PNCT (CAP)

4.4.1. En cuanto a las características demográficas, sociales y culturales de los entrevistados

Se entrevistaron 41 trabajadores de salud vinculados con el programa de control de la tuberculosis en los 6 SILAIS. El 95.1% vivía en el mismo municipio donde labora y el 80.5% de sus familiares vive con él.

Existe un buen nivel educativo, ya que más de la mitad tenía estudios universitarios (Managua 81.8%), 7.3% estudios técnicos, 31.7% estudios de secundaria y sólo una persona (2.4%) estudios de primaria. Un 80.7% desarrolla actividades vinculadas al programa desde hace más de un año y sólo un 19.3% tenía menos de un año.

En su mayoría, son adultos mayores asignados al PNCT de forma temporal y realizan actividades de su programa o de otros (Inmunización, AIMNA), esto limita la atención adecuada del programa y el seguimiento a pacientes y, probablemente, el conocimiento y práctica de la bioseguridad.

Sólo un 31.7% es exclusivo del programa. Por tanto, no es un personal calificado para el programa, lo cual hace perder la confianza de los pacientes, el seguimiento y la relación entre el personal de salud-paciente, y repercute en el abandono del tratamiento.

4.4.2. Conocimientos del personal sobre tuberculosis

A pesar de que un 61% ha sido capacitado en las normas, esquemas de tratamientos, tomas de muestras y análisis, captación y manejo de pacientes y de éstos, un 54.2% fue hace menos de un año. Debido a la rotación de los trabajadores existe una pérdida de beneficios de la educación continuada.

Muestra de ello es que más de la mitad dio conocimientos incompletos acerca de la tuberculosis, a pesar de que conocen las normas (65.9%) y las consultan (62.2%), no conocen las diferentes formas de tuberculosis y un cuarto de ellos, sistemáticamente, dio respuestas erradas sobre métodos, diagnósticos y tratamiento.

Un 82.9% definió a la tuberculosis, 77% mencionó algunas o todas las formas, 78% dijo algunos o todos los mecanismos de transmisión de la enfermedad (Matagalpa más bajo) y 85% conoce los signos y síntomas de forma correcta (Matagalpa y RAAN un 100%). 41.5% mencionó de forma correcta y completa los métodos diagnósticos tal como lo enuncian las normas y un 31.7% los mencionó de forma correcta, pero incompleta.

El desconocimiento de los esquemas de tratamiento es un hecho que refleja la carencia de educación continuada, monitoreo y autoestudio de los recursos. Por eso, sólo un 34.1% conocía el esquema de tratamiento para casos nuevos de forma completa, retratamiento y el pediátrico.

Fue notoria la diferencia en percepción de los pobladores o pacientes y el personal de salud, con relación a la influencia de las creencias y costumbres de los grupos étnicos en la tuberculosis; mientras el personal de salud dice que los pacientes se van a curanderos, los pacientes y la población opina que es el tratamiento el que cura y se debe ir al centro de salud. Esta situación es menor en Chontales y RAAS, en donde existen grupos étnicos. Puede ser que el tamaño de la muestra magnifique los resultados en cada SILAIS, pero también esta percepción podría estar influenciada por el breve tiempo que se le brinda al paciente con tuberculosis.

4.4.3. Prácticas del personal sobre la tuberculosis

En los programas existe un conocimiento incompleto de las actividades, el 73.2% mencionó todas o algunas de las actividades normadas que realizan con los sintomáticos respiratorios, para hacer un diagnóstico de tuberculosis. 44% de estas prácticas fueron mencionadas de forma completa o incompleta, pero correctas. Managua es el que menos lo hace.

Un 51.2% refirió no participar en los estudios de contacto, 24.4% sí lo hace y un 19.5%, sólo en los casos nuevos de bacilíferos. El estudio de contacto se hace según la referencia de los mismos por BAAR, radiografía, visita al hogar, estudio de menores de 5 años y quimioprofilaxis, examen físico y educación. La falta de viáticos es otra limitante

para el trabajo de terreno. Por ejemplo, no participan en la captación de casos o control de foco por ser de laboratorio, o por ser personal de enfermería, que no se da abasto por atender otros programas.

A pesar de que un 56.1% conoce el TAES y lo aplica (54.1%), sólo un 30% realiza de forma correcta y completa la indicación para el retratamiento (vueltos a tratar, fracasos y recaídas) y de forma correcta, pero incompleta en similar proporción. Managua y la RAAS son los que más conocen y aplican el TAES. En una tercera parte de los programas, el tratamiento es iniciado por enfermería, ante la falta de médicos.

4.4.4. Conocimiento sobre bioseguridad en el personal

Se observa que no existe cultura de bioseguridad ni conocimientos que la promuevan, tampoco se reconocen las conductas que atentan contra ella, a pesar de que el tema es relevante en los programas de tuberculosis y laboratorio, no sólo por la infección per se, sino por la coinfección VIH/TB.

Chontales (60%) y Managua (54.5%), juntos representan el 27.5%; han recibido capacitación y tienen conocimiento de las normas o protocolos de bioseguridad relacionada con la atención del paciente con tuberculosis. Sólo un 26.8% reconoció el riesgo de transmisión del *Mycobacterium*, sin embargo, sabe que puede contraerla.

Un 33.6% conoce las medidas de protección que deben aplicarse en el programa, como el cuidado de instrumentos para evitar la transmisión de la tuberculosis. Estas medidas son nulas en Chontales. Sin embargo, en Matagalpa se informó sobre accidentes ocurridos en ese año por no hacer uso de las medidas de protección.

El 65.9% sabe qué es un material contaminado y 56.1% sabe cómo eliminarlo a través de la incineración (57.1%), el uso de bolsas selladas, la esterilización, el uso de fenol, cloro, u otro desinfectante, el desecho de materiales en sumideros, enterrar los vasos de muestras y cómo cumplir las normas de bioseguridad.

Las precauciones que toman son el lavado de manos, uso de guantes, batas y mascarillas, mantener

limpia y ventilada el área de trabajo, tener poco contacto con el paciente, no hablar mucho o al mismo tiempo que el paciente y no estar muy cerca de éste.

El 80% desconoce la notificación de accidentes o infecciones, debido a problemas de seguridad, y sólo el 46.3% sabe qué pruebas de laboratorio deben realizarse ellos al trabajar en ese programa. Entre estas pruebas está el BAAR, radiografía, BHC y PPD.

Los trabajadores reconocen las pésimas condiciones ambientales en las que laboran, diagnostican, atienden y tratan a los pacientes, así como las limitantes al acceso de materiales y el cumplimiento de medidas de protección. No parece haber monitoreo de bioseguridad en los programas y laboratorios fuera de Managua.

El personal claramente demandó capacitaciones en el tema, mejoramiento de las condiciones de trabajo y medidas de seguridad. El 62.2% quiere conocer todo sobre bioseguridad o específicamente cómo prevenir, protegerse, qué normas, medios y materiales debe usar, cómo manipular el material contaminado, conocer la forma de transmisión de infecciones cruzadas y las medidas de protección a la familia y pacientes.

4.5. Análisis de resultados de percepción de trabajadores de los PCT (grupos focales)

El análisis se abordó desde diversas perspectivas, en torno a las barreras para establecer el diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis.

4.5.1. Las barreras relacionadas con la calidad en el diagnóstico, tratamiento y prevención:

La estabilidad de los recursos, las múltiples tareas que comparten con otros programas, la rotación de los mismos y la falta de medios de transporte, a pesar de los esfuerzos en capacitación dirigidos a los trabajadores de los PCT, muestran siempre una alta demanda en la actualización de conocimientos y necesidad de extender las capacitaciones a gran parte de los recursos de salud, de las unidades operativas.

El poco involucramiento del resto del personal y la centralización del programa ante la escasez de recursos es un problema frecuente y no resuelto, a pesar de que el programa es prioritario. La centralización del diagnóstico en las cabeceras municipales, y los problemas económicos de los pacientes para trasladarse u hospitalizarse son nudos críticos que deben ser considerados en la nueva estrategia del TAES comunitario para brindar atención integral.

4.5.2. Estigmatización por parte del personal de salud

El estigma y el rechazo a los pacientes por el personal de salud es una práctica usual, así como la existencia de cuartos de aislamiento en el tratamiento y finalmente la necesidad de interpretar todas estas limitantes desde la cosmovisión de cada pueblo y su proveedor de servicio.

En la RAAS, las barreras se relacionan con la no realización de diagnósticos en los puestos de salud, la falta de interés del personal de salud y lo extenso del esquema de tratamiento, pero lo principal es el acceso geográfico en la zona y el desconocimiento que tiene la población acerca de los síntomas de la tuberculosis.

En el Pacífico, el estigma se expresa como rechazo y el tabú de presentar actitudes negativas, discriminatorias o pretender que desconocen el manejo de la enfermedad para no atender o negarse a colaborar en la entrega del tratamiento en los turnos, los fines de semana, por el miedo a contraer la enfermedad. La ética y vocación son valores perdidos en la atención, y que forman parte de las diferentes caras de la estigmatización del problema.

En la RAAN, el estigma se expresa con el temor al contagio y las conductas discriminatorias, como marcar los expedientes. Estos actos de estigma provienen principalmente de los médicos. En la RAAS, la principal expresión es el aislamiento en el hospital y el rechazo del personal de salud.

El abordaje de la consejería que el personal de salud debe dar al paciente y a la familia de éste, con respecto a la enfermedad de tuberculosis, incluye no estigmatizar, tomar muestras, dar a

conocer el medicamento y las reacciones adversas que éste provoca, explicar las medidas de prevención para evitar la transmisión; todo esto permite que los trabajadores reconozcan que la tuberculosis va más allá del diagnóstico y de brindar un tratamiento eficaz, ya que requiere una información integral.

Los trabajadores reconocieron que hay factores sobre los cuales no pueden hacer mucho como Ministerio de Salud ni como sociedad civil, como es impactar, a corto plazo, en problemas tales como: la pobreza, alcoholismo, bajo nivel educativo, escaso y errado conocimiento de los pacientes, familiares y población; lo que provoca constantemente un limitado acceso a las unidades de salud, a los sintomáticos respiratorios, a los pacientes y sus familiares. Crean que el programa educativo es débil, que no existe educación masiva por los medios como la radio, que la capacitación hacia ellos es limitada y que disponen de poca bibliografía.

Los sintomáticos respiratorios y pacientes no acuden a la unidad de salud por temor al diagnóstico y al tratamiento, por desconocer que los exámenes son gratuitos y también por la restricción geográfica. El personal de salud percibió que existe "miedo" en el paciente de tener la enfermedad, lo que unido al desconocimiento de la gratuidad de la atención en el programa y al estigma social forman las barreras que influyen en el acceso y retención de los pacientes.

4.5.3 Oportunidades que deben ser aprovechadas para minimizar las barreras existentes

Para disminuir las barreras existentes en el Pacífico, se cuenta con las comisiones de salud local, que han sido creadas con este propósito, además, se pretende: impartir charlas sobre la tuberculosis en las empresas privadas y en las zonas francas. En las unidades de salud, educar y sensibilizar a los médicos en el abordaje de la TB, para que éstos no lo hagan de forma obligatoria, involucrar a los pacientes en brindar información a otros. Que las emergencias en los hospitales brinden el tratamiento los fines de semana a los pacientes e involucrar a todo el personal para dar respuesta a la enfermedad. Otras medidas que se tomarán para

minimizar las barreras existentes son: difundir información en la radio, recalcando que la tuberculosis es curable; aprovechar las jornadas nacionales de salud y las visitas integrales para brindar información al respecto; interesar a los agentes comunitarios y a toda la red. Finalmente, elaborar y colocar afiches con la información pertinente.

En la RAAN y RAAS, además de capacitar a los líderes indígenas de comunidades lejanas, se pretende darles la medicina tradicional para que entiendan mejor la enfermedad y apoyen la búsqueda temprana de los pacientes y su tratamiento oportuno.

4.5.4 Rol que deben jugar los agentes sanitarios tradicionales

Podrían apoyar la captación de SR+14 y sospechosos clínicos, coordinarse con los responsables de los centros de salud, e insertar a los agentes comunitarios y redes existentes, además de apoyar la segunda fase del tratamiento e involucrar en la estrategia a maestros y sacerdotes.

En la RAAN, es importante involucrar a maestros y trabajadores de las radiodifusoras. En la RAAS se debe abordar con cuidado la medicina natural, ya que no hay estudios que apoyen su uso en la tuberculosis.

4.5.5. Medios de comunicación para brindar consejería al paciente y familiares y mecanismos para informar al paciente y comunidad sobre la tuberculosis

Los medios de comunicación podrían utilizarse para brindar consejería en salud, prevención y cuidados a la tuberculosis. El uso de las radiodifusoras locales serviría para entrenar a líderes indígenas, promover la captación y abordar a jóvenes, una función de los trabajadores de los puestos de salud. La televisión es un medio popular en Bluefields y puede ser utilizado para estos fines, además de las cuñas radiales.

En el Pacífico, también se hará uso de los medios de comunicación, mediante cuñas radiales y televisivas; los mensajes podrían ser llamativos, cortos, directos y sencillos. Además, se pretende transmitir estos mensajes a través de charlas en

escuelas, sociodramas y afiches. En estos mensajes deben plasmarse figuras más que palabras, que sean adecuados para niños en edad escolar y que muestren los signos y síntomas de la enfermedad, puedan entenderlos haciendo énfasis en que ésta es curable.

En la RAAN, los mensajes se elaborarán en el idioma correspondiente a la zona, de forma clara y comprensible para todos. Además, se pondrán afiches con información de la enfermedad en las pastorales. En la RAAS, se pretende elaborar mensajes positivos en los que el paciente pueda concebir la enfermedad como curable y no como un castigo.

Los trabajadores de salud perciben que el PNCT no es una prioridad para el MINSA, y que todavía hay debilidades por el personal médico, paramédico y gerencial para sumir que la prevención, captación y curación de los pacientes en una meta para todo el sistema y trabajadores de salud, y no sólo del PCT.

A pesar de esto, no se integran acciones centrales en la lucha contra la tuberculosis y se prioriza el programa madre-niño y la atención secundaria. La tuberculosis no es un tema de las comisiones de salud comunitaria, tampoco se ha promovido hacer valer los derechos de trabajadores infectados, quienes, a veces, pierden hasta el trabajo por limitaciones en los permisos.

La comunidad ha sido sensibilizada como red para apoyar problemas epidémicos o asociados a la mortalidad materna e infantil, pero nunca a la tuberculosis, cuya causa es ahora una condición que impacta en los indicadores hospitalarios, además de ser la principal infección oportunista para el Sida.

En materia de calidad de atención, las evaluaciones se dirigen a los aspectos técnicos de la intervención, pero no al rechazo por los trabajadores en la atención, calidez de la atención y al abordaje cultural. Todavía hay médicos y estudiantes que usan exageradas medidas de protección para atender a pacientes con tuberculosis o que evaden atenderlos, proviniendo la barrera del estigma, maltrato y atención de caridad.

Los materiales educativos sobre tuberculosis son escasos, por no decir nulos, y no se ve integrado el eje de la cultura y la etnicidad en su abordaje. Es una oportunidad para el programa IEC aprovechar el conocimiento que tiene la comunidad de la enfermedad acertada o no, su conocimiento de la interculturalidad o su abordaje con la medicina tradicional.

El rol de la interculturalidad deberá ser abordado desde los ejes de que la enfermedad es reconocida por las diferentes etnias, y que su nombre, forma de transmisión, prevención y estigma es similar entre ellas, que no es tratada por la medicina tradicional. Los mismos pobladores reconocen que deben recibir medicina occidental. Sin embargo, en las regiones autónomas los síntomas respiratorios agudos y crónicos son tratados por la medicina tradicional, por lo que su abordaje debe dirigirse a potenciar la captación y estudio mediante referencia comunitaria de los sintomáticos respiratorios por más de 15 días a las unidades de salud.

5. Conclusiones del estudio

5.1. Características demográficas, sociales y culturales

1. Las características de la población entrevistada mostró, en general, un predominio de mujeres en los hogares en todos los SILAIS.
2. Los mestizos y miskitos son los grupos étnicos predominantes, éstos pertenecen a la religión Católica, Morava y Evangélica, principalmente.
3. El hábito de fumar en la población es de un 13.9%, principalmente en las zonas de multiculturalidad, como la RAAN.
4. La RAAN es el departamento con mayores índices de analfabetismo.
5. Los hogares de los entrevistados favorecen el hacinamiento.
6. En todos los municipios, los centros de salud están accesibles para el tratamiento.
7. La radio es el medio más usado en los hogares en todas las culturas, mientras que

la televisión predomina en Managua, Chinandega y RAAS.

8. El uso de la radio como medio de información es mayor cuando éstos son alfabetos.

5.2. Conocimientos sobre la tuberculosis

1. La tuberculosis es una enfermedad conocida por sus signos en todos los grupos étnicos, pero menos conocida en cuanto a sus mecanismos de transmisión y prevención en la población, los pacientes y sus familiares.
2. En todos los grupos étnicos y entrevistados, a la tuberculosis se le llama con términos que estigmatizan, como tísico, dañado, con peste blanca, y otros alusivos al pulmón.
3. Todavía existen trabajadores de salud que no pueden dar la definición de tuberculosis o dieron respuestas incompletas en cuanto a sus formas, métodos diagnósticos, esquemas de tratamiento y normas de bioseguridad.
4. Los pobladores no aceptan que las creencias influyan en el control de TB, pero se puede observar que en la RAAN hay desconocimiento sobre medidas preventivas y curativas.

5.3. Actitudes ante la tuberculosis

1. Las actitudes negativas de la población, pacientes y familiares hacia la tuberculosis están influenciadas por lo poco que conocen de ésta, independientemente del grupo étnico.
2. La tuberculosis se percibe como la enfermedad que deteriora de forma física y emocional al paciente.
3. Los mensajes educativos deben ser claros, sencillos, positivos, con gráficas y expuestos en lugares diferentes al centro de salud, utilizándose la radio como medio masivo.

5.4. Prácticas en torno a la tuberculosis

1. Sobre las unidades de salud, centros de salud u hospitales y sus recursos recae la

confianza para la atención del paciente. En el hogar se le aísla, separan sus trastes, dan buena alimentación y promueven la toma del medicamento.

2. No se encontraron diferencias entre los grupos, SILAIS o etnias con relación a las prácticas, excepto el acceso al hospital en la RAAS.
3. Las charlas en los centros de salud, los mensajes escritos con figuras y el uso de la radio y TV fueron las recomendaciones más importantes para insertar una estrategia educativa.
4. La radio es el medio más usado en los hogares en todas las culturas, mientras que la televisión predomina en Managua, Chinandega y RAAS.

5.5. Lineamientos para el Programa IEC

1. Desarrollar la estrategia de capacitación sobre las normas de atención y diagnóstico a todos los recursos de salud y niveles, incluyendo calidez, calidad, monitoreo y bioseguridad, lo cual respondería a estandarizar la capacidad técnica y humana para atender a los pacientes con tuberculosis.
2. Las encuestas de satisfacción de pacientes deben ser procedimientos rutinarios del programa, simples y rápidos, que ayuden a tomar decisiones sobre la atención que se otorga.
3. Teniendo en cuenta que la tuberculosis representa un reto social, de calidad humana y técnica, el recurso de salud que se atienda debe tener cualidades que permitan su abordaje.
4. Por su afectación mental y la prevalencia de factores de riesgo como hábitos no saludables, el programa debe integrar para todo caso nuevo una atención nutricional y psicológica, entre otras, que ayuden al paciente a superar su problema de forma integral.
5. El contenido educativo para pacientes y población en general puede ser estándar,

debido al similar nivel de conocimientos que tienen ambos grupos, priorizando su sintomatología, importancia del diagnóstico, adherencia al tratamiento y prevención en su transmisión.

6. La explotación de la red comunitaria como organización de base para incrementar las actividades de promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad, podrían ser lideradas por personas que han padecido la enfermedad y han terminado exitosamente su tratamiento.
7. Especial estrategia debe ser dirigida al mercadeo social en torno al estigma sobre la tuberculosis y el trato humanitario a la persona infectada por esta enfermedad, que es curable. Estandarizar la información sobre tuberculosis, que induzca a la generación de comportamientos y actitudes pro activas en torno a la desmitificación de la enfermedad y la búsqueda oportuna de la atención a la salud comunitaria o institucionales.
8. La radio debe ser considerada como uno de los medios de información sobre la enfermedad, usando las variantes educativas que ella permite y que se detallan en el capítulo de resultados.
9. Al no existir grandes diferencias de género, etnias, religión y ubicación en torno a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la tuberculosis, el programa IEC deberá tener en cuenta más bien en su diseño e implementación, el idioma, el funcionamiento de las redes comunitarias, los pasos previos de organización comunitaria y de autonomía de las etnias y consejos existentes sobre todo en regiones autónomas y el plan de monitoreo y evaluación.
10. El MINSA debe asegurar la seguridad estructural y la bioseguridad de los trabajadores, proveyendo normas y capacitación, incluyendo en los estándares de monitoreo de la calidad de atención.

Bibliografía

- Espinal, M.; Rodríguez, R.; Zacarías, F. *TB/VIH: Manual Clínico para América Latina*. Organización Mundial de la Salud. OMS.
- Estudios Sumo-Mayangna de licenciatura EIB, URACCAN. "Interculturalidad en la Costa Atlántica Nicaragüense". En: *Revista Universitaria del Caribe*. n.º 1. URACCAN, 1999.
- Ministerio de Salud. *Manual del Programa de Control de Tuberculosis*. Managua, Nicaragua MINSA, 2001.
- Ministerio de Salud. *Informe anual del programa de control de la Tuberculosis. XII Edición 2002*. Managua, MINSA, 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. *Informe de la 2da Reunión Stop TB en Las Américas*. Brasilia, OPS/OMS. 27-29 de marzo, 2001.
- Organización Mundial de la Salud. *Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis: Alto a la Tuberculosis*. Ginebra, OMS WHO/CDS/TB/2002.
- Situación de la asociación TB/VIH-Sida en la región de Las Américas*. San Pedro Sula, Honduras. En: www.paho.org Zavala, Taller sobre coinfección TB/VIH Región de las Américas. Agosto, 2003.
- World Health Organization. *Anti-Tuberculosis drug resistance in the world*. Global Project on anti-tuberculosis drug resistance surveillance. Geneva, WHO/IVATLD. 1997.
- World Health Organization. *Strategic Framework to decrease the burden of TB/VIH*. Stop TB Department. Geneva, WHO, 2002.

Sección II

1. "Principales causas de abandono y reacciones adversas en pacientes que ingresaron al Programa de Control de la Tuberculosis (PCT) de 36 municipios prioritarios de 7 SILAIS de Nicaragua"

Objetivo general

Identificar las principales causas de abandono, reacciones adversas y su relación con la adherencia y eficacia del tratamiento en pacientes con tuberculosis, que ingresaron al programa de control de la tuberculosis, entre julio de 2003 a junio de 2004, en 36 municipios prioritarios de los SILAIS Chinandega, Chontales, Matagalpa, Jinotega, Managua, RAAN y RAAS.

Objetivos específicos

1. Identificar los factores de riesgo bio-sociales y causas relacionados con el abandono y adherencia al tratamiento antituberculosis de pacientes que integran la cohorte de estudio.
3. Identificar los factores que incrementan la probabilidad de apareamiento de reacciones adversas o colaterales y las consecuencias en la adherencia al tratamiento antituberculosis de la cohorte evaluada.
2. Identificar la fase del tratamiento con mayor o menor abandono y su relación con la duración de los esquemas de tratamiento, correspondientes a diferentes grupos poblacionales.
4. Conocer las acciones que realiza el personal asignado al PCT, dirigidas a pacientes inasistentes o que abandonan el tratamiento antituberculosis.
5. Valorar el cumplimiento de las acciones epidemiológicas y operativas que desarrollan en los 7 SILAIS evaluados, basándose en el manual del PCT.
6. Conocer los ejes de trabajo de las organizaciones, instituciones u otros actores sociales en apoyo a los PCT en los SILAIS objeto de estudio.

2. Antecedentes y justificaciones

En la evaluación de la cohorte de pacientes ingresados en el año 2003 (1,048 casos), para el tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES-DOTS), la tasa de abandono fue del 10%, fallecidos 5% y la tasa de curación fue del 80%, un 40% más que los no tratados con TAES. En cambio, la evaluación anual de la cohorte de pacientes en retratamiento mostró un 13% de abandono y un 7% de fallecidos.

El abandono a los esquemas de tratamiento sigue siendo un reto del programa y una meta que se debe alcanzar en su disminución, ya que es un eslabón epidemiológico importante, donde el hábito del alcoholismo, historia de abandono a esquema anterior y la distancia al sitio de tratamiento, son factores reportados por estudios anteriores; que unidos con probables reacciones adversas a algunos de los fármacos que integran el esquema de tratamiento son reportados como sus causas. Esta es la razón fundamental que justifica el estudio de causas de abandono y reacciones adversas

de pacientes ingresados al PCT en 7 SILAIS de Nicaragua.

Rodríguez y Santos estudiaron los factores administrativos, técnicos y de pacientes que influían en la eficacia del PCT¹⁰ y, por ende, en el abandono al tratamiento, demostrando que la introducción del esquema acortado tuvo un efecto positivo en los resultados globales del programa en áreas de salud de mayor desarrollo y organización, pero no tuvo el mismo efecto en el abandono, sobre todo con el esquema estándar.

También se encontró que la accesibilidad geográfica y la disponibilidad de recursos humanos es un factor que influye en la continuidad del tratamiento y, por lo tanto, en su resultado final (eficacia interna). Por ejemplo, la revisión de tarjetas mostró que no estaban siendo bien llenadas.

Otros factores predisponentes al abandono fueron el no aceptar la enfermedad, los efectos colaterales, la inaccesibilidad económica y la desconfianza al tratamiento del centro de salud. No se pudo determinar la relación entre el alcoholismo sobre el abandono por haber en la muestra más mujeres que hombres.

En 1991, un estudio de casos y testigos realizado en Managua,¹¹ con relación a los factores asociados al abandono de 1,097 pacientes ingresados al PCT con tuberculosis pulmonar bacilífera, nuevos y de reingreso, mostró que el esquema acortado tuvo un 16% de abandono (17% en área urbana y 15% en rurales) y el estándar un 42% (46% en áreas urbanas y el 36% en áreas rurales). El abandono con el retratamiento se presentó en un 26% (25% en áreas urbanas y 28% en rurales). En los tres esquemas, el 50% de los abandonos ocurrieron en la primera fase.

El abandono en los casos nuevos fue de un 20%, en los vueltos a tratar de un 60%, en las recaídas de 16% y entre los fracasos 10%. El vuelto a tratar tuvo 4.5 veces el riesgo de abandonar que un caso nuevo y 5.8 veces el riesgo de abandonar que un paciente que ingresó por recaída. Se encontró diferencias de riesgo entre los mayores de 35 años, masculinos y de procedencia rural. En los casos nuevos, fue mayor el riesgo de abandono en pacientes con mayor escolaridad, masculinos, los más distantes del centro de salud, en el captado por búsqueda activa, alcohólico, desempleado o empleo inestable y los atendidos por personal con menos capacitación.

Un estudio más reciente y del tipo "casos y testigos", como estudio de tesis sobre los factores asociados al abandono de pacientes nuevos en TAES,¹² reveló que el abandono se asoció al hábito de ingerir licor, drogas y fumar, falta de trabajo, ingresos menores de C\$2,000, 3 ó más dependientes, vivienda no propia, enfermedades, tiempo entre el diagnóstico y el ingreso, y haber recibido menos de 4 evaluaciones.

El análisis de 328 expedientes de pacientes ingresados a los hospitales de Managua durante 1991 y 1992,¹³ reflejó que el abandono hospitalario era un grave problema con cifras del 10.1%, (10.2% para casos nuevos, 5.3% para crónicos, 9.9% para recaídas y 12.5% para vueltos a tratar). Los pacientes con tuberculosis extrapulmonar experimentaron un abandono registrado en 12.5% y las pulmonares en 9.8%. Cuando se instauró un esquema de tratamiento normado por el MINSA, el abandono se registró en un 7.2%, en comparación cuando se utilizó incorrectamente combinación, número y tipo de drogas, diferente a la norma, según el tipo de paciente y forma de tuberculosis que fue del 14.9%.

10. Rodríguez C., Santos J. & Menéndez M. *Estudio de algunos factores administrativos, técnicos y de pacientes que influyen en la eficacia del programa de control de la tuberculosis*. Región III. 1985-1986. Managua, CIES. 1988.
11. Arostegui J., Alonso J. & González M. *Factores asociados al abandono de pacientes al programa de control de tuberculosis*. Managua, CIES. 1991.
12. Mendoza J. *Factores asociados al abandono de pacientes nuevos con tratamiento acortado estrictamente supervisado para la tuberculosis, ingresados al centro de salud Francisco Buitrago Distrito IV de Managua en el período de enero a diciembre de 2003*. Managua CIES. 2004.
13. Pacheco M., Rivera I. & Castillo J.I. *Evaluación de normas del programa de control de la tuberculosis en los hospitales de Managua*. 1991-1992. Managua, CIES.1994.

González y Campos (1998) concluyeron en su estudio sobre factores asociados a la demora diagnóstica y tratamiento de la tuberculosis pulmonar,¹⁴ que el desconocimiento de la población sobre la enfermedad es el principal factor que incide en que el paciente busque ayuda de forma tardía. El principal factor para el retraso del diagnóstico, una vez que el paciente llegó a consulta, es la falta de identificación de sospechosos a partir de la detección y estudio de los SR + 21 días.

En el “manual de normas”, edición 2004, se define como sintomático respiratorio a toda persona con tos productiva y persistente que ha durado más de dos semanas; asimismo, se define la inasistencia como cualquier ausencia del paciente durante el tratamiento menor de un mes; y abandono a cualquiera de los esquemas cuando el paciente no acude a recibir su tratamiento por un período igual o mayor a un mes consecutivo (30 dosis).

3. Diseño metodológico

Se diseñó un estudio de tipo multietápico que parte de un análisis prospectivo tipo cohorte no concurrente, donde la exposición a diversos factores biológicos, tipos de esquemas de tratamiento de

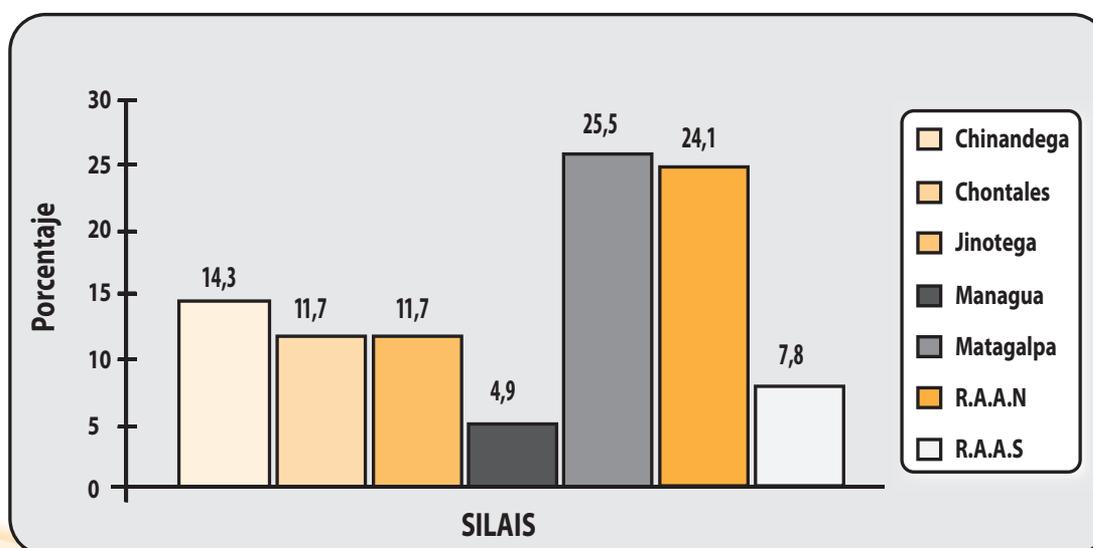
los pacientes, entre otros, fueron analizados para cuantificar su relación con el efecto que se debía medir: inasistencia y abandono.

La primera parte consistió en la revisión de la cohorte de todos los pacientes registrados como ingresos al PCT, entre julio de 2003 y junio de 2004, en los 36 municipios del estudio, clasificando y extrayendo de acuerdo con fuentes secundarias (fuentes secundarias tipo ficha de tratamiento, libro de ingreso y expedientes clínicos) a los abandonos o que tuvieron reacciones adversas (61).

En la siguiente etapa, los 693 pacientes identificados fueron buscados y entrevistados, considerando desde su ingreso hasta su egreso o el estado al momento de visitar la unidad de salud; se reunieron todos estos datos en una ficha con factores de exposición al ingreso y de corte o salida-egreso para valorar el evento de abandono.

Se autoadministraron cuestionarios a 40 trabajadores de salud que atiende el PCT municipal para valorar las acciones que realizan ante los inasistentes y abandono, y se valoró el cumplimiento de las acciones epidemiológicas y operativas (incluyendo construcción de indicadores) de 19 acciones normadas en el “manual y procedimientos del programa de control de tuberculosis. Edición 2004”.

Distribución de la cohorte de estudio julio 2003 – junio 2004 por SILAIS



14. González I. & Campos F. *Factores asociados a la demora en el diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva. Managua, marzo-septiembre de 1997.* Managua, CIES, 1998.

A los informantes claves de los municipios (director, epidemióloga o responsable del programa), mediante entrevista abierta con guía corta, se indagó sobre las organizaciones, instituciones o actores que apoyan la prevención y control de la tuberculosis, sus intervenciones, ejes de trabajo y los diferentes mecanismos de apoyo. Se realizaron entre 1 y 3 entrevistas abiertas por municipio.

3.1 Procedimientos para la colecta de datos, aspectos éticos, procesamiento y análisis de datos

Los instrumentos para la colecta de datos fueron probados en el centro de salud Carlos Rugama de Managua, además de ser sujetos a revisión de expertos y fueron aplicados, previa explicación, y aceptación del paciente, asegurando su anonimato.

Todos los datos de referencia al estudio de abandono y reacciones adversas se procesaron y analizaron por SILAIS en Excel y Epilnfo 3.3, y los resultados se presentan en contraste con cada SILAIS y los indicadores por municipio. Un análisis estadístico especial se realizó con los 693 pacientes, en seguimiento desde su ingreso a su egreso o período de corte del estudio.

Los datos son presentados en frecuencias simples, porcentajes, promedios y uso de análisis bivariados en contraste con SILAIS. Tablas y gráficos son agregados para facilitar la comprensión de resultados comparativos. El contraste de factores y efecto de abandono o reacción adversa, se apoyó en el uso del riesgo relativo para seguimiento de la cohorte. Así bien, la razón de productos cruzados (OR) se usó como medida de probabilidad para análisis transversal de reacciones adversas y abandono de pacientes. También se aplicó Chi cuadrado y valor de $p < 0.05$ como significancia estadística.

4. Análisis de resultados

4.1.1 Característica de pacientes y abandono de tratamiento

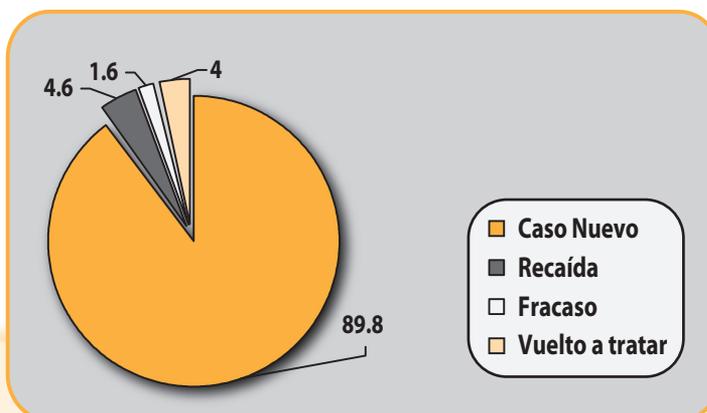
De los 693 pacientes seleccionados, el 18.8% ingresó al PCT en edades menores de 20 años; el 29.3%, entre 20 y 29 años; el 18.5%, entre 30 y 39 años; el 12.3%, entre 40 y 49 años; el 9.4%, entre 50 y 59 años; y el 11.7%, con 60 y más años. Las edades entre 20 y 49 años representaron el 60.1% de la muestra en estudio. El promedio de edad fue de 34.4 años + 18 años y la mediana de 30 años. Los registros identificaron a un 52.2% como hombres.

Se observó que en los grupos de edad avanzadas la frecuencia de hombres es mayor que en el resto de grupos de edad (63.1% entre 50 y 59 años y 63% de 60 años y más).

El 89.7% se registró a su ingreso como casos nuevos, 1.6% como fracasos, 4.6% como recaída y el 4% como vuelto a tratar. Los casos nuevos se presentaron en un 89.5% en los hombres y en un 90% en las mujeres.

La mayoría de los ingresos como casos nuevos se presentaron en las edades extremas, menor de 20 y de 60 a más (más del 90%). Las recaídas se registraron en proporciones mayores entre los grupos de edad después de los 20 años; mientras que los fracasos y vueltos a tratar presentan proporciones variables entre los diferentes grupos de edad.

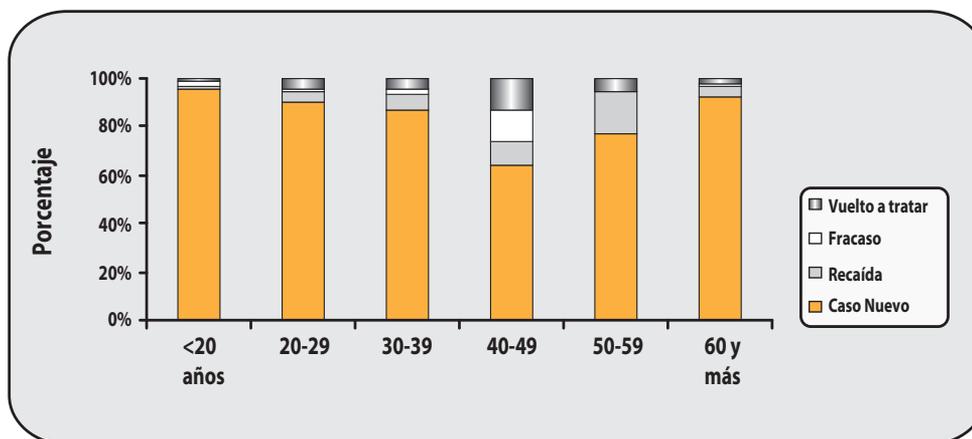
Distribución de las categorías de ingreso de pacientes entre los grupos de edad



Predominaron en esta cohorte la Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopía Positiva (80%), seguida de la Pulmonar Baciloscopía Negativa con un 11.6%; los menores porcentajes se observaron entre la forma extrapulmonar con 6.9% (principalmente

ganglionar y pleural) y forma grave con 1.5%, la cual se registró en los diferentes grupos de edad, excepto en los de 50 a 59 años. Entre las formas graves (10), la TB Miliar (9) fue la más reportada, y entre las extrapulmonares, la ganglionar.

Categoría de pacientes entre las edades



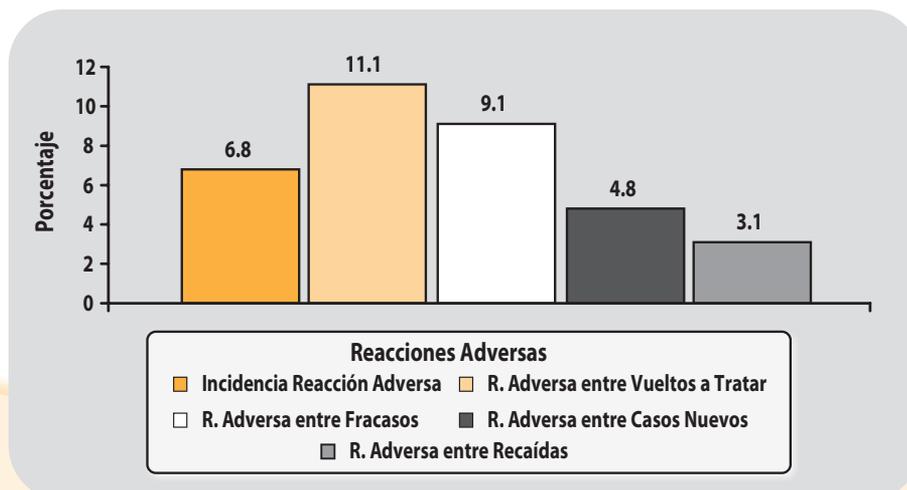
Las formas pulmonares con Baciloscopía Negativa se clasificaron en el libro de registro como casos nuevos en un 89.9%; los "fracasos" como extrapulmonares en el 1.3%; como recaídas, en el 3.8% y como vueltos a tratar el 5.1%.

De los Bacilíferos Pulmonares se registraron 89% casos nuevos, 1.8% fracasos, 5.1% recaída y 4% vuelto a tratar. Casi en similares proporciones que los pulmonares con Baciloscopía Negativa.

4.1.2 Reacciones adversas registradas para pacientes de la cohorte

Se contabilizaron 46 pacientes (6.8%) que sufrieron reacción adversa; registrándose el sexo sólo a 34, de éstos 55.9% fueron mujeres y 44.1% a hombres. En cuanto a la edad, se encontró sólo en 46 registros, observándose ésta principalmente entre las edades de 50 y 59 años (12.7%) y de 60 años y más (17.7%).

Incidencia de reacciones adversas en la cohorte de estudio que ingresaron a Programas Municipales de Control de la Tuberculosis julio 2003 a junio 2004



No hubo reacciones adversas entre las formas extrapulmonares (registrados en fuentes secundarias); sólo en un paciente con forma grave (10%), pero sí se observó en un 7.8% entre los pulmonares negativos y en un 5.1% entre los pulmonares positivos.

Las reacciones adversas fueron más frecuentes entre los vueltos a tratar (11.1%) y los fracasos (9.1%), sin embargo, se registraron en el 7.2% de los que recibieron el acortado, en el 4.2% de los que recibieron el retratamiento y en el 5% del pediátrico. Del total de casos nuevos, las reacciones adversas se anotaron en un 4.8% y entre las recaídas, en un 3.1%.

Del total de registro con reacciones adversas, se identificó que el 17.4% tenía historia de haber sido inasistente, así como en los que no tuvieron reacción adversa la inasistencia al programa fue registrada en las tarjetas de pacientes en un 20.2% de éstas. De forma general, la inasistencia se registró en el 6.1% de las tarjetas de pacientes.

No se encontró mucha evidencia en los 43 pacientes con reacciones adversas y el abandono al PCT (1). Sin embargo, en el 48.5% de los casos se señaló la Diateben o específicamente la Tiacetazona la de mayor registro (76.4%) como la causante. Ocho (79.5%) de 39 pacientes registraron hospitalización por la reacción adversa.

4.1.3 Exposición (BCG y COMBE)

La BCG se registró como dato en un 31.9% de los pacientes y los antecedentes de tuberculosis en la familia o persona cercana en un 44.0%.

Los registros de BCG estuvieron presentes en el 51.1% de las formas extrapulmonares, 33.3% de las formas graves, 36.8% de los pulmonares negativos y en el 28.9% de los pulmonares positivos. En el 36.5% no se encontró registros de antecedentes de BCG en las fuentes secundarias y en el 32% no se encontró que tuviese BCG. El mayor registro de BCG (47.6%) se encontró en los menores de 20 años y va disminuyendo en frecuencia en los otros grupos de edad.

En un 15.2% de los pacientes se encontraron datos de antecedentes de tuberculosis en la familia, en el

44% como negativo y en el 40.8% no se registró. La mayor frecuencia de antecedentes positivos de TB en la familia se dio entre los menores de 20 años (22.8%). Asimismo, los mayores porcentajes de antecedentes de TB en la familia se dieron entre los pulmonares con Baciloscopia Positiva (15.1%) y los pulmonares con Baciloscopia Negativa (19.2%). En las otras formas, los antecedentes de TB positivos se registraron en el 11.1%.

4.1.4 Métodos diagnósticos usados

El esputo para baciloscopia es el método más usado en las formas diagnosticadas como pulmonares baciloscopia positiva (96.3%), pulmonares baciloscopia negativas (62.8%), en el 60% de las formas graves o sólo en el 39.6% de las extrapulmonares, y se anotó en el 87.9% de los ingresos, independientemente de que el resultado fuera positivo o negativo.

La baciloscopia se usó en los casos nuevos en un 87%; en los fracasos, en un 100%; en las recaídas, en el 100% y; en los vueltos a tratar, en el 89.3%. Los otros métodos usados y registrados fueron la PPD (3%), los Rayos X (11.5%), principalmente entre los pacientes con formas graves (50%) y pulmonar negativo (48.7%); la biopsia en el 3.5% (en el 43.8% de los extrapulmonares y casi exclusivos para ellos), el cultivo en el 4.5% y la clínica en el 13.4%.

El cultivo fue usado en el 2.3% del total de casos nuevos, en el 27.3% del total de fracasos, en el 18.8% del total de recaídas y en el 28.6% de vueltos a tratar. La solicitud de drogasensibilidad fue encontrada o registrada en el 7.6% y se encontró anotada que había resistencia en el 3.8%. La prueba para el VIH se orientó (según registros) a la mayoría de pacientes, pero sólo 11 (1.6%) tenían anotado que eran positivos del VIH en la tarjeta o expediente.

Los antecedentes de enfermedades crónicas se registraron como existentes en el 8.2% y tomaba medicamentos por temporadas largas el 5.9%.

4.1.5 Esquemas de tratamiento (inasistencia y abandono)

El tratamiento acortado se otorgó al 84.6% de los pacientes a su ingreso, el pediátrico al 6%

y el retratamiento al 9.4%. La inasistencia al tratamiento fue del 19.7% al dar seguimiento a las fichas de tratamiento. En general, incluyendo los tres esquemas de tratamiento, la inasistencia se dio, sobre todo, en la segunda fase del tratamiento (83.4%).

Para los que ingresaron al acortado se dio más en la segunda fase 64.7%, en cambio, para los que recibieron el esquema pediátrico y retratamiento fue menor (55.6%).

La inasistencia al tratamiento acortado fue del 21% de los inscritos, en el esquema pediátrico el 23.1% y en los que recibían retratamiento el 14.3%.

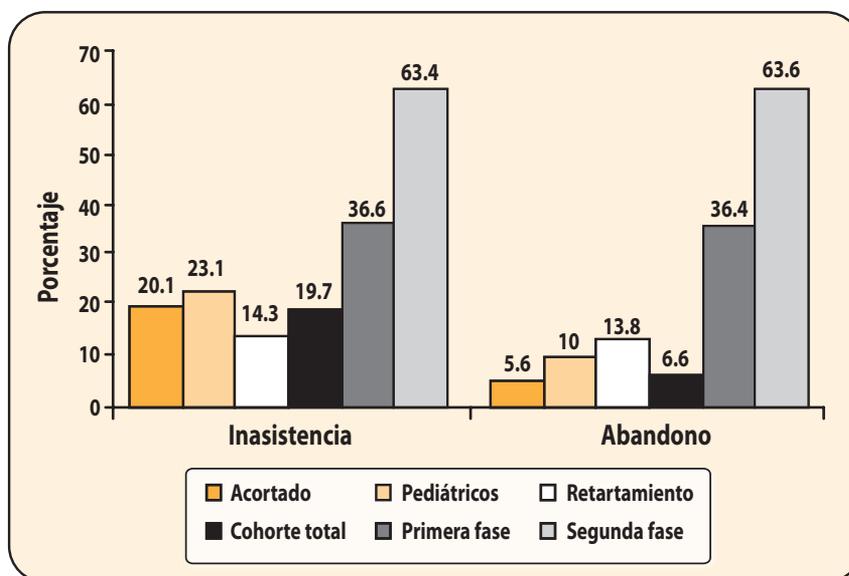
De acuerdo con las normas del PNCT, la inasistencia fue clasificada erróneamente en muchas tarjetas, debido a que acumulan vacíos (excluyendo domingo u otros días autorizados) de 1 a 7 días en el 31.2%, de 8 a 14 días en el 23.4%, de 15 a 30 días

en el 32.8%, y más de 30 días el 12.5%, estas últimas serían abandonos, pero fueron clasificados como inasistentes. El promedio de días de inasistencia fue de 16.3 días DE + 13 días y una mediana de 12 días.

De acuerdo con los registros, se encontró un 6.6% (45) de pacientes (libro de ingreso y fichas de tratamiento) clasificados como abandono, 33.3% lo hicieron en la primera fase y 66.7%, en la segunda. Sin embargo, se encontró clasificado como abandono de pacientes a los 7 días y menos de inasistencia o dosis perdidas (10%), entre 8 y 14 días el 20%, entre 15 y 29 días, el 12.2% y entre 30 y más días de inasistencia el 26.7%.

Según el tipo de paciente, el abandono se da más en la segunda fase en todos los tipos, menos en los vuelto a tratar, en donde los dos pacientes abandonaron.

Porcentaje de inasistencia y abandono de la cohorte estudiada, según esquema de tratamiento y fase de ocurrencia



4.1.6. Registro de control de foco, quimioprofilaxis y educación

En los expedientes y otros registros se encontraron evidencias escritas del personal de salud acerca de las actividades que realizan para prevenir la falta de adherencia al tratamiento. Se encontraron registros que orientan el control de foco en el 75.9%

de los casos nuevos ingresados. La quimioprofilaxis se registró en el 26.3% de contactos de estos casos. Los resultados de la prueba para detección de la infección por el VIH sólo se encontraron en el 4.8% de los ingresos, la visita a pacientes se anotó en el expediente en el 62.5% y la educación (por información o consejería), en el 82.5% de los registros de pacientes revisados.

4.1.7 Factores relacionados con el abandono

Con el fin de realizar el contraste entre los factores biológicos y el abandono, se entrecruzaron la edad, el sexo y la aplicación de BCG, las cuales fueron tomadas como variables de exposición al ingreso al PCT (por tanto, al inicio de la cohorte dinámica, no concurrente). El abandono se identificó producto del seguimiento a los pacientes a través de los registros de libro de ingreso de pacientes, ficha de tratamiento y hojas de evolución de consultas en el expediente clínico, desde su ingreso (partiendo de julio 2003 a junio 2004) al corte del estudio septiembre-diciembre de 2004, según cada SILAIS.

Entre los factores biológicos, se encontró una fuerte asociación entre la edad al momento del ingreso y el abandono. Un paciente de 20 ó más años tiene 15.3% más riesgo de abandonar que el de menor edad. Igualmente, ser hombre tiene 2.4% riesgo de abandonar que ser mujer. No se encontró asociación entre la exposición a un familiar con TB y el abandono, igualmente no lo es la falta de trabajo cuando el paciente ingresó al programa, pero puede descartarse que su pérdida durante la toma de tratamiento pueda serlo.

4.2 Fase, esquema de tratamiento y abandono

Los que se exponen a esquemas de retratamiento tienen 2.37% más abandono que el ingreso a otro esquema de corta duración, ya que involucra una supervisión completa del esquema diario por tres meses en la primera fase y luego tres veces por semana por cinco meses. Mientras que el esquema acordado obliga a la toma supervisada de 60 dosis (2 meses) en la primera fase y seis meses con Diateben no supervisado. El esquema pediátrico es supervisado en los 6 meses de duración, 60 dosis en la primera fase diaria y cuatro meses con toma diaria en la segunda fase.

Los pacientes que incurrieron en inasistencia tienen 2.25% más abandono que los no inasistentes; asimismo, en el abandono mayor en la segunda fase se presentaron 7 de 9 fallecidos. Al igual que otras investigaciones, se observó que los pacientes vueltos a tratar abandonan dos veces más que

los casos nuevos y recaídas. También se notó una débil asociación entre la forma de tuberculosis y el abandono y no se encontró diferencias entre ser o no bacilífero y el abandono.

Tampoco se observó asociación entre malestares registrados de los medicamentos, educación otorgada a los pacientes y registrada en el expediente y el número de familiares que han padecido TB.

Otro hallazgo general, pero curioso, que podría motivar a investigaciones ulteriores se basa en que los pacientes que padecen de enfermedades crónicas tienen 3.32% más abandono que los que no la padecen. El estudio de la cohorte no pudo demostrar entre la generalidad de pacientes, que las reacciones adversas son una causa de abandono, pues su registro no es muy claro, y tuvo que indagarse en varias fuentes para poder estimar su número.

La misma situación existe con saber si la ausencia de visitas durante la estadía en el programa a los pacientes se encuentra asociada al abandono, por lo poco sistemático y disperso de los registros. Por tal razón, este estudio no puede mostrar relación entre las visitas a pacientes y el abandono, debido a la calidad de los registros.

Un hecho importante es que un paciente ingresado en el PCT de Managua abandona 5.56% veces más que en los de otros departamentos cuya causa no pasa de hipótesis como problemas con el acceso funcional, la confianza en los servicios y otros, esta información puede estar reflejada en fuentes secundarias y podría ser probada en otros estudios, ya que Managua presenta la mejor accesibilidad geográfica que el resto de departamentos del país.

4.3 Entrevista a pacientes que abandonaron o padecieron reacción adversa

Fueron entrevistados 61 pacientes que aceptaron ser entrevistados. De estos pacientes, 17 (27.9%) fueron estudiados sólo por haber tenido una reacción adversa; 29 (47.5%), por su condición de abandono y 15 pacientes (24.6%) presentaron ambas condiciones. El mayor número de pacientes estudia-

dos por estas condiciones fueron 23 de Managua (37.7%) y el menor, la RAAN con 1 (1.6%).

4.3.1 Factores bio-sociales y abandono

El 11.7% (7) de los pacientes tenía edades menores de 20 años, el 40.0% (24) entre 20 y 39 años; el 38.3% (23), entre 30 y 59 años y; el 10.0% (6), 60 y

más años. El mayor porcentaje de abandono se presentó en el grupo de los menores de 20 años (71.4%) y en menor proporción entre los ancianos (16.7%); las reacciones adversas fueron más frecuentes en las edades de 50 a más años (50%). La coexistencia de las condiciones de "reacción adversa-abandono" fue nula en menores de 20 años.

Edad de pacientes según su condición de abandono, reacción adversa y coexistencia de ambas

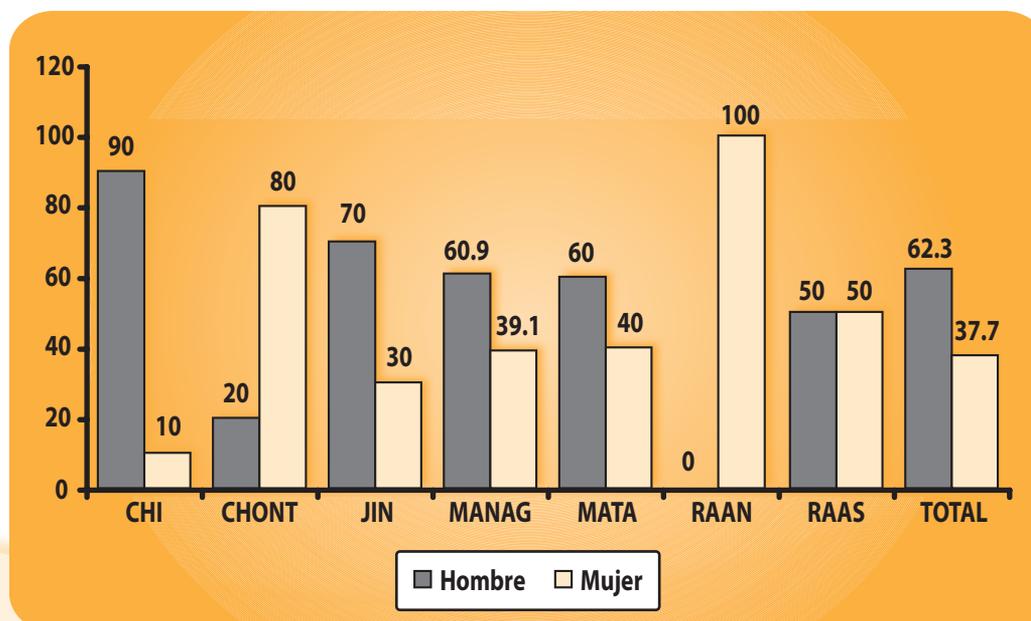
Condición	< 20 años		20-39 años		40-59 años		60 a más		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Abandono	5	71.4	10	41.6	13	56.5	1	16.7	29	48.3
Reacción adversa	2	28.6	7	29.2	4	17.4	3	50.0	16*	26.7
Ambas	-	-	7	29.2	6	26.1	2	33.3	15	25.0
Total	7	100	24	100	23	100	6	100	60	100.0

* Edad SD: 1 fallecido reacción adversa.

El 93.4 % (57) de los pacientes que abandonaron tratamiento o padecieron de reacciones adversas era mestizo; el 3.3% (2), mayagnas; y 1.6%(1), negro y miskito, respectivamente.

La mayor parte de los entrevistados eran varones 62.3% (38), pero con predominio de las entrevistadas mujeres en Chontales, RAAN y RAAS. Ver Gráfico 1 a continuación.

Distribución porcentual de la edad de los entrevistados por abandono o reacciones adversas por departamento y sexo



Los pacientes que sólo registraron la condición de abandono eran en mayor proporción hombres, y los que padecieron exclusivamente reacciones adversas o coexistencia de ésta con abandono fueron en mayor proporción mujeres (52.9% y 60%, respectivamente).

Sexo de pacientes que abandonaron, padecieron de una reacción adversa o coexistencia de ambas condiciones

Condición	Hombres		Mujeres		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Abandono	24	82.8	5	17.0	29	100.0
Reacción adversa	8	41.7	9	52.9	17	100.0
Ambas	6	40.0	9	60.0	15	100.0
Total	38	62.3	23	37.7	61	

Aunque los pesos registrados presentaron un rango de valores extremos de 12.5 kg (niño) y 86 kg, el promedio de peso para la muestra fue de 51.87 kg (+13.9DE) y la mediana de 50 kg. Teniendo en cuenta que la edad promedio y mediana fueron de 39.8 y 39 años, respectivamente, se asume que el peso registrado es bajo para la mayoría de los adultos.

Sólo el 45.9% (28) de los entrevistados tenía cicatriz de BCG, sin tener relación con el abandono y reacciones adversas. En Managua (65.2%) y Chinandega (60.0%), se presentaron los mayores porcentajes de cicatriz de BCG.

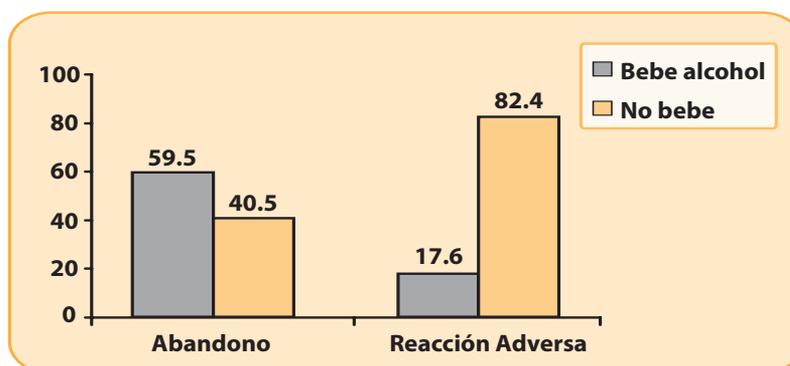
En el estudio no se encontraron mujeres embarazadas, el 11.9% (7) reportó usar otros medicamentos, además de los antifímicos y 16.9% (10) padecía una enfermedad crónica. A excepción de la RAAN y la RAAS, en el resto de departamentos se reportó un 29.5% de antecedentes de familiares con tuberculosis (18 pacientes) ligados a familiares cercanos, principalmente padres (5), hijos y sobrinos (4 c/u); siendo mayor en Matagalpa (60%). También fue bajo el reporte de compañeros de trabajo con tuberculosis (sólo 2 en Chinandega).

4.3.2 Factores sociales

El 83.6% (51) de los entrevistados cuenta con un centro de salud cercano a su barrio o comunidad, ubicándose el 88.2% a menos de 46 minutos de donde vivían los pacientes, 17 minutos en promedio; asimismo, el 11.8% (10) restante dijo ubicarse a una hora o más, 3.5 horas promedio. La mayoría de los (as) informantes (78.3%) se traslada a pie usualmente a la unidad de salud; el 10.0%, en vehículo o bus y; el 8.3%, en bestia, entre otros. La mayoría carece de seguro de salud (88.5%), los que reportaron tenerlo son de Managua y 1 paciente de la RAAS.

Ingerir alcohol (47.5%), fumar cigarrillos (25.4%) o haber fumado antes (33.9%) se registraron con relevancia en la mayoría de los departamentos (excepto en RAAN y RAAS). De igual manera, se encontró asociación entre tomar alcohol y abandono, pero no con las reacciones adversas, donde sólo en un 28.1% tomaba alcohol. En cambio, los que no padecieron una reacción y bebían licor fueron un 70.4%.

Hábito de ingerir de licor asociado según condición de abandono o reacción adversa



Los pacientes refirieron estados de tristeza, depresión o estrés al inicio de su enfermedad en un 77% y en la actualidad en un 40.4%. El sentimiento de tristeza o depresión antes fue mencionado en mayor proporción en los pacientes con reacción adversa y se sentían así en la actualidad entre los que abandonaron.

El hacinamiento, medido por el tamaño promedio de las familias de los entrevistados, fue de 6.4% y por el promedio de personas que habitaban la vivienda de 6.2%.

Del 23.7% de pacientes que estaban trabajando remuneradamente, un 21.4% correspondió a los que abandonaron y un 25% a los que padecieron reacción adversa. En un 43.1% no existía nadie asalariado en los hogares.

El promedio de personas asalariadas por hogar fue de uno y el promedio de personas que dependían del paciente en este estudio fue de 2.5.

Los niveles educativos de los entrevistados fueron bajos. El 38.3% (23) no fue a la escuela o fue alfabetizado, el 38.3% (23) cursó algún grado de primaria, el resto 23.4% cursó la secundaria, carrera técnica y universidad.

Las condiciones sociales de la vivienda se expresan en la ausencia del servicio de luz eléctrica para el 29.5% (18), sobre todo en Chontales y Jinotega (80%) y la carencia de agua potable o pozo en el 27.9% (17), con altos porcentajes de falta de acceso en Chontales (80%) y Jinotega (70%) y en los 2 pacientes de la RAAS.

4.3.3 Tratamiento y atención a pacientes

El 83.6% (51) fue enviado a un centro de salud u hospital, siendo las fuentes de referencias más importantes "otra unidad de salud del MINSa" (58.8%) y las clínicas privadas u ONG (25.5%). Las fuentes de las referencias de nombre de ONG no fueron explicadas por los informantes, pero en Managua, el Hospital Monte España, fue una de las más mencionadas, así como las del "Seguro Social".

El promedio de los pacientes en tratamiento fue de 9.3 meses, sólo un 31.7% (19) fue hospitalizado por problemas causados por la tuberculosis y el 57.4% (35), para tomar el tratamiento dentro del hospital. Al ser dado de alta, el 74.4% fue referido a su centro de salud cercano, con menores porcentajes en Chontales (25%). A excepción de Managua, en donde se evidencia el involucramiento del médico, en todos los SILAIS la enfermera (83.6%) es quien le administraba el tratamiento al paciente.

El retiro de tratamiento antituberculoso se realiza principalmente en el centro de salud (90.2%), seguido por el hospital y puesto de salud (4.9% c/u). La mayoría lo retiraba diario con toma supervisada en boca en la primera fase (70.5%), aunque mencionaron que después se los entregaban semanal o quincenal y algunos mensualmente. Pero sólo un 55.7% (34) sabía cómo se llamaba el esquema de tratamiento que recibía; sin embargo, cuando se les preguntó los nombres sólo 15 (24.6%) respondieron positivamente. El 41% (25) reconoció que tomó cumplidamente su tratamiento.

Ellos recuerdan que el estudio de posibles contactos fue realizado en el 65.6% (38), pero los contactos sólo fueron tratados en un 50.0% (20).

4.3.4 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento

Entre las razones por las cuales los pacientes abandonaron el tratamiento están:

Razones	Frecuencia	Porcentaje	Otras razones:	
Molestó el tratamiento	8	13.1%	Alcohol	7
Falta de tiempo	7	11.5%	Otra enfermedad	1
Pena/vergüenza	3	4.9%)	Rechazo Tx-no mejoraba	4
No apoyo familiar	4	6.6%)	Trabajo/inaccesible/soltera	7
No dinero para ir C/S	8	13.1%	Depresión/solo	2
Otra razón:	27	44.3%)	Renuencia y otras	6

El 58.1% (25) estaba consciente de que interrumpir el tratamiento lo puede empeorar o llevar a la muerte. Este porcentaje fue relativamente bajo en Matagalpa (28.6).

El 75.0% (33) dijo que por su inasistencia al programa fue visitado en su hogar, principalmente por las enfermeras (87.5%), en un promedio que oscila entre 1 y 7. Estos porcentajes fueron menores en Chontales (40%) y Jinotega (50%); el 85.3% reconoció haber recibido charlas educativas.

4.3.5 Reacciones adversas

De 32 pacientes clasificados con reacciones adversas o molestias, sólo 1 no reconoció los malestares padecidos. Las complicaciones fueron referidas por el 51.6% (16) de pacientes y la hospitalización por los malestares fue requerida en el 45.2% (14). El valor promedio de días de hospitalización fue de 25.8 días.

Sólo el 51.6% (15) de los pacientes con reacciones recordó que le informaron sobre el medicamento causante de dicho problema, y de ellos 9 dijeron que eran: la Diateben (6), Etambutol (2) y Estreptomycin (1). Dos refirieron al color de las pastillas, dos no supieron u olvidaron su nombre y 2 omitieron su opinión.

El 100% de los que abandonaron y el 93.3% de los que presentaron reacciones adversas reconocen el

apoyo recibido del personal de salud en referencia al especialista (34.5%), visita (41.4%) y dando el tratamiento (20.7%)

4.4. Cumplimiento de acciones normadas que realiza el personal de salud

De 19 actividades seleccionadas y enunciadas, en las normas para evaluar el cumplimiento en los programas municipales de control de la tuberculosis, se encontró que en los municipios de Chinandega (19), El Viejo (18), Chichigalpa (18), y Somotillo (18), cumplen más con las acciones. Sin embargo, este cumplimiento fue de un 68%.

En Matagalpa todos incumplen, pero Río Blanco es el que más se apega a las acciones normadas evaluadas. Chontales, Muelle de los Bueyes y Juigalpa son los que presentan más apego a las acciones normadas (16 de 19). En Jinotega, excepto Jinoteguita, los 3 restantes municipios incumplen cerca del 50% de las acciones normadas. En Managua, Tipitapa y los distritos, referentes al Pedro Altamirano y Silvia Ferrufino, incumplen en más del 50% las acciones normadas.

En la RAAS, el incumplimiento es más del 50%. En la RAAN, Siuna y Bonanza cumplen con la mayoría. El resto de programas municipales no pudieron ser evaluados por no hallarse a la hora de la visita, y no se tuvo colaboración del SILAIS, debido a que la epidemióloga estaba de reposo postnatal y la interina adujo no tener tiempo para apoyar el estudio.

Criterios de evaluación	n.º de municipios	%	Observación
Libro de registro se llena completa y correctamente.	32	46.9%	La información estaba disponible y el responsable fue accesible.
Fichas de tratamiento llenadas de forma correcta.		46.9	
Expedientes con historia clínica y datos relevantes del paciente.		37.5%	
Expedientes con resultados de laboratorio.		66.5%	
Registro de controles de foco.		53.1%	
Registro de quimioprofilaxis.		56.3	
Solicitudes de medicamentos en período establecido.		93.8%	
Copias de la programación completa de medicamentos.		65.6%	La información estaba disponible y el responsable fue accesible.
Informes completos de casos nuevos y recaídas.		90.6%	
Informes de evaluación trimestral de los esquemas de tratamiento.		90.6%	
Supervisión de los niveles superiores al informante (Responsable PCT).		87%	
Conservación de copias de supervisiones anteriores.		84.4%	
Copias de documentos conteniendo evaluaciones del programa 2003 al 2004.		46.9%	
Copias de normas.		96.9%	
Papelería completa.		75.0%	
Tarjetero actualizado y ordenado.		62.5%	
Existencia de medicamentos suficientes para pacientes ingresados.		87.5%	
Registro de pacientes hospitalizados.		62.5%	

4.5 Acciones del personal del PCT ante inasistentes y abandonos

Fueron entrevistados 41 trabajadores en los 36 programas municipales de control de la tuberculosis, 15% eran médicos del programa, el 5% epidemiólogas municipal y el 80% restante personal de enfermería. Sólo el 37.5% (15) era exclusivo de los PCT. Se observó la existencia de informe de actividades en el 67.5%. Las actividades mencionadas como el quehacer diario de los PCT fueron:

Acciones	
Administración supervisada del tratamiento.	Captación de casos y estudio de SR.
Visitas de control de foco.	Capacitan personal comunitario y de salud.
Búsqueda activa de abandonos.	Formación de club de pacientes.
Visitas domiciliarias.	Informes trimestrales.

Acciones	
Búsqueda y control de contactos.	Solicitud de tratamiento.
Charlas educativas a pacientes y familiares	Revisión de productividad
Charlas en áreas de espera	Elaboración de murales
Profilaxis	Coordinación con puestos de salud
Consejos de salud e higiene	Visita a radios

El 92.5% dijo visitar a los pacientes que hacen abandono, 57.9% los visitan una o dos veces, principalmente el personal de enfermería (76.9%), por médico 2.6% y ambos 20.5%; considerando abandono cuando no asisten a los 28, 30 y más de 30 días, excepto dos trabajadores. En la práctica, se observó que el abandono se catalogaba antes o después de los 30 días de inasistencia. El 87.5% visita a pacientes que abandonan, el 23.5% una sola vez, el 14.7% dos veces y el 61.8% tres veces y más. Las actividades que realizan ante el abandono son:

Acciones	
Búsqueda de terreno.	Importancia del tratamiento, complicaciones, curación.
Consejería.	Buscar causa de abandono y solucionar.
Sensibilización a la familia.	Reingresar al paciente.
Charla a paciente y familiares.	Visita al paciente en categoría de abandono, en su hogar.
Control de foco.	Acompañamiento con el líder.
Consejería.	Apoyo con ONG.
Educación sobre riesgos.	

Los entrevistados refieren que los pacientes en categoría de abandono son visitados por enfermeras en el 81.8%, y por enfermeras y médicos en el 18.2%. Desde el punto de vista del personal de salud, se reconoce por el 56.4% que existen factores que se relacionan con el abandono y el 78.4% refiere que hay limitaciones locales para visitar y recuperar a los pacientes en categoría de inasistentes y abandonos. Asimismo, el 38.5% refiere tener limitaciones para el abordaje de las reacciones adversas, aunque el 82.5% conozca dichas reacciones, excepto 1 persona se mencionó al menos una reacción adversa y el medicamento que la produce. Se notificó en el 45% tener limitantes para brindar la prueba del VIH como estudio de los pacientes TB.

Finalmente las limitantes para la búsqueda de los pacientes que abandonan el tratamiento (81.6%) son:

Limitantes	
Instituciones del MINSA no quieren asumir el pago de viáticos.	No hay transporte.
Inadecuado registro de dirección de pacientes.	Programa no es priorizado.
No ser exclusivo del programa, compartir otras actividades.	Faltan recursos financieros.
Falta de combustible para usar el vehículo en búsqueda del paciente.	Accesibilidad geográfica.
Falta de tiempo para trabajo de terreno.	

4.6. Apoyo a los PCT por ONG, instituciones u otros

Excepto en algunos municipios de la RAAN, RAAS y Chontales que mencionaron a El Fondo Mundial como una de las instancias de ayuda al PCT, el resto no identificó ninguna organización ni proyecto o institución involucrada.

5. Conclusiones

Cohorte de ingreso a los PCT

- 1 Los casos nuevos y formas pulmonares bacilíferas fueron los ingresos más frecuentes al PCT.
- 2 Las formas graves de ingreso que se registran en los SILAIS de estudio fueron la Milliar y, del total de extrapulmonares, la ganglionar.
- 3 La incidencia de reacciones adversas es baja de 6.8%, sobre todo en edades mayores, vueltos a tratar y fracasos y en pacientes con forma de TB pulmonar. Sin embargo, al estratificar por esquema de tratamiento las reacciones adversas se dieron más en los que recibieron el acortado.
- 4 La Diateben parece ser el fármaco que produce mayor registro de reacción adversa en los pacientes.
- 5 No se está realizando baciloscopía a todos los pacientes que ingresan al PCT.
- 6 Hay todavía mala clasificación del registro de los esquemas de tratamiento de pacientes en retratamiento, así como en las fichas de tratamiento.
- 7 La segunda fase de tratamiento es la que registra mayor frecuencia de inasistencia, principalmente entre los que ingresan al acortado (20.1%) y pediátrico (23.1%).
- 8 La incidencia de abandono fue del 6.6%, principalmente en la segunda fase (66.7%).
- 9 Los factores más asociados al abandono fueron: tener más de 20 años, ser hombre, ingresado al retratamiento, inasistente en la primera fase, ser vuelto a tratar, tipo de

paciente fracaso o vuelto a tratar y haberse indicado y registrado la prueba del VIH.

Pacientes que abandonaron el tratamiento y padecieron reacciones adversas:

1. Las características biológicas presentes en pacientes que abandonan los esquemas de tratamiento para la tuberculosis o cursan con reacciones adversas fueron: ser adulto, hombres y mestizos.
2. La ausencia de BCG es un factor presente en más de la mitad de los pacientes estudiados.
3. La presencia de un familiar que haya padecido tuberculosis, con cercanía en la relación es el antecedente más importante encontrado.
4. La falta de acceso a los servicios de salud no es un factor social presente en esta muestra de estudio, lo que sí se evidenció fue la falta de seguro de salud, la ingerir alcohol, el hábito de fumar, la depresión y el hacinamiento.
5. Se evidenció un bajo nivel educativo y condiciones de la vivienda que reafirman que los pacientes que abandonan el tratamiento y aquellos con reacciones adversas son pobres, debido a la relación pobreza y TB.
6. Los síntomas que más se reconocen de inicio de la enfermedad son tos, pérdida del apetito y fiebre.
7. Se observó excelente sistema referencial de pacientes de hospitales, centros de salud y clínicas privadas, lo que muestra los avances del programa en articular el diagnóstico y tratamiento de los pacientes en los diferentes niveles de atención.
8. La enfermera es el bastión fundamental sobre el cual se desarrollan las actividades de tratamiento y búsqueda de los pacientes con problemas.
9. Los factores que influyen en la adherencia al tratamiento están fuera de la acción de los servicios convencionales de salud, ya

que son económicos, familiares, conductuales, hábitos no saludables, conductas de renuencia y rebeldía.

10. Las reacciones adversas en un 50% son objeto de hospitalización y son una causa importante relacionada con el abandono del tratamiento.
11. La mayoría de los pacientes desconocen el medicamento causante de la reacción adversa, pero reconocen la eficiencia del sistema para apoyarlos en el acceso a los especialistas, traslado, visita, medicamento, etc.

Actividades del personal ante inasistentes y abandono:

1. Un tercio de las unidades municipales carece de informe de actividades.
2. La visita domiciliar es una de las actividades que más realiza el personal ante pacientes abandonos e inasistentes, pero recae en el personal de enfermería, visitándolos en su mayoría 3 veces o más.
3. Hay confusiones sobre la categoría de abandono de los registros, aunque al preguntarle al personal del programa, mencionan entre 28 a 30 días de inasistencia.
4. Se denuncian muchas limitaciones para prevenir y buscar al paciente en categoría de abandono, las cuales a pesar de El Fondo Mundial siguen presentes.
5. No hay un reconocimiento de instituciones, organismos o proyectos que apoyen al PCT, excepto El Fondo Mundial mencionado por algunos trabajadores del PCT en la RAAN, RAAS y Chontales.

6. Recomendaciones

1. Mejorar el Sistema de Registro del PCT. Un diplomado podría ser útil, dirigido al Sistema de Información y análisis de datos en tuberculosis.
2. Desarrollar una vigilancia de las reacciones adversas en segunda fase y obligar su señalamiento en observaciones del Libro de Registro, ya que fue necesario hacer una

búsqueda exhaustiva de los mismos en otras fuentes secundarias. Una ficha adicional y una modificación a la tarjeta de paciente y ficha de tratamiento, podrían ser incluidas para la vigilancia de éstas.

3. Municipios pilotos en cada SILAIS serían adecuados para implementar el TAES completamente supervisado (primera y segunda fase), serían El Viejo, Chichigalpa o Chinandega, Muelle de los Bueyes en Chontales, Wiwilí o Jinoteguita en Jinotega y Bluefields en RAAS, ya que en el resto de municipios el cumplimiento de actividades normadas no sobrepasó el 80%.
4. Evaluar y monitorear la eficiencia de los programas, utilizando estos mismos instrumentos con las acciones normadas, para monitorear su debido cumplimiento.
5. Fortalecer en la capacitación, supervisión y rotación los aspectos de planificación, construcción y análisis de indicadores, sistema de registros de actividades y bases de datos, modelos de consejería en TB y evaluación integral de los programas de TB.
6. Prevenir la inasistencia en la primera fase sobre todo en el retratamiento.
7. Mejorar el acceso a los servicios, ya que se evidencia como una de los principales limitantes en pacientes con abandono, prestando especial atención a los alcohólicos, extremadamente pobres o residentes en zonas aisladas, deprimidos u otras condiciones de pobreza. El TAES comunitario sería una opción a la respuesta del acceso o la disponibilidad de mecanismos de entrega del medicamento al paciente más cercano a su residencia.
8. Sensibilizar al personal médico para abordar a los pacientes en su búsqueda, al igual que lo hace la enfermera.
9. Los hábitos y conductas no saludables son los únicos que con promoción y persuasión podrían modificar el riesgo individual de abandono, por medio del programa IEC en su componente de consejería en servicios de salud, dirigido especialmente a evitar el abandono.

10. El monitoreo de las acciones normadas debe reestablecerse como parte del control que garantice el cumplimiento, esto se haría realidad si se establecen supervisiones más frecuentes, así como la elaboración de los informes en los PCT y el cumplimiento de las normas para categorizar abandono en la práctica.
11. Establecer alianzas y redes en pro de la sostenibilidad y apoyo a los programas de control de la tuberculosis.
12. Valorar la entrega de paquetes alimentarios balanceados en apoyo a la nutrición del paciente, ya que este estudio evidenció el grave problema en el estado nutricional de los mismos.

Bibliografía

- Arosteguí J., Alonso J. & González M. *Factores asociados al abandono de pacientes al programa de control de tuberculosis*. Managua, CIES, 1991.
- Berroterán J. González Mendoza M. & Rivas M. *Factores de los servicios de salud públicos que inciden en el retardo de la selección de los pacientes sospechosos de tuberculosis en el municipio de Diriamba, junio-diciembre de 1999*. Managua, CIES, 2002.
- Gobierno de Nicaragua. *Informe Anual del Programa de Control de Tuberculosis XIII edición 2003*. Managua, MINSA, 2004.
- González I. & Campos F. *Factores asociados a la demora en el diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva. Managua, marzo-septiembre de 1997*. Managua, CIES, 1998.
- Mendoza J. *Factores asociados al abandono de pacientes nuevos con tratamiento acortado estrictamente supervisado para la tuberculosis, ingresados al centro de salud Francisco Buitrago Distrito IV de Managua en el período de enero a diciembre de 2003*. Managua, CIES, 2004.
- Organización Mundial de la Salud. *Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis: Alto a la Tuberculosis*. Ginebra, OMS WHO/CDS/TB/2002.
- Organización Panamericana de la Salud. *Informe de la 2da Reunión Stop TB en Las Américas*. Brasilia, OPS/OMS. 27-29 de marzo, 2001.
- Ospina S. *La tuberculosis, una perspectiva histórico-epidemiológica*. Infectio 2001; 5 (4); 241-250.
- Pacheco M., Rivera I. & Castillo J. *Evaluación de normas del programa de control de la tuberculosis en los hospitales de Managua. 1991-1992*. Managua, CIES, 1994.
- Gobierno de Nicaragua. *Manual de Normas y Procedimientos del Programa de Control de la Tuberculosis Edición 2004*. Managua, MINSA, 2004.
- Rieder HL. *Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis*. UITER, París, 1999.
- Rodríguez C., Santos J. & Menéndez M. *Estudio de algunos factores administrativos, técnicos y de pacientes que influyen en la eficacia del programa de control de la tuberculosis, Región III. 1985-1986*. Managua, CIES, 1988.
- Velásquez H.; López N. & Huete M. *Factores que intervienen en el proceso de toma, recolección y entrega de resultados de las muestras de esputo y entrega de resultados de las muestras de esputo de los pacientes SR+21 de los municipios de Jinotega, Pantasma y Bocay en el período marzo-abril del año 2000*. Managua, CIES, 2001.
- World Health Organization. *Strategic Framework to decrease the burden of TB/VIH. Stop TB Department*. Geneva, WHO, 2002.
- World Health Organization. *Anti-Tuberculosis drug resistance in the world. Global Project on anti-tuberculosis drug resistance surveillance*. Geneva, WHO/IVATLD, 1997.

Sección III

1. Prevalencia del VIH en personas afectadas por tuberculosis en 7 SILAIS priorizados de Nicaragua 2005

Objetivo general

Conocer la incidencia del VIH en pacientes diagnosticados previamente con tuberculosis, identificando flujograma, algoritmo y atención, asimismo, la descripción de las principales actividades desarrolladas para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes por ambos programas PCT y VIH-Sida en 7 SILAIS priorizados del país.

Objetivos específicos

1. Conocer el número de pruebas ofertadas a pacientes con tuberculosis por el personal de salud y el número real de pruebas realizadas a pacientes con tuberculosis, previa consejería.
2. Identificar la prevalencia e incidencia del VIH en pacientes con tuberculosis de acuerdo con SILAIS y departamentos priorizados.
3. Realizar prueba para la identificación de anticuerpos del VIH en pacientes

con tuberculosis, previa consejería y consentimiento informado.

4. Identificar y describir el flujograma de atención de los pacientes.
5. Identificar qué acciones realiza el personal de salud del PCT ante los pacientes con tuberculosis y portadores del VIH.
6. Describir la coordinación existente entre el programa de control de pacientes portadores del VIH y en pacientes con tuberculosis VIH-Sida, en cuanto a la aplicación de las normas nacionales.
7. Identificar los instrumentos de vigilancia epidemiológica que se están llevando a cabo en los PCT de los SILAIS estudiados para determinar la situación epidemiológica del VIH y tuberculosis.

2. Antecedentes y justificación

En muchos países se ha detectado un aumento en la prevalencia de infección por el VIH en pacientes con tuberculosis, siendo más alta en los países con elevada frecuencia de infección tuberculosa.¹⁵

En Nicaragua, en 2003, se reportó un total de 2,283 casos de tuberculosis, ubicándose la RAAN, RAAS, Boaco, Chontales, Matagalpa, Jinotega y Managua, como los departamentos con la más alta incidencia.¹⁶

15. Caminero J. *Guía de la tuberculosis para médicos especialistas*. UICTER. Francia, 2003.

16. MINSA. *Informe Anual del programa de control de tuberculosis XIII edición*. Managua, Nicaragua, 2003.

La epidemia del VIH-Sida en Nicaragua presenta una tendencia lineal ascendente y acelerada, con una tasa de 4.12 por 100,000 habitantes (1.8 en 1998); hasta diciembre de 2003 se ha registrado un total de 1,231 casos seropositivos del VIH-Sida, afectando más al sexo masculino (75%) y al grupo de edad entre los 15 a 39 años, grupo en el que se encuentran el 80% del total de los casos. El mecanismo de transmisión es principalmente sexual (89%), de los cuales el 68% es heterosexual, 30%, hombres que tienen sexo con hombres y el 3%, transmisión perinatal.¹⁷ Para marzo de 2004, el programa de ITS/VIH-Sida reportó un total de 1,313 casos acumulados de VIH-Sida. En relación con la asociación VIH-Sida, se han reportado un total de treinta casos VIH/TB hasta 2003.

En Nicaragua, a través del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, se realizó en 1998 una encuesta nacional, determinándose una prevalencia de coinfección VIH-Sida y tuberculosis de 0.8 %. En 2002, a través de una encuesta en Managua, en cuatro centros de salud urbanos de mayor detección de pacientes, se encontró que el 2 % de los pacientes tuberculosos estaba asociado al VIH.

En muchos casos, la TB es la primera infección oportunista en personas viviendo con el VIH-Sida (P.V.V.S.) y una de las más frecuentes causas de muerte. Además, la presencia de TB puede acelerar la progresión de la inmunosupresión por el VIH. El diagnóstico tardío de la TB también contribuye a incrementar la mortalidad en las P.V.V.S.¹⁸

La epidemia del VIH-Sida ha dado lugar a un resurgimiento de los casos de TB y, al mismo tiempo, ha ocasionado retraso en su diagnóstico y tratamiento, y disminución de los índices de curación. El desgaste progresivo de la respuesta inmune que es inducido por el VIH, facilita la aparición de TB activa, ya sea reactivando una infección latente o facilitando la rápida progresión de una infección

primaria a una enfermedad en una persona recientemente infectada o reinfectada con TB.

Hay, por consiguiente, una necesidad clara de una nueva estrategia, basada en evidencias para reducir la carga de la TB/VIH. Los programas para la infección por el VIH-Sida y de la tuberculosis, necesitan colaborar de forma conjunta para apoyar a los proveedores generales de servicios de salud, en proporcionar una amplia gama de intervenciones de atención y la prevención de la tuberculosis y el VIH.¹⁹

El objetivo actual de la OMS es asegurar el diagnóstico y tratamiento adecuado para conseguir la curación de los casos de tuberculosis activa mediante la "Estrategia DOTS" (Directly Observed Treatment Short - course) o tratamiento directamente supervisado, implicando al sistema sanitario.

3. Metodología

Es un estudio descriptivo de corte transversal, el universo lo constituyen todas las personas afectadas por tuberculosis pulmonar (TBP) diagnosticados y captados por el Programa de Control de la Tuberculosis en las unidades de salud de los 36 municipios de siete SILAIS, priorizados Managua, Chinandega, Matagalpa, Chontales, Jinotega, RAAN y RAAS.

Se tomó como muestra al total de las personas afectadas por tuberculosis pulmonar que asisten al programa en los 36 municipios priorizados, debido a la poca seguridad en el nivel de aceptación de parte de los pacientes para la toma de muestra del VIH.

La selección de las personas afectadas por tuberculosis que asistían al programa, se hizo de manera no aleatoria, de acuerdo con su aceptación en participar al estudio, previo consentimiento informado.

17. MINSAs. *Vigilancia Epidemiológica de Nicaragua*, Managua, 2003.

18. OPS/OMS. *Guía sobre Atención Integral de personas que viven con la coinfección de TB/VIH en América Latina y el Caribe*. Junio, 2003.

19. WHO. *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV Programme Activities*. Geneva, Switzerland, 2003.

3.1 Variables independientes

1. Características sociodemográficas de las personas afectadas por tuberculosis (edad, sexo, escolaridad, comportamientos de riesgos).
2. Componentes del programa de tuberculosis:

Aspectos programáticos	Normativas, actividades integradas contra la TB y el VIH, recursos humanos y materiales
Aspectos de la atención.	Captación, atención, referencia. Mecanismos de coordinación, actitud del personal y su relación con pacientes y comunidad.
Aspectos de promoción y educación en salud.	Actividades de consejería, uso de material educativo.
Aspecto de vigilancia.	Mecanismos de recolección, análisis, interpretación y utilidad.
Laboratorio del PCT y VIH-Sida.	Normativas, oferta de pruebas de laboratorio, mecanismos de atención, medidas de bioseguridad, sistema de registro.
Vigilancia epidemiológica.	Instrumentos y mecanismos de recolección, análisis e interpretación de la información.

3. Componente del programa de ITS/VIH-Sida: aspectos del programa, proceso de atención, promoción y sistema de vigilancia.

3.1 Variables dependientes.

Resultados de pruebas serológicas.

Prevalencia del VIH en pacientes afectados por tuberculosis.

Programa de Tuberculosis e ITS/VIH-Sida.

3.2 Instrumentación y procedimientos para la recolección de los datos.

Para el presente estudio, se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos, a través de la aplicación de las siguientes técnicas:

Método cuantitativo

Ficha epidemiológica del reporte y seguimiento del VIH-Sida, aplicada a todas las personas afectadas por tuberculosis que aceptaron realizarse las pruebas para el VIH. La solicitud de la prueba para el VIH se efectuó, previa información, hasta obtener su consentimiento informado. Ésta contiene: datos generales de la unidad de salud, datos personales del paciente, datos epidemiológicos, diagnóstico y situación actual.

Método cualitativo:

- a) Revisión documental del material disponible, tanto en el programa de control de la tuberculosis, como del laboratorio y vigilancia epidemiológica, entre otros.
- b) Observación a través de una hoja de listado de verificación aplicable a los laboratorios.
- c) Entrevistas a personal de salud del MINSA, ONG y otras instituciones afines, entre ellos personal de dirección, responsable del programa, del laboratorio y usuarios.
- d) Obtención de muestras biológicas para la determinación del VIH en pacientes diagnosticados con TB, previo consentimiento informado de los mismos.

A continuación, se indica la utilización de cada uno de ellos según los objetivos planteados en los términos de referencia:

Para el objetivo específico n.º 1. Conocer el número de pruebas ofertadas a pacientes con tuberculosis por el personal de salud y el número real de pruebas realizadas a pacientes con tuberculosis, previa consejería.

Entrevistas

Responsable que labora en PCT para obtener información relacionada con las políticas y criterios

que posee el programa, en cuanto a la indicación de pruebas diagnósticas y mecanismos de verificación del cumplimiento de las mismas por parte del paciente, personal que brinda atención en el PCT para conocer las actividades y el contenido de la consejería que se realiza en función de la toma de pruebas por parte del paciente, responsable del laboratorio y personal que labora en el mismo, con el fin de conocer el mecanismo de atención del paciente y el sistema de coordinación / información implementado entre esta instancia y el PCT (reporte de pruebas en expedientes), así como los elementos estructurales (disponibilidad de materiales, equipos, reactivos, etc.) que inciden en la oferta de las pruebas diagnósticas referidas.

Algunos de los aspectos que se deben considerar con los responsables de laboratorio y a los responsables del diagnóstico de muestras, etiquetado, preparación de extendidos, identificación, tinción, lectura, registro y reporte que laboran en los diferentes servicios de salud y ONG que ofertan servicio diagnóstico son: servicio de microscopía para el diagnóstico de tuberculosis, suministro de materiales para el diagnóstico, problemas presentados para el diagnóstico, tales como: obtención de la muestra, procesamiento, interpretación y errores administrativos (identificación del paciente), otras metodologías diagnósticas ofertadas, medidas de bioseguridad y sus prácticas, configuración del laboratorio, recolección, etiquetado, número y manejo de las muestras (al llegar la muestra al laboratorio y al desechar la misma), preparación de los extendidos, identificación correcta de cada portaobjeto, procedimiento de tinción y lectura de la muestra, pacientes ingresados al PCT que se realizaron o no las pruebas para identificar los factores que facilitan y restringen su cumplimiento por parte del paciente.

Revisión documental

Se revisarán los expedientes y diversos formatos de registro utilizados en el PCT, con el fin de verificar el número de pruebas ofertadas y el número real de pruebas realizadas. A la vez, se revisarán los formatos de registro que establece el laboratorio, los que se cotejarán con la información obtenida en el PCT. Libros y/o archivos tales como: libros del

PCT y del laboratorio, tarjeta del paciente, solicitudes de examen bacteriológico, fichas de tratamiento, registro / reporte del laboratorio, registro de los resultados de BAAR.

Observación

Estado del laboratorio: para ello se diseñó una hoja de listado de verificación de los insumos, equipos y materiales disponibles, entre otros procedimientos para la elaboración del frotis y tinción de los mismos.

Para los objetivos específicos n.º 2 y n.º 3. (Identificar la prevalencia e incidencia del VIH en pacientes con tuberculosis de acuerdo con SILAIS y departamentos priorizados; y realizar prueba para la identificación de anticuerpos del VIH en pacientes con tuberculosis, previa consejería y consentimiento informado.)

Entrevistas

Responsable del PCT y del VIH-Sida, con el fin de identificar la prevalencia e incidencia del VIH en pacientes con tuberculosis, de acuerdo con SILAIS y departamentos priorizados, en donde se abordarán aspectos relativos a la percepción del personal de salud sobre los factores que inciden en la prevalencia de TB, así como las acciones implementadas, responsable de laboratorio para verificar la cantidad de pacientes tuberculosos que han sido diagnosticados con el VIH-Sida, pacientes del PCT, con el fin de completar la información relacionada a las ITS/VIH-Sida (comportamiento sexual, riesgo de infección, conocimiento sobre la infección por el VIH).

Obtención de muestras biológicas

La obtención de las muestras sanguíneas a los pacientes que tienen tuberculosis y que son sospechosos de portar el VIH-Sida, fue realizada a través de los programas que se ejecutan en cada uno de los SILAIS, siendo, por lo tanto, el Ministerio de Salud el responsable de ello.

Revisión documental

Informes del Programa de Vigilancia Epidemiológica, del PCT, del VIH-Sida y del laboratorio, con el

fin de conocer la prevalencia en años anteriores, según SILAIS y municipios priorizados, y de identificar las fortalezas y debilidades del sistema de información que debe existir entre dichas instancias, libros de registro del PCT y de laboratorio, fichas de tratamiento, tarjeta del paciente, hojas de referencia y contrarreferencia, con el fin de recabar información acerca de los usuarios del programa y características clínicas de la enfermedad, tratamiento instaurado, patrones de resistencia (si existen) y cumplimiento de los objetivos del programa de tuberculosis, según las normativas del mismo, etc.

Para el objetivo n.º 4. Identificar y describir el flujo-grama de atención de los pacientes una vez diagnosticados con TB-VIH.

Entrevista diferenciada

Personal de salud que labora en el PCT, el programa de VIH-Sida y el laboratorio y usuarios/as, en donde se abordarán los aspectos siguientes:

Proceso de captación: referencia interna y externa y por demanda espontánea, descripción del proceso de diagnóstico de los pacientes sospechosos de TB (primer ingreso y subsecuentes), criterios establecidos para enviar prueba del VIH a pacientes diagnosticados con TB, actividades de consejería que realizan (quién lo hace, existencia y utilización de material educativo, entrega de material impreso a los/as pacientes), mecanismos de coordinación entre el programa de TB y VIH-Sida, coordinación del programa con los clubes de apoyo, tiempo transcurrido entre ingreso al programa y el diagnóstico de TB y el VIH.

Para el objetivo n.º 5 Identificar qué acciones realiza el personal de salud del PCT ante los pacientes con tuberculosis y portadores del VIH.

Entrevista

Personal responsable de ejecución del PCT y del programa VIH-Sida, para ello se diseñó una entrevista semiestructurada en donde se abordarán los aspectos siguientes: prácticas de protección personal, actitud del personal de salud ante el paciente con TB-VIH (relación personal de salud-paciente), visita domiciliar-trabajo de terreno e insumos.

Revisión documental

Sistema de registro y reporte del paciente con TB-VIH, acciones educativas y consejería, reporte de prueba.

Para el objetivo n.º 6. Describir la coordinación existente entre el PCT, Programa de ITS/VIH-Sida y ONG en el manejo de los pacientes portadores del VIH y en pacientes con TB/VIH-Sida, en cuanto a la aplicación de las normas nacionales.

Entrevista

Responsables de los programas de control de la tuberculosis y del VIH-Sida, así como a informantes claves de las diversas instancias, tanto gubernamentales como ONG, con quienes se abordó lo siguiente:

Datos generales o caracterización de la institución, sistema de comunicación/ coordinación utilizado, grado de cumplimiento de las normas (disponibilidad de normas, capacitación a los recursos sobre las normas, qué aplican, cómo lo aplican, dónde lo aplican, quién participa), fortalezas y limitaciones identificadas en cuanto a la aplicación de las normas nacionales, perspectivas de desarrollo.

Revisión documental

Registro de la información: ingresos, tratamiento, mecanismos de referencia del paciente, informes de capacitación, entre otros.

Para el objetivo específico n.º7. Identificar los instrumentos de vigilancia epidemiológica que se están llevando a cabo en los PCT de los SILAIS estudiados para determinar la situación epidemiológica del VIH y tuberculosis.

Entrevistas

Responsable de Epidemiología, Director/a, Subdirector/a y personal que trabaja en el programa en donde se abordarán los ítems siguientes: (conocimiento sobre el manual del programa de CTB, capacitación, aplican lo que está en el manual, disponibilidad de papelería y relación con la red comunitaria).

Revisión documental:

Sistema de registro de la información (computarizado, funcionamiento, alimentación, análisis, reporte de la información), libro de sintomáticos respiratorios, libro de registro de muestra para investigar bacteria, libro de tratamiento y seguimiento de pacientes, tarjeta de control de asistencia y admisión de medicamentos, solicitud de investigación bacteriológica en TB, informe operacional trimestral, informe de control de baciloscopía, balance de medicamentos y materiales de laboratorio, revisión de indicadores epidemiológicos.

3.3 Validación de los instrumentos.

Los instrumentos para la recolección de la información fueron validados en dos unidades del SILAIS Managua, excluidas del estudio. Este pilotaje permitió efectuar ajuste de los instrumentos consistente en el mejoramiento de las preguntas.

3.4 Procesamiento y análisis de los datos.

La estrategia metodológica utilizada para el análisis de la información fue a través del análisis, la síntesis y los juicios de valor que permitieron una descripción amplia de cada uno de los componentes.

Los resultados del estudio del componente cuantitativo, obtenidos en la encuesta al personal afectado por tuberculosis, fueron procesados a través del programa estadístico SPSS y estudiados por medio de análisis univariado, como medidas de frecuencias simples.

Para el análisis cualitativo, se tuvo, primeramente, que transcribir las entrevistas y analizar manualmente por medio de una matriz y luego se hizo a través de la técnica de triangulación de los datos de los diversos métodos y técnicas, de las entrevistas, revisión documental y de la observación, para obtener la síntesis y juicio de valor de cada uno de los componentes.

4. Análisis de resultados

La distribución de pruebas diagnósticas para el VIH realizadas a las personas afectadas por tuberculosis en los seis SILAIS priorizados, ya que no se

obtuvo información del SILAIS de Chinandega fue: 37.7% SILAIS de Managua, 21% en la RAAN, 18.8 1% en la RAAS, 12.3% en Jinotega y 9.4 % en Matagalpa y Chontales un 0.7%.

El total de casos presentes en las unidades de salud de los 6 SILAIS durante el estudio fue de 507, de éstos, 138 pacientes accedieron a realizarse la prueba para el VIH, representando un 27.21 %. Los que más accedieron a la prueba fueron: Jinotega (56.6%), RAAS (48.14%), Matagalpa (33.5%), Managua (28.6%) y RAAN (18.7%). Chontales, con un 2.12%, fue el que obtuvo una baja proporción de pruebas ofertadas y realizadas.

Con respecto a las características sociodemográficas, el 51.9% de los pacientes con tuberculosis correspondía al intervalo de edades de 20 a 34 años, seguido de 35 a 49 años con 22.2% y adolescentes con un 10.4 %. De éstos, un 50.4% corresponde al sexo masculino.

En cuanto al nivel de escolaridad, el 57.1% tenía educación primaria, seguido el nivel analfabeta con 28.6 %, nivel secundaria con 11.9% y educación universitaria con 2.4%. El estado civil con mayor predominio fue el soltero (26.8%), seguido por el acompañado (19.6%) y casado (16.7%).

El 88.9% tenía comportamientos de riesgos para la infección del VIH por tener múltiples parejas sexuales y un 5.6%, por el uso de drogas intravenosas y abuso sexual. El 3.7% resultó ser la prevalencia nacional de infección del VIH en personas con tuberculosis, según los resultados de las pruebas diagnósticas obtenidas para el VIH, 5 positivas, siendo mayor la prevalencia en el SILAIS de Managua, seguido del SILAIS de la RAAS.

El Programa de Control de Tuberculosis en un programa que oferta el Ministerio de Salud a nivel nacional, cuenta con un responsable en cada uno de los niveles (central, SILAIS y municipal), siendo en su mayoría enfermeras o auxiliares de enfermería y en menor proporción médicos egresados, quienes han recibido cursos de capacitación e información oficial de cómo debe manejarse el programa. En algunos casos, no existe asignación de recursos en los puestos de salud.

Este programa ha impulsado como estrategia el TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), el cual se ha venido implementando desde 1984 como la estrategia estrictamente de supervisión al tratamiento, con el fin de aumentar la tasa de curación. Sin embargo, el tratamiento estrictamente observado solamente se cumple para la primera fase, dejando la segunda fase autoadministrada.

La mayoría que conoce la estrategia DOTS (Tratamiento Acortado Directamente Observado), refieren

que consiste en dar el tratamiento acortado estrictamente supervisado, que permite disminuir la tasa de abandono, citan al paciente diariamente, mediante la supervisión y el número de tabletas individualizadas e integran para esto a brigadistas, colaboradores voluntarios y parteras.

En todas las unidades de los SILAIS estudiados, en el Programa de Control de la Tuberculosis predomina una detección pasiva y escaso involucramiento de la comunidad para el desarrollo de la estrategia. Entre las actividades que realizan están:

Actividades	
Concientización al paciente para que tome el tratamiento completo.	Captación de SR + 14, control de foco y actividades educativas son las predominantes.
Integrar a promotores en la captación de SR + 14 y vigilancia del tratamiento.	Clubes de pacientes con tuberculosis en algunos municipios de los SILAIS Matagalpa, Jinotega y Chinandega, que permiten disponer de más información en la comunidad.
Entrega de paquete alimentario semanal con apoyo de El Fondo Mundial para garantizar mejor estado nutricional y lograr la adhesión al tratamiento.	

El compromiso político al programa asumido por las autoridades se ve expresado en la disponibilidad y actualización del Manual de Normas y Procedimientos del Programa de Control de Tuberculosis, elaborado por el MINSA, julio, 2004. Igualmente, se constatan los esfuerzos desplegados para impulsar la estrategia, a través del suministro de medicamentos y la garantía de los reactivos necesarios para realizar las baciloscopías, y un adecuado sistema de registro e información del programa.

Sin embargo, la mayoría de los responsables del Programa de Control de la Tuberculosis considera que no se le ha dado la ayuda necesaria y la prioridad que merece, a nivel local y de los SILAIS, debido al poco apoyo de los SILAIS, poca autonomía que tienen los responsables de los programas y las influencias externas que muchas veces no le permite desarrollar sus funciones; los responsables a nivel municipal desarrollan múltiples actividades de otros programas. Igualmente, hay

poca captación de casos sospechosos de parte del personal médico, derivados de problemas organizativos.

Por otro lado, los recursos humanos para atender las actividades del programa son pocos, generalmente labora sólo el responsable del PCT. No existe asignación de recursos humanos en los puestos de salud y el presupuesto para la ejecución de las actividades de terreno es limitado y hay poca autonomía para el cumplimiento de lo planificado.

En algunos casos, la ausencia del recurso humano asignado al PCT es interpretada por los pacientes "como un rechazo", lo que incide en el diagnóstico y cumplimiento del tratamiento.

La escasez de recursos humanos, así como la alta rotación de los mismos, incide en la calidad de la atención al paciente, en particular cuando por ausencia del trabajador designado al PCT la atención del programa debe ser asumida por otro personal,

quien en la mayoría de los casos, no cuenta con la preparación necesaria para ello. Sin embargo, el responsable del PCT del SILAIS Chontales considera que “el recurso humano actual en los diez municipios, donde la prevalencia de tuberculosis es alta, es suficiente, siempre y cuando no involucren en otras actividades”.

En casi todas las unidades de salud de los 36 municipios visitados, particularmente en los ubicados en los SILAIS de Chinandega, RAAN y Chontales, la infraestructura física de laboratorio no cuenta con el espacio adecuado ni con las condiciones para laborar con seguridad, ya que no disponen de un área exclusiva para la realización de la baciloscopia, existe falta de ventilación y deficiencia en la limpieza. En ciertos municipios de Chinandega, RAAN, Chontales, Managua, Matagalpa y Jinotega tienen, además, problemas con el abastecimiento de materiales de reposición como láminas, filtros, gradillas y de ciertos materiales como mecheros, pinzas y filtros.

En algunas localidades visitadas, los entrevistados refirieron que el PCT ha tenido apoyo logístico de diversas organizaciones, tal es el caso de Juigalpa que ha contado con apoyo de OPS, Fundación Damián de Bélgica, la que apoyó un estudio operativo con el CIES, el cual se está realizando en Nueva Guinea con el objetivo de identificar los problemas que enfrenta el programa. De igual manera, se está realizando otro estudio sobre el estigma social de la tuberculosis, como uno de los factores que influyen negativamente en el desempeño del programa.

En general, El Fondo Mundial está apoyando financieramente una serie de actividades para el fortalecimiento del PCT, entre las cuales están la realización de supervisiones, la validación del Manual de Capacitación de TAES, dirigido al personal de salud y la extensión de la estrategia TAES en una segunda etapa (TAES comunitario). Otra actividad programada ha sido la operativización

de la campaña de comunicación de tuberculosis, la creación de clubes de pacientes y ex pacientes con tuberculosis, con el fin de intercambiar experiencias, fortalecer su autoestima y mejorar el programa y la realización de un seminario anual de PCT.

En el caso particular del centro de salud ubicado en El Rama, el personal del programa se relaciona con la Asociación para la Salud de El Rama (ASCO-RA), de manera que trabajan con promotores y la familia del paciente para la referencia y captación de éste.

En términos generales, todos los responsables mencionan que el personal de las unidades de salud a nivel primario y secundario tiene la calificación técnica para el manejo del programa, en los aspectos de captación, detección y tratamiento de los pacientes. El responsable del PCT del SILAIS Chontales expresó que anualmente imparten un seminario sobre tuberculosis al personal que labora en el mismo. Con relación a la distribución de normas de procedimientos y métodos de diagnósticos ofertados en laboratorios de los centros de salud de los 7 SILAIS priorizados se encontró que, de los 36 municipios estudiados, todos conocen las normas de procedimientos para la realización de las actividades de laboratorio relacionadas a la tuberculosis. Para el procesamiento de las muestras en los laboratorios, todos los responsables indicaron que utilizan como referencia el manual de normas técnicas para el diagnóstico de la tuberculosis por baciloscopia.²⁰ Sin embargo, un 21% de las unidades no lo tenían disponible al momento de la entrevista.

Con relación a las normativas de procedimientos para el diagnóstico de laboratorio del VIH, no están disponibles y no son conocidas en ninguna de las unidades de los 7 SILAIS visitados.

Con relación a los métodos de laboratorio, el 95% ofertan la baciloscopia como el recurso de elección orientado por el MINSA, la cual se realiza a través

20. Normas técnicas para el diagnóstico de la tuberculosis por baciloscopia. 3ra edición. Centro Nacional de Higiene y Epidemiología. Departamento de Micobacterias.

de la microscopía de frotis de esputo, utilizando la técnica de Ziehl Neelsen. Dos de los laboratorios, el de Muelle de los Bueyes y El Ayote, por estar cerrados no lo ofrecen. El cultivo es también ofertado como método de diagnóstico, pero no se realiza a nivel de las unidades de la periferia, sino que las muestras en su mayoría son enviadas al Centro de Referencia Nacional del MINSa central. Otro método de diagnóstico que está establecido en el Manual de Normas es la PPD, la cual no está disponible en el 84 % de las unidades visitadas.

Para el diagnóstico del VIH, se ofrece el test de ELISA para el diagnóstico serológico de la enfermedad en las cabeceras departamentales de Chinandega, Managua, Bluefields y Juigalpa. No obstante, el 49% de todos los municipios han venido ofreciendo pruebas rápidas como capillus y exagon.

Según lo referido por el responsable del PCT en el SILAIS Chontales, desde hace varios años está vigente una circular remitida por el MINSa central, en la que se orientaba que "era prohibido o no se podía rechazar ninguna prueba de esputo, independientemente de la hora en la cual fuera entregada al laboratorio"; sin embargo, "todavía se sigue produciendo este problema; en algunos laboratorios rechazan las muestras de esputo".

En cuanto al personal disponible, éste es limitado, teniendo algunas unidades de salud una reducción definitiva, como es el caso del centro de salud de Juigalpa y Nueva Guinea, en donde hubo una renuncia, en tanto en el centro de salud de Muelle de los Bueyes el laboratorio se cerró desde hace tres años porque el recurso humano asignado fue becado y no hubo reposición.

Acerca del cumplimiento en los procedimientos de muestras y de las normas de bioseguridad, se identificó que el 89% de las unidades visitadas solicitan a los pacientes las tres muestras de esputo y sólo el 78% orienta al paciente para la recolección de las muestras. En general, no existe estandarización en las orientaciones que se brindan al paciente, en cuanto a la obtención de la muestra de esputo. En algunos municipios de la RAAN y Chinandega, la información recae en el laboratorista,

en cambio, en otros municipios participa el médico y el responsable del PCT, quienes orientan que se realice fuera de las instalaciones del centro, pero no disponen de un área para garantizar la privacidad. No obstante, se pudo constatar que en un 29% el sitio de la recolección de la muestra no es el adecuado. En ciertos municipios de Chinandega, Managua y Matagalpa, el sitio de la recolección de la muestra se toma dentro de la unidad de salud.

La mayoría de las unidades de salud entregan los resultados de la baciloscopia de manera oportuna, no obstante, en ciertos municipios de la RAAN y Chinandega se han dado atrasos, debido a la falta de energía y escasez de alcohol ácido.

El cumplimiento de los procedimientos de muestreo y las normas de bioseguridad se efectúa en la mayoría de los municipios, como son el uso de gabacha, guantes, uso de mascarilla y limpieza con fenol o cloro en las áreas de trabajo. Sin embargo, no existen recipientes adecuados para la recepción y eliminación de los desechos o basura.

Igualmente, el 48% no efectúa el etiquetado de los frascos recolectores para las muestras de esputo, el 46% no realiza un adecuado almacenamiento de la misma una vez que éstas llegan al laboratorio y/o cuando éstas requieren ser enviadas a otro lugar.

Los procedimientos de muestreo y de bioseguridad con mayor cumplimiento son: las actividades de registro (97%), lavado de manos (97%) y lectura de las muestras (94%).

En casi todas las unidades de laboratorio, 83% realiza el control de calidad del diagnóstico baciloscópico, enviando al CNDR el 100% de las láminas (+) y 10%- 15% de las láminas (-), pero refieren que su utilidad es limitada, ya que no se pueden implementar medidas correctivas inmediatas, debido a que no reciben ningún reporte de los controles realizados, lo que imposibilita la identificación de problemas. En algunos casos, se obtienen los resultados a los 3-6 meses. En ciertas unidades de Chontales, RAAN y Managua han tenido dificultades en la realización del frotis y en la coloración, señalando que no funciona el alcohol ácido.

En los municipios de los SILAIS Chinandega, Chontales, Jinotega y la RAAN, el personal de laboratorio no ha recibido cursos de capacitación en su área desde hace dos años. En ciertos municipios de Chontales y la RAAN, el personal técnico muestra inconformidad respecto a sus actividades laborales.

En algunos de los laboratorios visitados, se constató la entrada de personal ajeno al laboratorio, entre ellos vendedores de alimentos y el personal que labora ingiere alimentos o bebidas dentro de los mismos e incluso se preparan alimentos en el local, esto se debe, según referencia de los técnicos, a que no existe un lugar en los centros para que ellos puedan almorzar o tomar un refrigerio.

Se detalla, a continuación, el proceso de la atención al paciente de tuberculosis, desde la captación, diagnóstico y tratamiento.

a) Captación

La captación de sintomáticos respiratorios en las unidades de salud es una de las deficiencias que enfrentan todas las unidades de salud de los SILAIS estudiados, identificándose como causa el pobre esfuerzo que realiza el personal de salud para la identificación de los sintomáticos respiratorios y, además, el bajo control de contactos entre los pacientes con tuberculosis, debido a la poca participación de los puestos de salud en actividades de detección de sintomáticos respiratorios.

La identificación de pacientes sospechosos de tuberculosis pulmonar se realiza, considerando los síntomas respiratorios con 15 días con tos, pérdida de peso, fiebre y sudoración. Estos pacientes son captados de diferentes formas de un SILAIS a otro; así como a lo interno del SILAIS, lo que se detalla a continuación:

Formas para captar pacientes	
Demanda espontánea.	Referencias hospitalarias (Chinandega y Chontales).
De la consulta general (externa) de los centros de salud y de emergencia.	Referencias de clínicas privadas (Chontales).
Referencia de los puestos de salud, líderes comunitarios, utilizando la boleta de referencia comunitaria (MINSA).	Captación a través de brigadas móviles, que periódicamente salen a las distintas comarcas.
De las visitas de controles de foco.	Durante la visita casa a casa (RAAS).
En la admisión (Chontales, Matagalpa y Jinotega) para elaborarles expediente, tomándole signos vitales, peso y talla.	El médico que identifica al paciente como sospechoso lo envía al laboratorio con una solicitud de BAAR seriado.

Un aspecto relevante en el SILAIS Chinandega es que tienen una baja captación, lo que les ha impedido cumplir con las metas propuestas en el programa.

b) Diagnóstico

Al paciente se le entrega un recolector para la muestra y se le dan las recomendaciones con relación a la toma (estas recomendaciones en muchos casos se les da en el laboratorio más que en la consulta). Se les indica una toma inicial al momento de llegar al laboratorio, se le entrega el recolector para una segunda muestra, que es llevada por el

paciente al laboratorio, al día siguiente, momento en el que se le pide una tercera muestra.

Con relación al cumplimiento de las normas y al número de las tres muestras normadas, Bluefields presenta problemas, ya que fuera de este municipio no logran obtener, para su lectura en el laboratorio, una segunda muestra, esto impide la instauración del tratamiento, ya que según normas para dar tratamiento deben tener dos frotis positivos. Esto se debe a que estos pacientes en su gran mayoría son de otras comunidades y si el paciente regresa a su lugar de origen ese mismo día

es altamente probable que no retorne a la unidad de salud con la segunda muestra. La causa de este problema es el costo de mantenimiento fuera de su casa y se agrava por no tener un familiar cercano a la ciudad.

Si el resultado de laboratorio es positivo, se procede a informar al programa de control de la tuberculosis, que realiza la búsqueda y captación del paciente y le abre un expediente en el programa (ingreso), con la instauración del tratamiento. Durante este tiempo, se le da consejería al paciente, que consiste en explicarle qué es la enfermedad, cuáles son sus síntomas, que existe tratamiento y que el cumplimiento estricto de éste garantiza la curación de la enfermedad y evita su transmisión, así como la resistencia del agente etiológico a los fármacos.

Si el resultado es negativo, pero clínicamente es sospechoso de tuberculosis, se le realiza otro BAAR seriado, si éste es negativo se le envía un cultivo, si no es posible esperar los resultados del cultivo, se instaura el tratamiento. Si el cultivo es negativo se orienta una radiografía de tórax. Una dificultad para la toma de radiografía, en todos los SILAIS, es su costo para el paciente, y en caso particular de la RAAS es la negativa o rechazo de ser autorizado por el médico responsable en el hospital departamental, ya que sostiene que no existen suficientes criterios que justifiquen su realización.

En la RAAN, los pacientes con resultados positivos son hospitalizados para su tratamiento en la primera fase del tratamiento acortado.

c) Tratamiento

En cuanto a la instauración del tratamiento, inicialmente se realiza la clasificación o categorización al paciente, según su padecimiento sea caso nuevo, padecimiento previo de la enfermedad y si ha recibido tratamiento. Con relación al tratamiento, debido a que consta con la primera fase de observación obligatoria, se decide lo siguiente: si el paciente vive cerca, llega al centro de salud a tomarse el tratamiento, si vive lejos y le es imposible asistir al centro, el responsable del programa solicita al SILAIS que realice ingreso al hospital, tal como se da en Chinandega, RAAN, Chontales y Matagalpa.

Esta hospitalización también se realiza en caso de que el paciente tenga mal estado de salud, independientemente de su procedencia. Una vez concluidos los dos meses de tratamiento, se envía un BAAR de control.

Para garantizar la segunda fase del tratamiento, se realizan, por parte del programa, supervisiones en las que también se aprovecha para orientar BAAR de control para los que se les deja el recolector de muestra. Estos controles se realizan al quinto o séptimo mes.

En la mayoría de los municipios de los 7 SILAIS priorizados, señalan que no se han realizado acciones por el PCT ante las personas afectadas por TB-VIH, sólo en los municipios de Managua, RAAS y la RAAN se han efectuado algunas coordinaciones con el programa de ITS/VIH-Sida, concerniente a actividades de información, educación, consejería y toma de muestras. Sin embargo, en los programas de ITS/VIH-Sida, han venido desarrollando actividades de promoción y educación, así como la oferta de las pruebas rápidas del VIH, particularmente a mujeres embarazadas. Una de las limitantes que señalan los responsables de programas de control de la tuberculosis es que desconocen los resultados de estas pruebas.

Los SILAIS que han efectuado capacitaciones al personal del programa de tuberculosis para la realización de actividades sobre el VIH-Sida han sido la RAAN, RAAS y Managua, siendo los contenidos de consejería y toma de muestras, los que ha permitido iniciar las coordinaciones con el programa de ITS/VIH y han asegurado la entrega de materiales, afiches y folletos y equipos necesarios, muy limitados para la toma y procesamiento de las muestras de sangre para capillus y exagon. Sólo en Chinandega, Juigalpa, Bluefields y Managua realizan prueba de ELISA.

En general, las actividades que han realizado a nivel de las unidades de salud con relación al VIH-Sida son las siguientes:

d) Promoción

En la mayoría de los SILAIS estudiados realizan pocas actividades de promoción sobre el VIH-Sida, ya

que no cuentan con los medios y materiales. Algunos municipios de los SILAIS que realizan actividades de promoción son Managua, Chinandega, RAAS y RAAN. La mayoría de los medios que disponen en los programas son afiches y folletos elaborados por Comisión Nacional de Lucha contra el VIH-Sida, ONG y el Ministerio de Salud.

La actividad educativa es la consejería, donde se abordan temas sobre la adquisición del VIH, sexo seguro, uso del condón, conveniencia a tener relaciones sexuales con una sola persona, para ello el personal de salud utiliza rotafolios sobre ITS/VIH, folletos sobre el VIH-Sida, y la Ley 238 entre otros, los que ocasionalmente son entregados a los pacientes, ya que existen limitaciones en cuanto a las cantidades disponibles. El desarrollo de estas actividades ha sido posible gracias a la colaboración de organismos como el de Mary Stopes en Managua y de la Comisión de Lucha contra el Sida-ETS.

Principales obstáculos para la consecución de los objetivos de la lucha contra la TB y el VIH-Sida:

El personal que labora en el PCT percibe que:

1. El programa de TB es un programa no priorizado de parte de las autoridades superiores, MINSA central y SILAIS.
2. El programa de TB está centralizado en las cabeceras departamentales, siendo una proporción importante de los pacientes procedentes del área rural con una dispersión poblacional y una inaccesibilidad geográfica a las unidades de salud, lo que incide en el tratamiento estrictamente supervisado.
3. Poco personal asignado al programa, alta rotación y/o reducción del personal. A los responsables del PCT les asignan otras actividades fuera del programa, como las del PAI y realizan visitas integrales y las jornadas, lo cual incide en el buen desarrollo del programa.
4. Algunos trabajadores de la salud y el gremio médico desconocen las normas del PCT, lo que incide en la captación de SR + 14 y en el mejoramiento del programa.

5. Los responsables del PCT a nivel de los SILAIS y a nivel municipal tienen dificultades en efectuar las supervisiones al programa de TB y el control de foco, ya que no disponen de presupuesto para las actividades de trabajo de terreno, aunado también a la carencia de transporte.
6. Falta de recursos materiales y papelería. No hay laboratorio en dos municipios. El local no presta las condiciones básicas para brindar privacidad al paciente.
7. La infraestructura en los hospitales es deficiente, de ahí que los pacientes no quieren permanecer hospitalizados.
8. La población y familiares de las personas afectadas por la tuberculosis estigmatiza la enfermedad, negándoles apoyo, lo que conlleva a la autodiscriminación.

Situación de los recursos humanos para el funcionamiento, seguimiento y supervisión del programa:

La mayoría de los responsables del programa de TB tienen la percepción de que los recursos para atender las actividades del programa son pocos, agravándose la situación cuando éstos salen de subsidios. En algunos municipios, disponen de un médico y la responsabilidad del programa lo asume generalmente una enfermera. En todos los municipios no existe asignación de recursos en los puestos de salud. A nivel de los municipios, el programa es asistido por una persona y en otros municipios, dos personas, lo que limita la realización del trabajo de terreno y la supervisión.

En términos generales, todos los responsables mencionan que el personal tiene la calificación técnica para el manejo del programa en los aspectos de captación, detección y tratamiento de los pacientes, tanto de los responsables del programa del hospital como el personal de las unidades de salud municipales.

Otra de las limitantes es que en algunas unidades se ha reducido el número de personal de laboratorio, de tal manera, retrasa la realización y la entrega de los resultados de la baciloscopía. Así también,

hay limitaciones para la realización de las pruebas de laboratorios al no existir los reactivos ni microscopios, lo que incide negativamente en la detección temprana de la enfermedad de los pacientes. Otro de los factores es que hay un responsable del programa, pero éste atiende otros programas y realiza visitas integrales fuera del centro de salud. Cuando él no está, cualquier auxiliar atiende el programa, en la mayoría de los casos sin ninguna preparación para hacerlo y, a veces, no hace el trabajo completo: registros, uso de tarjetas, exámenes; solamente cumplen adecuadamente el tratamiento del paciente.

Sobre el sistema de distribución de medicamentos para disponer de manera oportuna:

Los responsables en general consideran que se tiene una distribución a tiempo, oportuna y completa, manteniendo en todo momento la cantidad necesaria y suficiente. Se hacen los pedidos de acuerdo con el formato establecido, primeramente la requisita y se envía al SILAIS, el cual envía la cantidad solicitada a la bodega o farmacia del C/S. La distribución a los puestos de salud se hace mensualmente y de manera oportuna.

No obstante, en ciertos SILAIS, como la RAAN y Chontales, señalan que han tenido desabastecimientos en tres ocasiones por períodos hasta de dos meses de Rifampicina y Pirazinamida, y recientemente de Isoniazida y Estreptomycin, debido a situaciones de fuga en bodegas centrales de la RAAN, y a entregas de medicamentos de parte del CIPS muy próximos a vencerse.

La mayoría de los responsables del programa de tuberculosis e ITS/VIH-Sida coinciden al expresar

que en general no existe coordinación entre ambos programas, ya que funcionan como dos programas independientes, de hecho, la mayoría son asumidos por recursos asignados a cada programa. Asimismo, no se cuenta con un mecanismo para ello.

No obstante, en los municipios de la RAAN, RAAS, Managua y Chinandega se establecen ciertas actividades conjuntas muy limitadas a la referencia de los pacientes de manera bidireccional (PCT e ITS/VIH-Sida para su debido diagnóstico y tratamiento, ofrecen la prueba para el VIH en pacientes tuberculosos y la atención médica, consejería e información general.

Estos esfuerzos de coordinación son incipientes y coyunturales, sin un sentido estratégico de programa, debido a que la descentralización del programa ITS/VIH-Sida es una experiencia reciente y no ha habido experiencia de capacitación conjunta para promover esta integración.

En estos SILAIS, donde se realizan actividades en la lucha contra la tuberculosis y el VIH-Sida, han implementado capacitaciones sobre consejería, toma de muestra y consentimiento informado para el personal de ambos programas, mediante el apoyo de El Fondo Mundial. Por otra parte, el programa de ITS/VIH-Sida no tiene vínculos con ONG ni con la comunidad.

A nivel del programa de tuberculosis, no existen instrumentos de información integrados para la vigilancia epidemiológica de VIH/TB. No obstante, cada programa posee sus propios instrumentos particulares relativos a sus actividades, los que se mencionan a continuación:

Libro de registro del Programa de Control de la Tuberculosis (libro verde)	
Ficha de tratamiento de la tuberculosis (se consigna en ésta si es paciente nuevo o retratamiento)	
Tarjeta del paciente.	Libro de registro de resultados de laboratorio.
Hoja de referencia y contrarreferencia.	Baciloscopía positiva registrada 12 meses atrás.
Hoja de solicitud de examen bacteriológico.	Formato de solicitud de medicamentos (mensual) 44.
Boleta de notificación de casos.	Libro de supervisiones (color café).
Cuaderno de control de foco.	

En todos los programas de control de la tuberculosis de los municipios estudiados, se implementan estos instrumentos de recolección de la información. No obstante, en el municipio de Muelle de los Bueyes no disponen de archivos del programa, sino que los adjuntan a los expedientes.

a) Instrumentos para la sistematización de la información:

Instrumentos	
Formato para el informe mensual de baciloscopía.	Formato para el informe trimestral de casos nuevos y recaídas de tuberculosis.
Formato para el informe trimestral de resultados del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar.	Informe nonestral.

b) Análisis de la información y los resultados:

La información se analiza de acuerdo con los indicadores establecidos en el programa, sin embargo, la mayoría de los responsables entrevistados en las diversas unidades de salud de los 7 SILAIS visitados coinciden en que existen limitaciones en la realización del cálculo de los indicadores, también en la interpretación y utilidad de los mismos. Por otro lado, es coincidente el hecho de que opinan que estos informes les son útiles para la corrección de errores, la planificación, monitoreo y cumplimiento de las actividades del programa, así como para medir el éxito del mismo, identificar debilidades y reforzar en estos aspectos.

Los medios utilizados para efectuar una comunicación efectiva entre los diferentes niveles existentes en el Ministerio de Salud, que van desde los puestos de salud, centro de salud, nivel municipal y SILAIS, al MINSA central varían dependiendo del nivel de desarrollo existente en cada localidad, y se usa entre ellos la radio y el teléfono. Por otro lado, los responsables del programa a nivel de centros de salud entregan informes mensuales, trimestrales y nonestrales al responsable del programa en el SILAIS y utilizan para ello diversos mecanismos:

uso de vehículos y entrega durante la visita que se realiza a las unidades de salud. En algunos casos, como en la RAAN, RAAS, Matagalpa y Jinotega, se utiliza además la vía aérea y las pangas.

A pesar de la existencia de formatos o lineamientos para la elaboración de los informes, los cuales se hacen mensual, trimestral y nonestralmente, en la mayoría de los municipios se realiza mecánicamente el llenado de los cuadros o la estimación de algunos indicadores.

Según lo referido por los entrevistados, la información recolectada y analizada es utilizada para lo siguiente:

- El proceso de planificación, ya que los datos son incorporados en la programación de las necesidades de control de foco y seguimiento a los inasistentes.
- La programación de medicamentos, el control del tratamiento, así como la asistencia al programa.
- Conocer el grado de captación, para el control de exámenes de BAAR.

- La realización de informes trimestrales, semestrales y nonestrales, que son divulgados en consejos técnicos del centro de salud quincenalmente o en los consejos técnicos ampliados mensualmente.
- Elaboración de los indicadores, haciendo análisis comparativos con años anteriores.

En las visitas realizadas a los responsables del programa de ITS/VIH-Sida se encontró que particularmente en Managua, RAAS y RAAN se utilizan ciertos instrumentos para el proceso de recolección, análisis e interpretación:

- Formato n.º 2 “Registro mensual del programa enfermedades de transmisión sexual VIH-Sida”, en el cual se enlistan 11 pa-

tologías, entre ellas el VIH-Sida, las que se cruzan con grupo etario establecidos en escala de cinco en cinco y con el sexo masculino y femenino. Esto se lleva únicamente en el SILAIS Managua.

- Formato n.º 3 de “Registro mensual de muestras del VIH tomadas”, incluye información general sobre áreas de salud, mes, año y particular sobre los programas de ITS, embarazadas, tuberculosis y otros, el número de muestras tomadas en cada uno de ellos y una casilla de observaciones. Esto se lleva únicamente en el SILAIS Managua.
- El SILAIS Managua registra en un cuaderno los datos relativos al paciente con el VIH y utiliza algunos indicadores que establece el programa de ITS/VIH-Sida como son:

Datos o indicadores	
Porcentaje de toma de muestras para detección del VIH en usuarias de ITS.	Formato para el informe trimestral de casos nuevos y recaídas de tuberculosis.
Porcentaje de muestras para detección del VIH en casos nuevos TB.	Informe nonestral.
Porcentaje de captación de embarazadas con ITS.	Porcentaje de consejerías brindadas a usuarios/as.
Porcentaje de muestras para detección del VIH en embarazadas.	Porcentaje de contacto captados.
	Porcentaje de altas de usuario con ITS.

- En el SILAIS de la RAAS disponen de instrumento de registro, hoja de consentimiento informado, ficha de vigilancia epidemiológica, libro de registro (libro negro).

menor la cantidad. Asimismo, hay escaso material educativo (trípticos, volantes, rotafolios, pósteres) sobre TB y el VIH-Sida para apoyar el trabajo de consejería o para entregarle a los/as pacientes.

Los SILAIS de Managua, RAAS y RAAN están recién iniciando la incorporación del componente del VIH-Sida dentro del programa de ITS, pero no integrado con el programa de TB.

Es importante mencionar que el sistema de vigilancia al interior de los programas de control de la tuberculosis y del VIH-Sida es rudimentario, ya que no se aplica al interior de cada programa, sino que los datos se incorporan a los reportes o informes. De acuerdo con las entrevistas efectuadas a los responsables de programas, se señala que muy poco se está haciendo para el sistema de vigilancia y desconocen si los datos son incorporados al sistema.

La gente todavía tiene miedo de hacerse la prueba, debido a la estigmatización sobre el VIH-Sida. En la mayoría de los municipios, el número de personas que se han hecho la prueba es mínimo y en lo que se refiere a las personas afectados con TB es aun

5 Conclusiones

1. La prevalencia de la coinfección Tuberculosis y VIH-Sida, en los seis SILAIS priorizados del país, fue del 3.7%, siendo los SILAIS de Managua y la RAAS los que presentan una mayor proporción de la coinfección. Estas cifras las consideramos subestimadas, debido a la baja proporción de pruebas realizadas en todos los SILAIS, a excepción de Jinotega. De hecho, sólo un 27.21% de pacientes con tuberculosis aceptaron realizarse la prueba.

Esta baja aceptación para la realización de la prueba para el VIH demuestra que aún los servicios de ambos programas no se encuentran organizados ni preparados para enfrentar dicho problema. Esto es reflejo de la poca colaboración existente entre el PCT y el programa de VIH-Sida, y la baja capacidad de ofertar la prueba para el VIH en pacientes con tuberculosis.

2. El programa de tuberculosis de todos los SILAIS estudiados presenta muchas fortalezas en cuanto a los aspectos normativos del programa, guía técnica de laboratorio para la baciloscopia y disponibilidad de medicamentos antifímicos, y dispone de un buen sistema de registro completo, estructurado y de aplicación estandarizada. Asimismo, cuenta con el apoyo de diversos organismos internacionales para el fortalecimiento de las actividades del programa.
3. La percepción que tiene la mayoría de los responsables del PCT es que no se le ha dado la prioridad que merece ni la ayuda necesaria, dispone de escasos recursos humanos, materiales y financieros para un funcionamiento efectivo. Por otra parte, el programa no cuenta con una política de capacitación / actualización de los recursos humanos que laboran en el mismo, particularmente, el personal de laboratorio de las unidades de Chinandega, Chontales, Jinotega, Managua y la RAAN.

4. Se constata deterioro de la infraestructura física en ciertas unidades de los municipios de Chinandega, RAAN y Chontales. La capacidad instalada de los laboratorios para realizar las lecturas de las muestra es limitada en los municipios de Matagalpa, Jinotega, Chontales y la RAAN, en cuanto a materiales de reposición periódica y equipos, lo que afecta principalmente la seguridad del personal que labora en dichas instalaciones. Asimismo, el proceso de control de calidad no es utilizado como un instrumento para superar las limitaciones existentes en el procesamiento de las muestras de manera efectiva y oportuna, ya que generalmente no se da el proceso de retroalimentación de los niveles superiores a nivel operativo o local.
5. El flujo para la atención de los pacientes no es uniforme en las unidades de salud. La captación de sintomáticos respiratorios en las unidades de salud es muy baja, debido al poco esfuerzo que realiza el personal de salud para su identificación y el bajo control de los contactos de los pacientes enfermos y limitada participación de los puestos de salud para las actividades de detección y supervisión del tratamiento.
6. En casi todos los municipios de los SILAIS estudiados, las actividades en la lucha integrada contra la tuberculosis y el VIH-Sida son muy escasas, con poca coordinación entre ambos programas, ya que aún prevalece el enfoque por programa para el desarrollo de las actividades de manera independiente. No obstante, en los SILAIS de la RAAN, RAAS, Managua y Chinandega han iniciado algunas coordinaciones con el programa de ITS/VIH-Sida, limitada a la referencia de los pacientes de manera bidireccional para su diagnóstico y tratamiento, impulsando actividades de promoción, consejería y toma de muestra.
7. En todas las unidades de salud estudiadas no existe un sistema de información integrado para la vigilancia del VIH-TB y,

actualmente, los sistemas de registro de información, tanto del programa de tuberculosis y del VIH-Sida no forman parte del sistema de vigilancia del país. La información reportada es integrada posteriormente al sistema de vigilancia epidemiológica.

8. El programa de ITS/VIH-Sida de las unidades de salud de los SILAIS estudiados dispone de limitados recursos humanos y materiales para su funcionamiento y en los SILAIS que han iniciado algunas coordinaciones que han sido posible con el apoyo y colaboración de organismos. Asimismo, no disponen de las normas técnicas para el diagnóstico del VIH y procedimientos normativos para la atención de la coinfección. Por otra parte, la centralización del proceso de realización de lectura de la muestra para la detección del VIH, así como el limitado apoyo logístico, como el transporte, provoca demora para obtener el diagnóstico oportuno e incide en la fluidez de la información en los niveles correspondientes.

6. Recomendaciones

1. El impacto que puede tener a mediano plazo la confluencia de la tuberculosis y el VIH-Sida en Nicaragua, como es el incremento de la incidencia de ambas enfermedades, plantea grandes retos y desafíos para mantener el control de la tuberculosis. Requiere desarrollar estrategias conjuntas para el manejo de la coinfección que permitan establecer las sinergias compartidas que tienen ambos programas. Se debe garantizar el compromiso político de las autoridades ministeriales para obtener apoyo concreto a todos los niveles, que facilite el desarrollo de actividades conjuntas entre ambos programas, incluyendo el cuidado domiciliar, atención primaria y atención secundaria.
2. Se deben diseñar modelos de colaboración; definir responsabilidades de alto nivel y los límites de colaboración entre ambos programas; desarrollar un plan nacional estratégico de colaboración de TB-VIH; elaborar instrumentos de apoyo la planificación local para la colaboración de las actividades; elaborar normas y procedimientos de atención a la coinfección; definir los roles y funcionamiento de cada uno de los elementos de la atención. El mecanismo propuesto para desarrollar estas acciones es el de establecer un Comité Nacional de Coordinación de Tuberculosis y el VIH.
3. Realizar acciones encaminadas a reforzar la estrategia DOTS para asegurar un mejor funcionamiento operacional y sostenibilidad del programa, mejorando al máximo la detección pasiva de los casos de tuberculosis, localizándolos entre los que consultan al sistema sanitario, así como lograr una mayor oferta de la prueba voluntaria del VIH y consejería a todos los pacientes con tuberculosis. Para lograrlo, se requiere reforzar la información y educación del personal de salud, pacientes y público general y mejorar la capacidad instalada de los laboratorios, dotándolos de insumos y materiales necesarios.
4. Contar con una política de capacitación de los profesionales de salud que laboran en los programas de Tuberculosis e ITS/VIH-Sida, ubicados en los diferentes niveles de atención, enfatizando en los temas de consejería y consentimiento informado.
5. Reforzar ambos programas con recursos humanos, materiales de reposición periódica y materiales educativos que permitan desarrollar actividades de terreno (captación y seguimiento del paciente), y que a la vez involucren a los puestos de salud en el diagnóstico y supervisión del tratamiento.
6. Utilizar los datos como instrumento gerencial para la toma de decisión y los procesos de planificación, supervisión, control y evaluación. Así también, efectuar pruebas de tamizaje de tuberculosis a las personas atendidas en los servicios para el VIH

y establecer vigilancia al VIH en pacientes tuberculosos.

7. Establecer un sistema de información integrado para la vigilancia epidemiológica

del VIH-TB en todos los niveles de atención en salud del país, que permita monitorear sistemáticamente la situación epidemiológica y tomar acciones de prevención de manera oportuna.

Bibliografía

- Caminero J. *Guía de la tuberculosis para médicos especialistas*. UICTER. Francia, 2003.
- Ferrer, Amed Valdés, Everardo. *Nuevo Reto Médico: la Coinfección Sida-Tuberculosis*. Cuba. 1998.
- MINSA. *Informe Anual del programa de control de tuberculosis. XIII edición*. Managua, Nicaragua, 2003.
- MINSA. *Vigilancia Epidemiológica de Nicaragua, 2003*.
- OMS. *Informe sobre la Epidemia de la Tuberculosis 1995*. Resumen. Programa Global contra la Tuberculosis. Ginebra.
- OPS/OMS. *Guía sobre atención integral de personas que viven con la coinfección de TB/VIH en América Latina y el Caribe*. Junio, 2003.
- OPS/OMS. *El control de la Tuberculosis en las Américas*. Prevención y Control de las Enfermedades. Boletín n.º 9. Marzo de 2002. Nicaragua.
- Situación de la asociación TB/VIH-Sida en la región de las Américas*. San Pedro Sula, Honduras.
- WHO. *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV Programme Activities*. Geneve, Switzerland, 2003.
- WHO. *Report. Global tuberculosis control*. 2004.
- WHO. *Tuberculosis. Strategy & Operations, Monitoring & Evaluation*. Geneve, Switzerland, 2004.

