

TUBERCULOSIS EN GUAMBIA SEGÚN INDICADORES DE LA "GUÍA DE ATENCIÓN A TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRAPULMONAR" 2000-2004

Carmen Ofelia Daza Córdoba*, Emilsen Jhoana Hurtado Muelas,**
Jairo Antonio Imbachí Salamanca, ** Yady Andrea Solarte Galíndez**

RESUMEN

Objetivo: La tuberculosis (TB) constituye un grave problema de salud pública. El objetivo del estudio fue determinar el comportamiento de la tuberculosis en el Resguardo Indígena de Guambía, durante el periodo 2000-2004, con base en los indicadores de la "Guía de atención a tuberculosis pulmonar y extrapulmonar" del Ministerio de Salud de 2000, República de Colombia. **Métodos:** Se utilizaron registros e historias clínicas de 65 pacientes del programa de tuberculosis del Hospital Nivel I Mamá Dominga. **Resultados:** La caracterización sociodemográfica mostró predominio del sexo femenino 55.4% (36) en edades entre 35-39 y 60-64 años (12.3% respectivamente); la presentación clínica mas frecuente fue la pulmonar con 90.8% (59), el 66.2% (43) de los casos tenían condición de ingreso nuevo y 47.7% (31) condición de egreso curado; la vereda Cacique aportó mayor número de casos (24), de los cuales 17 eran diagnosticados por primera vez. **Conclusiones:** Los indicadores de control de Tuberculosis relacionados con la gestión del programa, revelaron mayor captación de sintomáticos respiratorios en el 2001 con 264% y una considerable baja en el 2004 (69.3%), la concentración de baciloscopias en ningún año alcanzó el mínimo requerido (2.5), la incidencia en 2004 fue 35.29 por 100.000 habitantes y mortalidad cero; al relacionar la incidencia con valor mínimo aceptable de acuerdo a la norma (alto si $\geq 25 \times 100.000$), se obtiene que Guambía se ubica en un rango alto, por lo que se ameritan acciones que favorezcan el fortalecimiento de la estrategia Tratamiento Acortado Directamente Supervisado (DOTS) como medida efectiva para cortar la cadena de transmisión en la comunidad Guambiana.

Palabras clave: Tuberculosis, guía de atención, indicadores, Guambía.

Recibido para evaluación: octubre 15 de 2006. Aprobado para publicación: noviembre 26 de 2006

* Enfermera Epidemióloga, Docente del Departamento de Medicina Social y Familiar Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- Estudiantes de X semestre de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca

Correspondencia: Carmen Ofelia Daza Córdoba: codaza@unicauca.edu.co Universidad del Cauca, Facultad Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina Social y Salud Familiar. Carrera 6 #13N - 50. Popayán. Colombia

ABSTRACT

Objective: The tuberculosis (TB) it constitutes a serious problem of health public. The objective of the study was to determine the behavior of the tuberculosis in the Indigenous Receipt of Guambía, during the period 2000-2004, with base in the indicators of the "Guide of attention to lung tuberculosis and extrapulmonar" of the Ministry of Health of 2000, Republic of Colombia. **Methods:** Registrations and 65 patients' of the program of tuberculosis of the Hospital Nivel I Mama Dominga. **Results:** The sociodemographic characterization showed prevalence of the feminine sex 55.4% (36) in ages between 35-39 and 60 - 64 years (12.3% respectively); the clinical presentation the most frequently was the pulmonary form (59), 66.2% (43) of this cases 47.7% (31) corresponding to new condition and cured condition Cacique town contributed bigger number of cases (24), of which 17 were diagnosed for the first time. **Conclusions:** The indicators of control of Tuberculosis related with the administration of the program, revealed bigger reception of symptomatic breathing in the 2001 with 264% and a considerable one low in the 2004 (69.3%), the baciloscopias concentration in any year reached the required minimum (2.5), the incidence in 2004 was 35.29 for 100.000 inhabitants and mortality zero; when relating the incidence with acceptable minimum value according to the norm (high if (at 25x100.000), it is obtained that Guambia is located in a high range, for that that you ameritan actions that they favor the invigoration of the strategy Directly Supervised Shortened Treatment (effective measured DOTS) to cut the transmission chain in the community guambiana.

Key words: *Tuberculosis, guide of attention, indicators, Guambía.*

INTRODUCCIÓN

La situación que viven los grupos indígenas de Colombia por la alta incidencia y prevalencia de enfermedades contagiosas asociadas a condiciones de pobreza, violencia y afectación de los sistemas productivos, constituye un problema de índole social y cultural; corresponde al Estado el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural, con garantía de asegurar su permanencia social y cultural según los términos establecidos en la Constitución Política, en los tratados internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas(1)

La presente investigación se realizó en la comunidad indígena de Guambía, ubicada en el municipio de Silvia, Departamento del Cauca, Colombia, la cual tiene un total de 17.000 habitantes, los cuales hablan lengua indígena y en su mayoría tienen como ocupación la agricultura, la vereda Cacique, cuenta con el mayor número de habitantes del Resguardo (4811 en el año 2000) Esta comunidad ha padecido por muchos años el flagelo de la tuberculosis, por esta razón las autoridades indígenas que rigen su territorio han planteado estrategias que permitan combatir dicha enfermedad además de otras que afectan a la comunidad,(2) esto mediante la creación de un plan de vida que contempla la combinación entre la medicina tradicional y occidental, conforme a la ley 691 del 18 de septiembre de 2001, que reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia (SGSSS).(3)

En el año 2000 se inauguró el Hospital nivel I Mama Dominga (HMD) con el fin de suplir las necesidades en salud de los

Guambianos, se implementaron programas de promoción, prevención y control de enfermedades de interés en salud pública con sus respectivas Guías de atención (resolución 412 de 2000), incluyendo la correspondiente a Tuberculosis (TB).(4)

El objetivo del presente trabajo fue determinar el comportamiento del programa de TB en el Resguardo Indígena de Guambía durante el periodo de 2000 a 2004, de acuerdo a los indicadores de la "Guía de atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar", resolución 412 de 2000 Ministerio de Protección Social, para lo cual se evaluaron los indicadores de control de gestión, de seguimiento y de impacto, además de la caracterización sociodemográfica de la población.(5)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, que involucró registros e historias clínicas de 65 pacientes reportados por el programa de TB del Hospital Nivel I, Mama Dominga, entre los años 2000-2004. Se incluyeron los registros de pacientes inscritos en el programa de TB del Resguardo Indígena de Guambía, tratados con el Tratamiento Acortado Supervisado y con información completa sobre diagnóstico por BK o cultivo positivo para BAAR, BK y cultivo negativos, con criterios clínicos, epidemiológicos y radiológicos positivos.

Además de las variables sociodemográficas, para la evaluación del programa se utilizaron los indicadores del control de gestión, de seguimiento y epidemiológicos, propues-

tos en la "Guía de atención de Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar"

Los indicadores del control de Gestión (porcentaje de captación, porcentaje de positividad y porcentaje de concentración de baciloscopias), los Indicadores de seguimiento (porcentaje de curación, de tratamientos terminados, de abandono, de fracasos, de fallecidos, de transferidos y de negativización bacteriológica al segundo mes) y los Indicadores epidemiológicos (incidencia, mortalidad y letalidad) y cobertura de BCG, fueron calculados con los datos de la cohorte y comparados de acuerdo a la norma así: el porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios debe ser mínimo del 80%, la positividad de la baciloscopia mayor del 4-5% y la concentración de baciloscopias en promedio 2.5. El cumplimiento de las metas de curación debe ser del 85%, los tratamientos terminados deben acercarse a 0% en casos BK positivos, el porcentaje de abandono del 5% aunque lo ideal es 0%, el porcentaje de fracasos debe ir máximo de 1-2%, el porcentaje de fallecidos idealmente de 0, el porcentaje de transferidos debe procurarse sea mínimo, y el porcentaje de negativización bacteriológica al segundo mes debe ser de más del 80%. Los Indicadores epidemiológicos: incidencia (alta si es mayor o igual a 25 x 100.000 habitantes), prevalencia, mortalidad y letalidad que debe ser Ideal a 0%, la cobertura útil de vacunación BCG debe ser del 95% mínimo.

La recolección de la información se realizó en un formato diseñado para tal fin, en el cual se consignaron los datos de las historias clínicas y los registros que maneja el programa de tuberculosis del HMD, del Resguardo Indígena de Guambía, en el periodo de estudio.

Para cada indicador de control de gestión y epidemiológico, se calculo el numerador y el denominador, anualmente. El análisis de cohorte que consiste en determinar la proporción de casos BK positivos en cada una de las seis categorías mencionadas, se utilizó para la evaluación de los resultados de tratamiento, dado que el tratamiento dura por lo menos seis meses y la inasistencia de algunos pacientes lleva a prolongar la duración del mismo, los resultados de la cohorte se analizaron con un tiempo mínimo de nueve meses luego de haber ingresado el último miembro a la cohorte, además se analizó el porcentaje de negativización de la baciloscopia a los dos meses de tratamiento, indicador que no se encuentra contemplado dentro de los de seguimiento pero se tiene en cuenta para el análisis de cada trimestre. El análisis de la cohorte es la mejor manera de evaluar la adecuación del régimen de tratamiento, así como la calidad del tratamiento de casos y, por lo tanto, del control de la tuberculosis (progreso hacia la meta de una tasa de curación del 85%).

RESULTADOS

La incidencia de tuberculosis en Guambía, ha presentado fluctuaciones a partir del 2000, año que presentó la tasa más alta 73 por 100 mil habitantes, seguida por una tasa de 69 por 100 mil habitantes en el 2002; la tasa más baja 35 por 100 mil habitantes se presentó en el 2004. Se observa que la prevalencia presenta una disminución gradual durante el quinquenio, en el 2000 era de 139 por 100 mil habitantes y en el 2004 registró un 47 por 100 mil habitantes (Figura 1).

De acuerdo al tipo de TB el 90.8% (59) de casos presentaron TB pulmonar y 9.2%. (6) TB extrapulmonar (Figura 2.)

Caracterización sociodemográfica: en total se estudiaron 65 pacientes, de los cuales el 55.4% (36) eran mujeres. La distribución por edad y sexo, muestra que excepto los menores de un año, todos los grupos se encuentran comprometidos, presentando mayor frecuencia en los grupos los económicamente activos. La edad promedio fue 42 años. (Tabla 1).

Figura 1. Incidencia VS Prevalencia pacientes con Tuberculosis Guambía 2000-2004

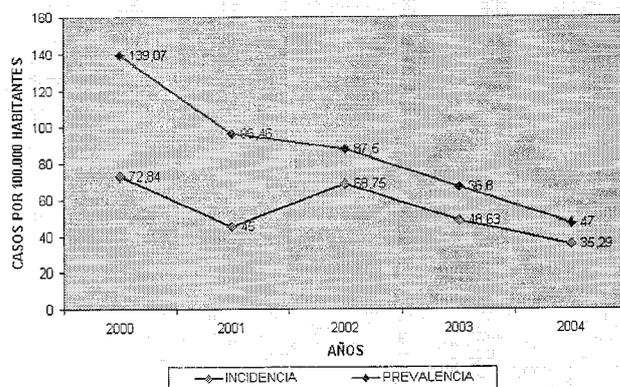
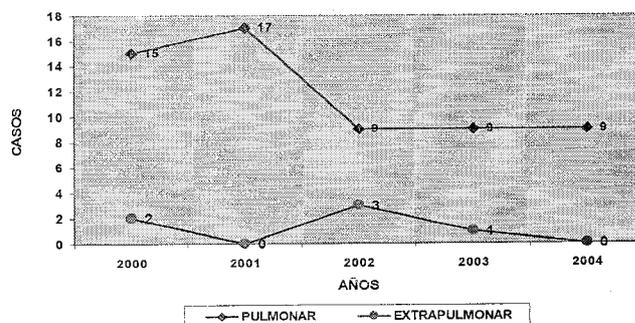


Figura 2. Distribución anual de casos según tipo de tuberculosis Guambía 2000-2004



El 52.3% (34) de pacientes eran casados y el 9.2% menores de edad. Hubo predominio de agricultores con un 52,3% (34), el 21.5% (14); amas de casa, un 13.8% eran amas de casa y agricultoras a la vez, y un 1.5% (1) ama de casa que además trabaja en un establecimiento de venta de alimentos. El 7.7% (5) eran estudiantes, un 1.5% que corresponde a un menor de edad y un adulto mayor respectivamente. De acuerdo al Régimen de Seguridad Social en Salud, el 72,3% pertenecen al régimen subsidiado, un 67,7% está afiliado a ASMET Salud, el 4.6% a la AIC y un 27.7% de pacientes no tiene afiliación al Sistema. (Tabla 2)

La Vereda Cacique aportó el 37% (24) de casos, le sigue la zona Guambía Nueva con un 16.92% (11), la zona Campana y Pueblito con un 13.8% respectivamente (9).

Según criterio diagnóstico, en el 58.5% de casos se utilizó la baciloscopia, seguido de RX y cultivo con un 24% y 16.9% respectivamente; la condición de ingreso como caso nuevo fue la más frecuente con un 66.2%, seguida por recaída con 29.2%, un 4.6% reingreso por abandono, la condición de egreso como caso curado fue de 47.7% (31), seguida de terminó tratamiento con 35,4%(23), se presentaron casos de abandono del tratamiento con 1.5% (1) y 13.8% de muertes (9). (Tabla 3).

De un total de 37 pacientes a quienes se les realizó baciloscopia, el 54% (20) tuvo 3 controles por baciloscopia, el 43.2% (16) dos controles y un paciente (2.7%) no se le realizó control de BK, debido a que falleció un mes después del diagnóstico. Cabe anotar que el 43% de pacientes inscritos al programa de Tuberculosis, posee criterio diagnóstico diferente a baciloscopia, por tanto no registran controles.

La caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes con TB Extrapulmonar, mostró que se presentaron 6 casos, 4 con TB meníngea y dos con TB renal, el medio diagnóstico mas utilizado fue el cultivo; según la condi-

ción de ingreso 5 casos ingresaron como nuevos y uno como recaída, la condición de egreso fue tratamiento terminado en 4 casos y dos casos de muerte.

Cinco pacientes eran adultos de sexo masculino, 4 de ellos dedicados a la agricultura, 3 casados, hubo un menor de 2 años.

Según procedencia, 2 casos eran de San Antonio y 2 de la Campana, uno de Guambía Nueva y uno de Cacique. 5 casos pertenecían al régimen subsidiado en salud, 4 afiliados a ASMET y uno a AIC, el menor de 2 años no tenía ningún tipo de Seguridad Social

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL CONTROL DE TUBERCULOSIS GUAMBIA 2000-2004

Indicadores de control gestión

A continuación se presentan las variables y los indicadores del control de Gestión del Programa de TB del Hospital Mama Dominga en Guambía. (Tabla 4)

En el periodo de estudio, se observa que el número total (1481) de SR examinados con BK de esputo se acerca a lo programado (1459.6); el porcentaje de captación de SR en los años 2001 y 2002 sobrepasó el valor mínimo aceptable y en los años restantes no alcanza este valor (min. 80%)

El número total de SR positivos a la BK fue de 29 (en un rango de 3 a 10) y el número total de SR examinados con BK positivo estuvo entre 166 y 398, con un porcentaje de positividad a la BK, en un rango de 0.75 y 3.72, se realizaron 3017 baciloscopias para diagnóstico lo cual arroja como resultado una concentración de baciloscopias entre 1.9 y 2.13, siendo el valor mínimo aceptado de 2.5.

Tabla 1. Distribución por grupos etários y sexo pacientes con tuberculosis Guambía 2000-2004

Grupo etario	SEXO				Total	%
	Femenino		Masculino			
	Numero	%	Numero	%		
1-9	2	5.6	1	3.4	3	4.6
10-19	2	5.6	4	13.8	6	9.2
20-29	6	16.7	3	10.3	9	13.8
30-39	9	25.0	6	20.7	15	23.1
40-49	6	16.7	1	3.4	7	10.8
50-59	3	8.3	5	17.2	8	12.3
60-69	7	19.4	7	24.1	14	21.5
70-79	1	2.8	2	6.9	3	4.6
TOTAL	36	100	29	100	65	100

Tabla 2. Estado civil, Ocupación, Régimen de Seguridad Social en Salud pacientes con tuberculosis Guambía 2000 – 2004

VARIABLE	Nº	%
ESTADO CIVIL		
Sin dato	3	4,6
Casado	34	52,3
Soltero	12	18,5
Separado	1	1,5
Unión libre	4	6,2
Viudo	5	7,7
Menor de edad	6	9,2
OCUPACION		
Menor de edad	1	1,5
Adulto mayor	1	1,5
Agricultura	34	52,3
Ama de casa	14	21,5
Agricultura + ama de casa	2	3,8
Estudiante	5	7,7
Ama de casa + restaurante	1	1,5
REGIMEN		
Subsidiado	47	72,3
Vinculado	13	27,7
ENTIDAD		
Ninguna	18	27,7
ASMET	44	67,7
AIC	3	4,6
TOTAL	65	100

Tabla 3. Criterio diagnóstico, tipo de tuberculosis, condición de ingreso y de egreso pacientes con tuberculosis Guambía 2000-2004

VARIABLE	Nº	%
DIAGNÓSTICO		
Bk	37	58,5
Cultivo	11	16,9
Rx	16	24,6
Eco renal	1	1,5
TIPO DE TUBERCULOSIS		
Pulmonar	59	90,8
Extrapulmonar	6	9,2
CONDICIÓN DE INGRESO		
Nuevo	43	66,2
Recaída	19	29,2
Reingreso por abandono	3	4,6
CONDICIÓN DE EGRESO		
Curado	31	47,7
Termino Tio	23	35,4
Abandono	1	1,5
Remitido	1	1,5
Muerte	9	13,8
TOTAL	65	100

Indicadores de Seguimiento y análisis de cohorte.

De un total de 29 pacientes que ingresaron durante el periodo 2000 a 2004, 27 casos se negativizaron al segundo mes de tratamiento, 26 de ellos se curaron, 2 fallecieron y 1 fue transferido (Tabla 5). El porcentaje de curación y de negativización bacteriológica al segundo mes, de para el último año fue de 100%, cifra que supera el valor mínimo aceptado. El porcentaje de tratamientos terminados, de abandonos y de fracasos fue de cero. En el año 2002 hubo 2 fallecimientos y en el año 2003 un paciente fue transferido. (Tabla 6)

Indicadores Epidemiológicos.

En la figura 3, se presenta la incidencia acumulada por sexo, se observa que se presenta un descenso en los años 2002 y 2003 en las mujeres y en este mismo periodo en los hombres ocurre lo contrario.

La mortalidad por tuberculosis en el periodo ha descendido de 19.86 por 100 mil habitantes en el año 2000 hasta cero en el año 2004. (Figura 4).

La letalidad permaneció constante durante los años 2000 y 2001 con un 17.6% empieza su descenso a partir de 2002 y finalmente llegó a cero en el 2004. (Figura 5).

La cobertura de vacunación de BCG en el periodo estuvo entre el 70% en el año 2000 y un 132 y 141% en 2003 y 2004 respectivamente cifra que supera el 100% de vacunación. Se debe tener en cuenta que el valor de referencia de la población menor de un año corresponde a un censo realizado por el Hospital Mama Dominga en el mes de julio del año 2003, donde dicha población fue de 203, sin embargo dados los resultados del 2003 y 2004 es posible que exista una sobreestimación de la cobertura. (Figura 6).

DISCUSIÓN

De igual forma que a nivel mundial, la tuberculosis en el Resguardo Indígena de Guambía, continúa siendo un problema de salud pública, con una incidencia que si bien ha ido en descenso de 72.8 casos por 100 mil habitantes en el año 2000 a 35 por 100 mil habitantes en el 2004, supera el promedio nacional, departamental y municipal. (6-10) Esta situación no deja de constituir un problema, puesto que la existencia de la enfermedad en una población pequeña y "concentrada" como consecuencia de la estrechez del resguardo, hace que el contacto social de las familias y la integración de actividades sea mayor, lo que podría constituir

Tabla 4. Variables Indicadores de Control de Gestión Guambía 2000-2004

VARIABLES AÑOS	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
Número de sintomáticos respiratorios examinados con BK de esputo	166	310	296	311	398	1481
Número de sintomáticos respiratorios programados para BK de esputo	-	117	236.6	532	574	1459.6
Número de sintomáticos respiratorios positivos a la baciloscopia	4	10	5	7	3	29
Número de baciloscopias realizadas para diagnóstico	354	607	609	633	814	3017

Indicadores de control gestión Guambía 2000-2004

Indicadores	AÑOS					Valor mínimo aceptable
	2000	2001	2002	2003	2004	
Porcentaje de captación de SR	0	264	125	58,4	69,3	Mínimo 80%
Porcentaje positividad a la BK	2,4	3,2	1,68	2,25	0,75	No mayor al 4-5%
Concentración de BK	2,13	1,9	2	2	2	Promedio mínimo 2.5

Tabla 5. Análisis de Cohorte pacientes con tuberculosis Guambía 2000-2004

VARIABLE	AÑO					TOTAL
	2000	2001	2002	2003	2004	
Casos nuevos BK + que inician tratamiento	6	6	7	5	5	29
Casos nuevos BK+ que se negativizan al 2° mes de tratamiento	5	5	7	5	5	27
Curado	6	4	7	4	5	26
Fallecido	0	2	0	0	0	2
Transferido	0	0	0	1	0	1

una posible explicación de la persistencia de la enfermedad y su transmisión.

En el presente estudio la población fue en su totalidad indígena, con predominio del sexo femenino, situación contraria a la encontrada en otros estudios(11-13) que reportan mayor proporción en hombres; en tal sentido, es pertinente tener en cuenta el reconocimiento que afirma que “la mujer guambiana trabaja más que el hombre.”(2) La mujer guambiana y en general, las mujeres indígenas, asumen un rol fundamental en el desarrollo de trabajos agrícolas, fami-

liares y comunitarios, fuera del hogar que demandan largas jornadas laborales y contacto permanente con muchas personas, dichos factores pueden influir en la pérdida de continuidad del tratamiento, puede ser posible que ellas olviden o decidan no tomarlo, lo cual trae como consecuencia un número elevado de mujeres enfermas.

Los casos de tuberculosis en Guambía, se presentaron en todos los grupos de edad, estos resultados reflejan que la población joven y económicamente activa es la más afectada, tal como ocurre en México y España, donde la mayor

Tabla 6. Indicadores de seguimiento pacientes con tuberculosis, Guambía 2000-2004

INDICADOR	AÑO					VALOR MINIMO ACEPTABLE
	2000	2001	2002	2003	2004	
Porcentaje de curación	100	66.6	100	80	100	Debe ser mínimo del 85%
Porcentaje de tratamientos terminados	0	0	0	0	0	Debe acercarse a cero en casos BK+
Porcentaje de abandono	0	0	0	0	0	Hasta el 5% lo ideal cero
Porcentaje de fracasos	0	0	0	0	0	Máximo 1-2 %
Porcentaje de fallecidos	0	33.4	0	0	0	Ideal cero
Porcentaje de transferidos	0	0	0	20	0	Debe ser mínimo hasta el 5% lo ideal cero
Porcentaje de (-) bacteriológica al 2º mes	83.3	83.3	100	100	100	Debe ser mas del 80%

frecuencia se presenta en edades productivas.(14-16) Los adultos mayores también fueron afectados por TB, este hecho coincide con otras publicaciones(17,18) en donde los mayores de 60 años presentan frecuencia en ascenso de la enfermedad. De acuerdo a las concepciones que tiene el pueblo Guambiano sobre los ancianos, se tiene que ellos representan sabiduría y consejo para las generaciones venideras, constituyéndose en pilares fundamentales de la tradición oral guambiana,(2) esta razón que los lleva a mantenerse aferrados a creencias de medicina tradicional y cierto recelo frente a la medicina occidental, puede representar también un eslabón en la cadena de transmisión de la enfermedad.

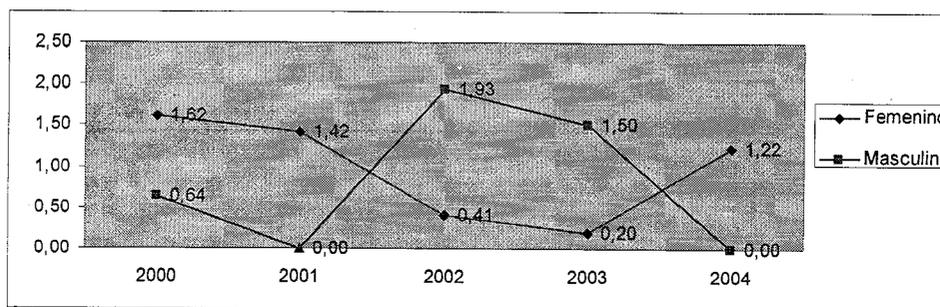
La convivencia familiar se presume como factor influyente en la transmisión de la enfermedad hacia los diferentes contactos, en este estudio se presentó una mayor frecuencia de tuberculosis en pacientes casados; se estima que del 4 al 5% de casos de tuberculosis corresponde a contactos habituales o intradomiciliarios, ubicándolos en el grupo de mayor riesgo, sobretodo los niños que conviven con casos bacilíferos; los contactos ocasionales (parejas, familiares que visitan frecuentemente el domicilio, compañeros de trabajo) tienen menor riesgo de infectarse.(19) El hecho de tener un 9.2% de pacientes menores de edad, hace pensar que una posible fuente de contacto corresponde a los padres.

Pese a que el oficio primordial de los nativos es la agricultura, en el resguardo los cultivos tradicionales han sido sustituidos, (20-22) este fenómeno ha cambiado de alguna forma las costumbres alimenticias de los miembros de la comunidad, afectando el estado nutricional, tal como se revela

en un estudio acerca del enfoque de riesgo de la tuberculosis(19) en el cual se encontró relación con factores de riesgo de malnutrición, este hecho podría estar asociado con la consiguiente persistencia de TB, en estos sectores de la población pese a los esfuerzos que en materia de nutrición han realizado los gobiernos.(23,24)

La vereda Cacique, aportó el mayor número de casos, históricamente este lugar ha sido siempre el foco de la enfermedad (2) que hasta el momento no se ha logrado erradicar, por el contrario se ha diseminado a otras zonas del resguardo prolongando la cadena de transmisión. Estos hechos resaltan la importancia de realizar estudios de contactos a pacientes con TB, si se tiene en cuenta que la transmisión de esta enfermedad tiene relación con la alta y continua exposición al bacilo de Koch (25) en personas con nutrición deficiente y factores de riesgo(4,5,25) como el hacinamiento dada la limitada cantidad de tierra en el Resguardo, la alta concentración de la población en las diferentes zonas que lo componen, el diseño arquitectónico de las viviendas y largas jornadas de trabajo especialmente en las mujeres.

De acuerdo a la ley 691 de 2001, que reglamenta la participación de grupos étnicos en el SGSSS en Colombia y según el acuerdo 117 de 1998, la tuberculosis se encuentra dentro de las enfermedades de interés en salud pública. En Guambía, aun cuando un alto porcentaje de la población pertenece al régimen subsidiado en salud, existe también un porcentaje de personas que no cuentan con estos servicios, se plantea entonces la problemática que viven las etnias en Co-

Figura 3. Incidencia acumulada de TB por sexo. Guambía 2000-2004

lombia, más aún las que viven en lugares apartados geográficamente y que padecen las deficiencias del SGSSS, como en Vaupés(13) donde la población indígena en su mayoría es vinculada, mientras que el porcentaje de personas no indígenas vinculadas es menor. Según Tascón,(20) vicepresidente de la Organización Indígena de Antioquia (OIA) de la población total de indígenas antioqueños el 50% de ellos están en el régimen subsidiado y el otro 50% están como vinculados.

En Guambía el criterio diagnóstico más utilizado fue la baciloscopia semejante a otros estudios(5,7,16,17,25) que indican la baciloscopia como método diagnóstico principal para la atención e inicio del tratamiento, minimizando los riesgos de contagio y dispersión de la enfermedad, contrario al cultivo bacteriano líquido o sólido que tiene la desventaja de tardar entre 2 a 8 semanas para arrojar un resultado positivo, lo cual repercute en incertidumbre y retraso en el diagnóstico de pacientes baciloscópicos negativos, con la consecuente demora en el inicio del tratamiento, deterioro del paciente y propagación de la enfermedad.(26)

La concentración de baciloscopia como medio diagnóstico, fue de 2%, las tres baciloscopias de control son consideradas de vital importancia para hacer seguimiento, vigilar la evolución de la enfermedad frente al tratamiento administrado y evaluar su eficacia; se hace hincapié en la toma de las tres baciloscopias al 2, 4 y 6, mes de tratamiento, esto en relación a que es la única forma de saber con certeza si un paciente se ha curado o requiere un replanteamiento en su esquema de tratamiento.

En este estudio al igual que en otros estudios(11,27) hubo un alto porcentaje de pacientes con TB pulmonar, que desde el punto de vista epidemiológico es la única forma capaz de contagiar a otras personas, dado su mecanismo de transmisión aérea que lleva a que se presente más en la población general.(28) Sin embargo, se debe tener en cuenta que la enfermedad puede ocurrir semanas después de la infección primaria o estar latente por años antes de causar la

patología,(29) es claro que si se asocia a condiciones de inmunodeficiencia, ya sea por ser concomitante con VIH, o en casos de diabetes, alcoholismo o desnutrición puede diseminarse y generar múltiples lesiones en distintos órganos del cuerpo.(30) También se encontraron 6 casos de TB extrapulmonar (meníngea y renal), un menor de edad presentó la forma meníngea, situación similar a otros hallazgos en que se relaciona localización de infección y edad, con predominio del tipo meníngeo y ganglionar en niños,(18, 27, 30) según esto, adquiere importancia el diagnóstico oportuno de la enfermedad diseminada,(31) y se enfatiza en la vacunación de los recién nacidos mediante la BCG, pues constituye una herramienta clave de protección contra las formas graves de TB(5)

De acuerdo a la condición de ingreso hubo predominio de casos nuevos o diagnosticado por primera vez, seguido de recaída, cifras que coinciden con lo reportado en otros municipios del Cauca,(11) sería entonces factible pensar que no se está detectando oportunamente los sintomáticos respiratorios, tal como se plantea en las Guías o Programas de Acción en contra de la TB, las cuales están encaminadas al cumplimiento de las metas planteadas por la OMS para el 2005,(32) esta circunstancia constituye el principal obstáculo para el éxito del programa, mas aun para el caso que nos ocupa, si se tiene en cuenta que la TB, ha sido desde muchos años uno de los problemas de salud que aqueja esta comunidad,(2) por lo tanto, se hace necesario tomar medidas que permitan cumplir y fortalecer los objetivos de la estrategia DOTS, teniendo en cuenta los factores culturales y sociales que influyen en la aceptación de la comunidad indígena a las acciones realizadas para el control de la TB en cuanto a prevención y tratamiento, en atención a que "la curación es la mejor prevención."(33-36)

La evaluación de los indicadores de la Guía de atención a TB pulmonar y extrapulmonar, permite determinar el logro de las metas con base en un estándar que señala desviaciones sobre las cuales habrá que tomar las medidas correctivas; para este caso en particular se evalúan los

Figura 4. Tasa de mortalidad por tuberculosis Guambía 2000-2004

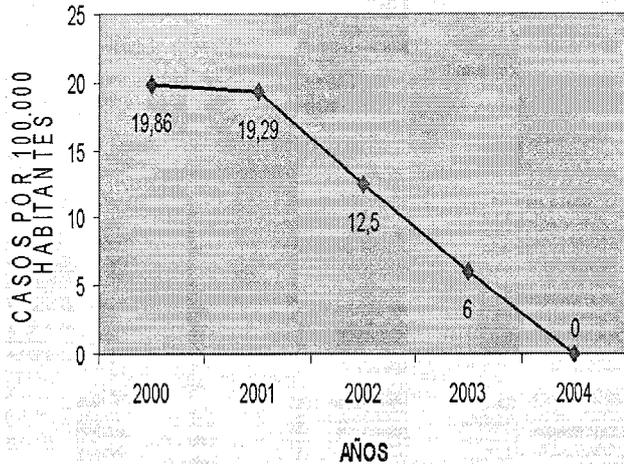


Figura 5. Letalidad por tuberculosis Guambía 2000-2004

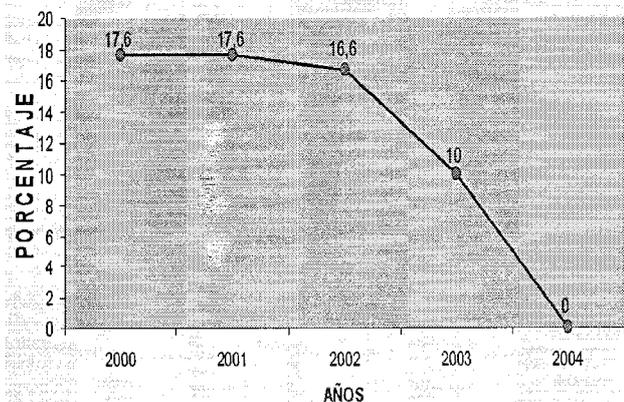
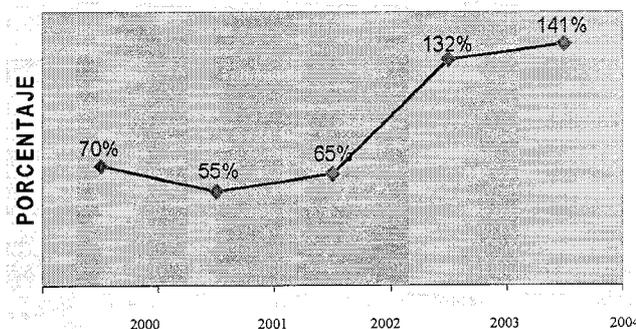


Figura 6. Cobertura de vacunación BCG Guambía 2000-2004



indicadores de control de tuberculosis, los cuales se dividen en tres grupos: indicadores del control de gestión, de seguimiento y epidemiológicos.

De acuerdo con los indicadores de control de gestión, llama la atención el hecho de que el porcentaje de captación de SR, solo en los años 2001 y 2002, superó el porcentaje mínimo (80%) requerido por la norma; tal como ocurre en otros departamentos de Colombia,⁷ la tendencia del porcentaje de positividad del BK, presenta cifras por debajo (3.8%) del promedio nacional; la concentración de BK también se mantiene por debajo del promedio mínimo (2.5%). frente a esto, se puede sugerir la realización de una mejor focalización de la búsqueda activa de casos, seguido de un criterio clínico confiable (tos con expectoración no menor de dos semanas), para de esta forma obtener una positividad y una captación real de sintomáticos respiratorios. Con relación a los indicadores de seguimiento, el porcentaje de curación en el período, supera la cifra del 70.4% que se presentó en Colombia en el año 2000, aun cuando la condición curado prevalezca (7, 11, 37) se presentan casos de fallecidos y traslados, de ahí la importancia de obtener una buena captación de sintomáticos respiratorios, ligada a una buena concentración de baciloscopias, una buena calidad de las muestras de esputo y la realización de estudios de contactos de pacientes con tuberculosis.

La incidencia de la enfermedad por sexo, muestra mayor compromiso en mujeres, aun cuando esta tendencia puede reflejar una deficiente administración del programa en cuanto a búsqueda activa de casos se refiere. Las tasas de mortalidad por TB en Colombia desde 1991 hasta el 2000, han oscilado entre 2,64 y 3,27 por 100.000 habitantes,⁽⁷⁾ en Guambía, se registran durante los años 2000, 2001 y 2002 tasas por encima de este promedio, sin embargo el hecho de que en el año 2004 la tasa haya descendido hasta llegar a cero indica control de la enfermedad, la letalidad muestra un comportamiento similar.

En Guambía, durante los años 2003 y 2004 la cobertura de vacunación presenta cifras superiores al 100%, esta situación puede no ser real, puesto que los datos de la población menor de un año fueron tomados a partir de un censo realizado por el Hospital Mama Dominga, en el mes de julio de 2003, el cual arrojó como resultado un total de 203 niños, al parecer no se tuvo en cuenta la proyección de los nacimientos que ocurrirían después del censo, lo que ocasiona una sobreestimación en la cobertura, El hecho de la presencia de TB extrapulmonar en un niño de 2 años de edad, debe llamar la atención a los profesionales de la salud de la región, en el sentido de la promoción de acciones integrales que conlleven al control de la situación, máxime si se tiene

en cuenta que la cobertura de vacunación de BCG en Guambía así como en Vaupés(13) no alcanzan el 95% estipulado por el programa.

Otro factor que puede influir en el control de la enfermedad, lo constituye el hecho que en Guambía, la gran mayoría de población solo habla su lengua materna, lo cual se torna en un problema de comunicación, puesto que gran parte del personal que labora en las instituciones de salud de la zona, no pertenece a la comunidad indígena y en ocasiones no comprende o no acepta las costumbres y creencias propias de la cultura, lo cual trae como consecuencia que los pacientes no acudan oportunamente a los centros de salud en busca de atención, por temor frente al trato, la atención y los trámites; esta circunstancia agrava el problema de la tuberculosis puesto que la inasistencia trae consigo retraso en el inicio y culminación del tratamiento. De acuerdo con el Viceministro de Derechos Indígenas de Bolivia,(38) los "Yuqui" grupo indígena Boliviano, está en riesgo de desaparecer, el 85% de su población de 140 habitantes tiene tuberculosis, por lo cual insiste en la necesidad entender su forma de vida, sus usos y costumbres, lo médicos muchas veces no comprenden por qué los Yuqui se aferran a sus costumbres y no entienden que ellos piensan que los médicos, en lugar de curarlos, los están matando, de ahí la importancia de vincular a las instituciones de salud profesionales nativos que integren la cultura y la administración del programa, haciendo énfasis en la búsqueda activa de casos.

Finalmente cabe mencionar que la problemática social, económica y política existente en el país interviene directa o indirectamente en la persistencia de la TB; tal como lo referencian los componentes de la estrategia DOTS,(27) se deben hacer grandes esfuerzos para alcanzar el compromiso político y asistencial que garantice la realización de actividades de prevención y control, que involucren el diagnóstico mediante baciloscopia en pacientes sintomáticos para que este sea oportuno, rápido y económico, sin olvidar la calidad del diagnóstico y el fortalecimiento de la red de laboratorios, de igual forma se debe asegurar el tratamiento acordado supervisado como herramienta fundamental para alcanzar la curación de pacientes, el suministro de medicamentos antituberculosos de manera regular y evitar problemas de tipo administrativo que lleven a la pérdida de pacientes o la interrupción de sus tratamientos.(39)

Un componente importante de la estrategia DOTS, es el sistema de información de registro y seguimiento de pacientes que sustenta el funcionamiento del programa, da a conocer la situación de los pacientes y detecta fallas a corregir oportunamente, con la aplicación de estos preceptos por parte del personal encargado de los programas de

promoción y prevención en las instituciones prestadoras de servicios de salud y para el caso que nos ocupa específicamente los trabajadores de salud del cabildo de Guambía, es muy posible asegurar que se contribuye a cortar la cadena de transmisión de la TB, y también con el compromiso mundial de salvar millones de vidas que se pierden a causa de la enfermedad. (40,41)

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecemos la colaboración prestada por permitirnos realizar este estudio a: Cabildo Indígena de Guambía. A Taita Heriberto Tunubalá Paja, director del Hospital Nivel I Mama Dominga, las enfermeras María Marleny Morales Tombé y Dora Lilia Muelas Tombé encargadas del programa de atención a Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar de Guambía por brindarnos apoyo incondicional y por facilitarnos toda la información necesaria para el estudio. Al señor David Tunubalá auxiliar de enfermería encargado del programa de atención a tuberculosis en Guambía por su colaboración y ayuda. a la bacterióloga del laboratorio clínico del Hospital Mama Dominga Lina María Muñoz por facilitarnos los registros de laboratorio de los pacientes con tuberculosis pertenecientes al programa. A la enfermera Helena Quintero coordinadora del programa de tuberculosis del Cauca por su orientación en cuanto al análisis de indicadores de la Guía de Atención a Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar. A la enfermera Erika Luna enfermera contratista del programa de tuberculosis del Cauca por su orientación y explicación durante el trabajo en cuanto al programa de tuberculosis en el Cauca.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Ministerio de Gobierno, Dirección General de Asuntos Indígenas.** Fuero Indígena Colombiano. 3ra edición. Santafé de Bogotá, 1994.
2. **Cabildo, taitas y comisión de trabajo del pueblo guambiano.** Plan de vida del pueblo Guambiano. Cabildo Indígena de Guambía. Silvia-Cauca, 1994. p. 4
3. **Ministerio de Salud, República de Colombia.** Ley 691 del 18 de septiembre de 2001. Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
4. **Agredo O, Marulanda L.E.** Plan de vida del Municipio de Silvia, Primera ed. Administración municipal de Silvia. Julio de 2000. 539. p.349-350
5. **Ministerio de Salud, República de Colombia.** Normas técnicas y guías de atención. Guía de Atención de la

- Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar. Primera ed. Santafé de Bogotá, 25 de Febrero de 2000.
6. **Organización Panamericana de la Salud.** Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Situación epidemiológica de la TB. Región de las Américas, 2004 Programa Regional de Tuberculosis. <http://www.paho.org>
 7. **Sistema de Vigilancia en Salud Pública.** Panorama de la Tuberculosis en Colombia. Boletín Epidemiológico semanal: semanas epidemiológicas 41 y 42 (6 al 17 de octubre de 2003). [online]. 2004. [consultado en septiembre 16 de 2004]. Disponible en Internet: http://www.ins.gov.co/epidemiologia/cce/iqen/2003/2003_iqen_23.pdf
 8. **Instituto Nacional de Salud.** Subdirección de vigilancia y control en salud pública. Día Mundial de la Tuberculosis. Santafé de Bogotá, 2004.
 9. **Sistema de Vigilancia en Salud Pública,** Informe Ejecutivo Semanal Grupo de Vigilancia en Salud Pública. Semana epidemiológica No 11, Marzo 9-15 de 2003
 10. **Dirección Departamental de Salud del Cauca.** Archivo Control de Tuberculosis. Popayán. 2002.
 11. **Prado M del S.** Perfil Epidemiológico de la Tuberculosis en el Municipio de Morales, 1998 – 2000. 71 p. Trabajo de postgrado (especialización en epidemiología general). Universidad del Cauca. Universidad del bosque. Facultad de Ciencias de la Salud.
 12. **Chaparro PE, García I.** Situación de la Tuberculosis en Colombia, 2002. *Biomédica* 2004; 24 (S1): 81-82.
 13. **García I De la Hoz F.** Prevalencia de sintomáticos respiratorios de infección y enfermedad tuberculosa y factores asociados: Estudio basado en población. Mitú Vaupés. 2001. *Biomédica* 2004; 24 (S1): 127-128.
 14. **Frenk J, Ruelas E.** Programa de Acción: Tuberculosis. 1. ed, México, D.F. [online]. 2001. p. 10. [consultado en septiembre 20 de 2004]. Disponible en Internet: http://www.ssa.gob.mx/docprog/estrategia_2/tuberculosis.pdf
 15. **Calpe JL, Chiner E.** Evolución de las características epidemiológicas de la tuberculosis en el Área 15 de la Comunidad Valenciana en el período 1987-2001. *Revista Española de Salud Pública* 2005; 41 (3): 2.
 16. **Limón J, Nieto P.** Estudio sobre tuberculosis en un distrito sanitario de Sevilla. Situación y alternativas de mejora en el control. 1992-2000. *Revista Española de Salud Pública* 2003; 77(2): 5.
 17. **Organización Panamericana de la Salud.** 'Alto a la Tuberculosis' de las Américas V Reunión Interagencial. Tegucigalpa, Honduras, 3 al 5 de mayo. [online]. 2004. [consultado en junio 13 de 2005]. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-bol-2004-7-2-aug.pdf>
 18. **Diaz ML, Muñoz Z, García LB.** Tuberculosis en el Hospital Universitario San José, Popayán 1998-2000. *Biomédica* 2004; 24(S1):94.
 19. **Terazón O, Prego M.** Enfoque de riesgo en la Tuberculosis. *Revista médica cubana.* 1998; 37 (S1): 18-21.
 20. **Fundación Hemera, Comunicación, Vida y Desarrollo.** Los Pueblos Indígenas de Colombia en el Umbral del Nuevo Milenio Op. cit., p. 63.
 21. **Sievers W.** Los indígenas Arhuacos en la Sierra Nevada de Santa Marta. Colombia. Edición en la biblioteca virtual: Luis Ángel Arango : 2005-05-13
 22. **Ocampo M.** Diagnóstico Alimentario y Nutricional, Resguardo de Guambía. Junio de 1993
 23. **Castrillón F.** Ni ayuda ni alimenta. Ayuda alimentaria en comunidades indígenas de Colombia: El caso de las comunidades indígenas. *Revista Semillas: soberanía alimentaria en medio del conflicto* 2000; 24: 24-25.
 24. **Ordoñez S.** Comportamiento alimentario y de salud de las mujeres indígenas embarazadas de la comunidad de Tunshi – San Nicolás – Ecuador. *Revista Benson. Agriculture & Food Institute & Corporation;* Vol. 37. Suplemento Nº. 1. Cuba. 1996-2004. p. 18-21.
 25. **Dirección General de Salud Pública - España.** Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Generalitat Valenciana. España. [online]. 2000. [consultado en septiembre 20 de 2004]. Disponible en Internet: http://club2.telepolis.com/medicinainterna/guia_tbc.htm
 26. **Guevara Z, Guevara A.** Tuberculosis y la importancia de incorporar nuevas tecnologías diagnósticas. Veracruz, México. [online]. 2003. [consultado en febrero 10 de 2006]. p. 47. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/TUB/tuberculosis.htm>
 27. **Guerrero JA.** Tratamiento directamente observado de la Tuberculosis en área programática sur de la provincia de Tucumán, Argentina. *Revista Costarricense de Salud Pública* 2003; 12(22).
 28. **Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.** Tuberculosis: Cuaderno Número 37. Santafé de Bogotá: ASCOFAME, 1999. p. 2.
 29. **Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos/ Institutos Nacionales de la Salud.** Medline Plus. Enciclopedia médica en español: Tuberculosis diseminada. Mazo- 2004.
 30. **Medina F, Echegoyen R, Medina L.** Tuberculosis extrapulmonar. *Revista de Neumología y cirugía de Tórax* 2003; 62(2): 92-95.
 31. **Llaca JM, Flores A.** La Baciloscopia y el Cultivo en el Diagnóstico de la Tuberculosis Extrapulmonar. *Revista Salud Pública y Nutrición* (Nuevo León, México) 2004; 4(3).

32. **Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud.** El Control de la Tuberculosis en las Américas. Vol 1. Global TB Control, WHO Report, Junio, 1998.
33. **Montoso E, Echemendía M.** Vigilancia de la resistencia *mycobacterium tuberculosis* a las drogas antituberculosas en Cuba. 1995-1998. *Biomédica* 2004; 24(S1): 81-82.
34. **Olvera R.** Fármaco-resistencia secundaria en Tuberculosis. Tendencia en el instituto nacional de enfermedades respiratorias. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias* (México) 2001; 14 (3): 151-159.
35. **De Cantor IN, Latini O, Barrera L.** La resistencia y multiresistencia a los medicamentos antituberculosos en la Argentina y en otros países de América Latina. *Revista Medicina* (Argentina) 1998; 2: 202-208.
36. **Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud.** Guía de enfermería para la aplicación de la estrategia DOTS/TAES. Programa Regional de Tuberculosis. *Revista de Enfermería* (México) 2002; 10(1): 31-43.
37. **Zúñiga M.** Situación de la Tuberculosis en Chile. 2002 y su posible evolución. En: *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. Vol. 19. [online]. 2003. p. 179-191. [consultado en noviembre 15 de 2004]. Disponible en Internet: <<http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v19n3/art08.pdf>>
38. **Carrasco M.** La tuberculosis está acabando con los Yuquis. En: *La Prensa*, La Paz, Bolivia: (Edición 13 de Noviembre de 2005).
39. **Cuervo JM.** Aproximación cualitativa al abandono del Tratamiento antituberculoso en casos nuevos tratados en Bogotá. Correspondencia Consultora Secretaría Distrital de Salud de Bogotá: Carrera 9 No. 61 - 45 Oficina 402. Teléfono: (571) 2553358. Bogotá - Colombia. 1999. Correo electrónico: julicuervo@yahoo.com.
40. **Organización Mundial de la Salud.** Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis, una perspectiva latinoamericana. América Latina. [online]. 2000. [consultado en 13 de noviembre de 2004]. Disponible en Internet: <http://www.who.int/gtb/publications/communityTBcare/TB-2002-304/sp.pdf>
41. **Foro de la Asociación Alto a la Tuberculosis.** (2º:2004: Nueva Delhi). Mensaje con Ocasión del Día Mundial de la Tuberculosis. Nueva Delhi: OMS 2004.