



Universidad
Católica
de Manizales

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: **DIAGNOSTICO TARDIO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR
UN PROBLEMA DE TODOS**

Investigadoras: **DIANA MARCELA HOYOS OCAMPO
ANA LUCIA CAICEDO**

Línea de Investigación: **GESTION DE LA CALIDAD**

Área de conocimiento a la que aplica: **ADMINISTRACION**

Programa de Posgrado al que se articula: **ESPECIALIZACION EN
ADMINISTRACION EN SALUD**

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: **SANTIAGO DE CALI** Departamento: **VALLE DEL CAUCA**

Duración del Proyecto (periodos académicos): **3 SEMESTRE**

2. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. Diagnosticar tempranamente la TB es uno de los factores clave en el éxito de los programas de control. Sin embargo, el diagnóstico tardío es un hecho frecuente, que ha variado entre dos meses incluso hasta dos años, es así como, diferentes estudios han mostrado que esto se debe a diferentes factores como son los escasos conocimientos del personal de salud y la comunidad sobre los factores de riesgo y el cuadro clínico que presentan los pacientes con tuberculosis, algunas veces los usuarios de las instituciones de salud ya presentaban una enfermedad respiratoria conocida y no se piensa en otra patología o no se hace seguimiento a los convivientes de los pacientes ya diagnosticados como tuberculosis.

El retraso en el diagnóstico de la tuberculosis tiene consecuencias sobre los pacientes, la comunidad y los servicios de salud: contribuye a aumentar la severidad y la mortalidad por la enfermedad e incrementar la transmisión poblacional. Además de las consecuencias sobre la salud, el diagnóstico no oportuno tiene consecuencias económicas, sobre los servicios de salud en la atención de pacientes con una mayor severidad de la enfermedad, y sobre los pacientes y sus familias.

Es claro que una de las estrategias epidemiológicas más efectivas para el control de la tuberculosis (TB) es la identificación temprana de las personas con síntomas respiratorios persistentes, independientemente del motivo de su consulta al médico (1). Se estima que entre 4% y 10% de los adultos que consultan los servicios ambulatorios de salud en los países en desarrollo con alta prevalencia de TB puede presentar tos persistente por más de 2–3 semanas; la Tuberculosis Pulmonar (TBP) sería uno de los diagnósticos diferenciales más frecuentes en esos casos. El retraso en el diagnóstico de la TB puede elevar la letalidad, la morbilidad y la frecuencia de secuelas derivadas de la TB crónica; además, puede incrementar la incidencia debido a la mayor probabilidad de transmisión de la infección entre los contactos del paciente (2). El tiempo máximo aceptable para el diagnóstico de la TBP es de tres semanas (3).

Sin embargo, un estudio realizado en Cali, afirmó que la mayoría de los

pacientes llegan al diagnóstico con un retraso superior a 4 semanas, pero aún no es claro cuáles son los factores que influyen en dicho evento.

Por lo anterior, el propósito de esta monografía es describir el tiempo de diagnóstico de la tuberculosis y las consecuencias de un diagnóstico tardío para plantear estrategias administrativas que involucren a las instituciones de salud, droguerías, centros de medicina alternativa y a la comunidad especialmente, mejorar los conocimientos sobre TBP, captar permanentemente sintomáticos respiratorios, seguimiento a sospechosos y contactos de pacientes ya diagnosticados.

4. JUSTIFICACION

4.1.. JUSTIFICACION

DESARROLLO DEL TEMA

La tuberculosis (TB) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo¹⁻⁵. Cerca de un tercio de la población mundial está infectada por el *Mycobacterium Tuberculosis* y esta enfermedad es la principal causa de muerte debido a un solo agente infeccioso⁵. Cerca de 95% de los casos y 98% de las muertes de tuberculosis (TB), ocurren en Países en desarrollo.

Según la Organización Panamericana de la Salud⁵, en todo el mundo muere mayor cantidad de personas por tuberculosis, que por otra enfermedad infecciosa curable.

Diagnosticar tempranamente la tuberculosis (TB), es uno de los factores clave en el éxito de los programas de control. Sin embargo, el retraso en el diagnóstico es un hecho frecuente, que ha variado entre 6, 17 y 32 semanas.

Las consecuencias del retraso en el diagnóstico son múltiples y pueden llegar a ser una amenaza para los pacientes, la comunidad y los servicios de salud: pueden contribuir a aumentar la severidad y la mortalidad por la enfermedad¹³; e incrementar la transmisión poblacional^{5, 7, 11}.

Además de las consecuencias sobre la salud, el diagnóstico no oportuno tiene consecuencias económicas, no sólo sobre los servicios de salud en la atención de pacientes con una mayor severidad de la enfermedad, sino también sobre los pacientes y sus familias^{14,15}.

El diagnóstico temprano y la institucionalización pronta del tratamiento son elementos claves para el control de dicha enfermedad. Sin embargo, en la literatura mundial aún se siguen reportando altos niveles de retraso en el diagnóstico, que en países como Canadá, Malasia, Ghana, India y Estados Unidos, han sido de 6, 12.5, 17, 20 y 32 semanas, respectivamente¹⁰.

En África, el diagnóstico tardío de la TB⁶ se ha encontrado asociado al género femenino, tener menos de 9 años de educación, haber sido diagnosticado dentro de una actividad extra-mural de captación, haber buscado atención en un prestador privado o en uno tradicional y haber tenido más de 6 contactos con farmaceutas y proveedores de salud tradicionales, mientras que en la India, los factores asociados al diagnóstico tardío de la tuberculosis (TB) fueron: ser hombre, falta de conocimiento de la enfermedad, haber consultado a un proveedor público, residir a más de dos kilómetros de distancia del servicio de salud y ser alcohólico²¹.

Se considera que el diagnóstico es oportuno cuando entre el inicio de los primeros síntomas y el diagnóstico de la enfermedad ha transcurrido un intervalo de tiempo igual o menor a 30 días. Cuando este lapso es mayor de 30 días, se considera que se ha dado un retraso en el diagnóstico de la enfermedad o un diagnóstico tardío de acuerdo a lo referenciado en la Guía De Atención Integral De Tuberculosis Pulmonar Y Extrapulmonar (4). El diagnóstico tardío es un fenómeno que puede considerarse una consecuencia de las acciones tomadas por el paciente, por los servicios o por ambos^{17, 18}.

El intervalo de tiempo transcurrido entre la primera visita del paciente al proveedor de salud hasta su correspondiente diagnóstico es atribuible a los proveedores de servicios de salud; el retraso durante este intervalo, por tanto, es denominado retraso de los proveedores^{6, 14, 16, 19}. Sin embargo, en la literatura consultada no se menciona de forma explícita el periodo de tiempo aceptable de este intervalo. Es importante aclarar que si el proveedor sugiere la realización de exámenes orientados al diagnóstico de la tuberculosis, sin la correspondiente acción por parte del paciente, aún se considera un retraso originado en los proveedores, debido a que es responsabilidad de los servicios realizar seguimiento a los pacientes a los que se prescriben pruebas diagnósticas.

En Colombia, desde 1997, el Programa Nacional de Tuberculosis adoptó la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS, sigla en inglés) (5), dentro de la cual se encuentra la realización de actividades para la

detección y diagnóstico oportuno de los pacientes; el diagnóstico mediante el examen de esputo a sintomáticos respiratorios; el registro oportuno de la información, la capacitación, supervisión y evaluación; el tratamiento acertado con observación directa; y el fortalecimiento del compromiso político en el control de la Tuberculosis.

A pesar de esto, en el país se siguen registrando altos niveles de retraso en el diagnóstico. Un estudio de resistencia realizado en Buenaventura, encontró que entre la iniciación de los síntomas y la búsqueda de atención transcurrieron hasta 260 semanas²⁰. En el caso de Cali, se ha sugerido que la mayoría de los pacientes llegan al diagnóstico con más de 4 semanas de haber iniciado síntomas⁷. Sin embargo, aún no se sabe exactamente cuáles son los factores asociados al retraso en el diagnóstico de tuberculosis (TB).

En la ciudad de Medellín, Colombia, actualmente se realiza desde el año 2005 el seguimiento clínico, epidemiológico y serológico de una cohorte de convivientes de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar (TBP) contagiosa —llamada bacilífera—, como parte del programa estatal de control de la tuberculosis (TB) (7). Según datos no publicados, en la mayoría de los casos índices del estudio se constató que hubo retraso en el diagnóstico, con una mediana del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de la enfermedad de 69 días, independientemente de que el cuadro clínico indicara claramente la posibilidad de TBP.

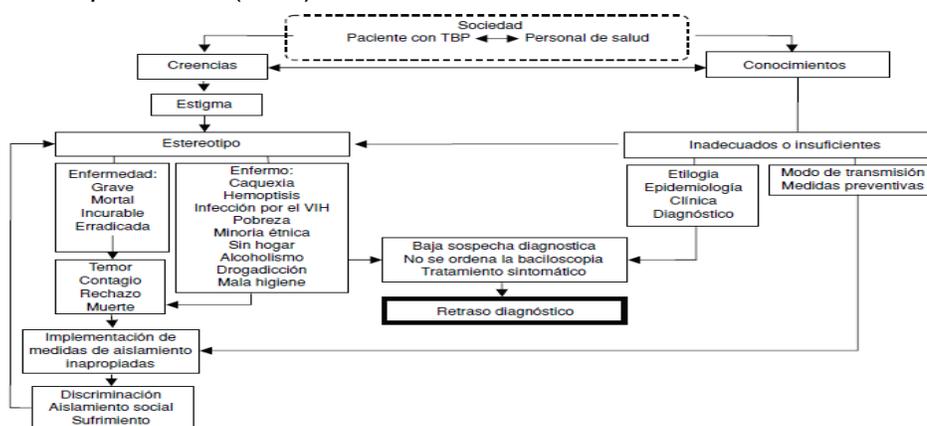
En el tiempo de diagnóstico inciden dos factores fundamentales. El primero está asociado con el paciente y corresponde al intervalo de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta a un servicio de salud; mientras, el segundo está relacionado con el sistema de atención sanitaria y es el tiempo transcurrido entre la fecha de la consulta al servicio de salud y el inicio del tratamiento antituberculoso (8).

El significado atribuido por la población a la enfermedad y la forma en que esta se manifiesta en una cultura dada influyen notablemente en el proceso de la enfermedad, la búsqueda de atención y la curación (9, 10). Sin embargo, se ha comprobado que tanto en países de baja como de alta prevalencia de TB, el personal de salud es un factor de retraso diagnóstico más importante que el paciente (11). En un estudio reciente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, en el que participaron varias escuelas de medicina de América Latina, se comprobó que la enseñanza sobre la TB es insuficiente y que con frecuencia los conocimientos brindados son limitados, fragmentados y desactualizados (12). Se constató, además, que la baja motivación del personal de salud debido a las inadecuadas condiciones laborales y los escasos

programas de educación continuada influían negativamente en el diagnóstico y el tratamiento de la TBP (12).

El diagnóstico tardío de la TBP es un asunto complejo que abarca dimensiones históricas, sociales, culturales, económicas, afectivas y ecológicas de los pacientes, así como algunas características del sistema de salud y la relación paciente – personal de salud, todas estas tejidas en intrincadas relaciones (ver figura 1) (13).

Figura 1. Factores y relaciones implicadas en el retraso diagnóstico de la tuberculosis pulmonar (TBP), Medellín, Colombia, 2007.



Fuente: *Rev Panam Salud Publica* 27(2), 2010

A pesar de la sugerencia de la influencia de los conocimientos y actitudes frente a los servicios de salud sobre el retraso en el diagnóstico en Cali⁷, aún no se han establecido cuáles son los factores individuales y de los servicios que predisponen al diagnóstico de la tuberculosis.

Las consecuencias que la tuberculosis tiene sobre la salud, el bienestar y la economía de cada individuo enfermo, así como el reflejo de éstos en la situación de cada región particular y del país en general, son prácticamente inconmensurables²².

Además del impacto social de enfermedades como la tuberculosis, se ha reconocido que tales enfermedades tienen un alto impacto económico sobre el sistema de salud, sobre los pacientes y sobre sus familias. Sin embargo, éste ha sido un tema poco abordado en la literatura¹⁵.

Con respecto al impacto de la tuberculosis sobre el sistema y los servicios de salud, se han realizado investigaciones sobre formas de manejo de la

enfermedad, la entrega del tratamiento y aún el costo fiscal de la misma. Se ha encontrado que tratar a un paciente con tuberculosis multi-resistente es 100 veces más costoso que tratar a un paciente sin resistencia⁴. Sin embargo, aún no se ha establecido cuáles son los costos adicionales que los servicios de salud asumen cuando un paciente que tiene tuberculosis no se diagnostica a tiempo.

No obstante, la circular 000058 del año 2009, establece la programación para realizar captación de sintomáticos respiratorios, como estrategia para el control de la tuberculosis en Colombia.

Para efectos de la programación de los sintomáticos respiratorios que deben ser estimados como meta anual para realizar la captación de casos de tuberculosis (TB), se han definido los siguientes criterios:

a). Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS públicas y privadas): La programación se hará estimando que el 5% de las personas mayores de 15 años que utilizaron el servicio de consulta externa por primera vez por cualquier causa, durante el año anterior fueron sintomáticos respiratorios, es decir, que presentaron tos y expectoración por más de 15 días de evolución. Esta será la meta de sintomáticos respiratorios a captar en el año siguiente; conviene dividir este número entre los días hábiles del año para tener un cálculo diario de cuántos sintomáticos respiratorios deben encontrarse por día. Esto permitirá hacer una evaluación periódica de la captación de sintomáticos respiratorios por IPS de forma semanal y mensual, de tal manera que puedan implementarse los correctivos que permitan al final del año alcanzar la meta.

b). Para las administradoras de planes de beneficios: La programación se hará estimando que el 5% de las personas mayores de 15 años afiliadas durante el año en curso son sintomáticos respiratorios. Esta será la meta de sintomáticos respiratorios a captar en el año.

c). Para las entidades territoriales, departamentos, distritos y municipios: La programación se hará sobre el 50% de la población mayor de 15 años proyectada por el DANE para el año en curso, de esta población se estima que el 5% son sintomáticos respiratorios. Esta será la meta de sintomáticos respiratorios a captar en el año.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar la revisión bibliográfica sobre el diagnóstico tardío y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar a nivel mundial, deducir las posibles causas y analizar su efecto económico y social.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reconocer las posibles causas que conllevan a un diagnóstico tardío de tuberculosis pulmonar basado en la revisión bibliográfica a nivel mundial respecto al tema.
2. Determinar los efectos sociales a nivel mundial que conlleva un diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar.
3. Identificar y analizar los efectos económicos que produce en diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en los sistemas de Salud.
4. Conocer las posibles causas que conllevan a la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar basado en la revisión bibliográfica.

6. REFERENTE TEÓRICO

6.1 ANTECEDENTES

Retraso en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

Realizando una revisión sistemática de la demora en el diagnóstico y el tratamiento de tuberculosis

Gunnar Aksel Bjune - g.a.bjune @ samfunnsmed.uio.no

Este artículo está disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/15>

© 2008

Resumen Antecedentes: El diagnostico precoz y el inicio inmediato del

tratamiento son esenciales para un paciente con tuberculosis (TB), ya que se puede evitar que la transmisión de la enfermedad dentro de la comunidad. La mayoría de las transmisiones se producen entre el inicio de la tos y el inicio del tratamiento.

Métodos: Una revisión sistemática de 58 estudios relacionados con el retraso en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (TB). Encontramos diferentes definiciones de, por ejemplo, el debut de los síntomas, primero apropiada proveedor de atención de la salud, el tiempo de diagnóstico y comenzar el tratamiento. En lugar de excluir los estudios que no cumplieron con los criterios científicos estrictos (como en un meta-análisis), hemos tratado de extraer las "conclusiones sólidas " de todos ellos para llegar a una comprensión más global del retraso diagnóstico en la tuberculosis.

Resultados: Los principales factores asociados con el retraso diagnóstico incluyen la inmunodeficiencia humana virus, la coexistencia de la tos crónica y / u otras enfermedades pulmonares ; baciloscopia negativa; tuberculosis (TB) Extrapulmonar ; residencia rural; poco acceso (barreras geográficas o socio-psicológicas);la visita inicial de un bajo nivel de instalación del gobierno de la salud , médico privado , o tradicional sanador, la vejez , la pobreza, el sexo femenino , el alcoholismo y el abuso de sustancias , la historia de la inmigración , la baja nivel educativo ; escaso conocimiento de la tuberculosis ; creencias incomprensibles; auto- tratamiento y el estigma.

Conclusión: El problema central en la demora del diagnóstico y el tratamiento parecía ser un círculo vicioso en el nivel de atención médica por parte de los servicios de salud, lo que resulta en un tratamiento con antibióticos específicos y la falta de acceso a los servicios especializados de tuberculosis, una vez que el diagnóstico sea específico, el tratamiento debe iniciarse dentro de un periodo razonable.

Hasta la última parte del siglo XX, la tuberculosis (TB) es una causa importante de muerte en los países desarrollados y países en desarrollo. Debido a una serie de factores tales como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), esto se debe al crecimiento de la población, a la migración, cambios socioeconómicos y amplia difusión de las nuevas cepas agresivas que son resistentes, como son las cepas de Beijing y W, incluso en áreas de baja prevalencia (14).

En 1993, el Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de emergencia mundial de la tuberculosis debido a la constante en todo el mundo aumentar en la enfermedad. Junto con el VIH y la malaria, la tuberculosis ha sido declarado enemigo global. En 2005, 12 millones de Se identificaron

nuevos casos de tuberculosis, un aumento del 58 % de los 7,5 millones de casos estimados en 1990, y fue estimado que en 2005 la enfermedad causó 1,5 millones de muertes en el mundo (15).

El objetivo de los programas de control de la tuberculosis es detener la transmisión dentro de la comunidad. El logro de este objetivo requiere un considerable tiempo, porque la mayoría de las personas en las zonas endémicas ya se encuentran infectadas, un programa de tuberculosis efectivo realiza un diagnóstico temprano e inicia de forma inmediata el tratamiento. El no dar inicio al paciente en su tratamiento da un retraso significativo con respecto al pronóstico de la enfermedad a nivel individual, sino que también afecta a la comunidad que rodea al paciente y la tasa de contagio de la tuberculosis [16,17]. La mayoría de las transmisiones se producen entre la aparición de tos y el inicio del tratamiento.

Madebo encontró que los pacientes se vuelven más contagiosos cuando el retraso progresa; los retrasos más largos están asociados con el más alto número de bacilos en la baciloscopia de esputo (18). Debido a que uno de los primeros síntomas de la tuberculosis son: tos por más de 15 días, son síntomas que prevalecen en la mayoría de las sociedades, es muy poco el personal de salud que sospeche una tuberculosis dentro de los usuarios y se encontró que en Etiopía el retraso para la educación del paciente por un trabajador de la salud es del 25% (19).

El análisis de los factores que conducen a esta demora entre el primer contacto y el diagnóstico es crucial para combatir la epidemia de la tuberculosis. Aunque hay múltiples estudios de retraso en el diagnóstico de tuberculosis (TB). Todos los casos con afecciones pulmonares crónicas podrían interferir con la definición del inicio de los síntomas del paciente, pero el trabajador de la salud no sospecha que ese sea un síntoma para sospechar de una tuberculosis.

En 49 estudios, la definición de los síntomas también fue una variable importante, donde la definieron como el debut de cualquier síntoma, 2 estudios definieron aparición como debut de la tos, y 1 estudio define como la aparición de cualquier síntoma de debut pulmonar. Para 6 estudios, una definición de la aparición de los síntomas no se pudo obtener. Con respecto a la definición del primer contacto, 34 estudios definieron el primer contacto que la primera visita a un proveedor médico calificado. Sin embargo, algunos de estos estudios incluyeron cualquier alopática (" medicina occidental ") proveedor dentro de la categoría de un proveedor médico calificado, mientras que otros utilizan el momento del primer contacto con el programa nacional contra la tuberculosis

en la definición final de la demora del paciente. 18 estudios definieron el primer contacto como el momento en que el paciente buscó atención médica fuera de la casa, incluidos los médicos tradicionales. 4 estudios registraron tanto. 6 estudios no proporcionaron ninguna información con respecto a la definición del primer contacto.

17 estudios definen el final del retardo del sistema sanitario como el momento en que un diagnóstico correcto se hizo (retraso diagnóstico), 20 estudios definieron como el tiempo que el paciente inicia el tratamiento (retardo de tratamiento) y 14 estudios registraron claramente ambos. Los datos de este tipo no estaban disponibles para 7 estudios. La mayoría de los estudios definen el retardo como un número específico de día, pero varios estudios definen como mayor que un período de tiempo específico (por ejemplo, > 60 días, > 90 días), o el retraso se definió como significativamente más largo en un grupo frente a otro grupo. Un punto de 30 días para dicotomizar en ninguna demora.

De acuerdo a la demora diagnóstica, los estudios incluidos arrojaron que los más largos retrasos de diagnósticos es mayor de 120 días, esto es en algunos países endémicos altos, con la excepción de la mediana del retraso de 126 días reportada por Lewis et al para East London (20). La mayoría de los estudios, arrojaron que los países endémicos que reportan casos de tuberculosis, informaron un retraso diagnóstico total dentro del rango de 60 a 90 días (media \pm desviación estándar: 72 días \pm 28 días). No hubo un patrón consistente con respecto a las relativas contribuciones de los pacientes y proveedores de atención médica a la demora en el diagnóstico. El principal retraso fue relacionada en los estudios en Londres (Lewis et al), Rumania, Vietnam, Nigeria, Sudáfrica, Australia (Queensland), Etiopía (Addis Abeba), Corea, Somalia, Siria, Turquía. (Estambul, Okur et al paciente), Japón (Chiba), Iraq, EE.UU. (Nueva York), Yemen y china (Shanghai). La principal causa de la demora fue identificado como el sistema de salud en los estudios de Tanzania, Ghana, Pakistán, Malasia, Irán (OMS, a nivel nacional), Botswana, Nueva Zelanda, Uganda, Etiopía (Amhara), Italia y China (Jianhu). Doce estudios informaron una contribución casi igual de los pacientes y el sistema de atención médica para el retraso en el diagnóstico. Los estudios restantes no registran la importancia relativa de estos dos factores en el retraso diagnóstico. Los síntomas antes del diagnóstico 25 estudios registraron la frecuencia de los síntomas reportados por los pacientes antes del diagnóstico. Las frecuencias medias de los cinco síntomas cardinales fueron (número de estudios se enumeren los síntomas entre paréntesis): tos 85% (25),

baciloscopia de esputo del 67% (5), la fiebre del 65% (24), la pérdida de peso 62% (22), síntomas de pecho 50% (24), fatiga 55% (8) y hemoptisis 25% (22) y Otros síntomas menos frecuentes, aumento de la sudoración 35% (10). Todos menos 2 estudios definen el inicio de la paciente demora desde el debut de cualquier síntoma (21,22), donde el debut de la tos se define el principio.

Factores de riesgo de la demora diagnóstica prolongada

Los posibles factores de riesgo de retraso en el diagnóstico fueron heterogéneos. Las conclusiones del estudio también fueron heterogéneas; un factor de riesgo para el aumento de la demora en algunos estudios fue un factor de riesgo para la disminución de retraso en otros estudios. Se identificaron algunos factores en numerosos estudios, mientras que otros fueron mencionados por un solo estudio o unos pocos estudios. A continuación se presenta un breve análisis de los factores, que se elaboran más en la " Discusión". Características clínicas el estudio de la OMS en Siria encontraron que el VIH es un factor de riesgo para el aumento de la demora en el diagnóstico (23), mientras que otros 3 estudios concluyeron lo contrario (24,25). 4 estudios encontraron coexistencia de tos crónica y/o a otras enfermedades pulmonares como un factor de riesgo para el aumento de retardo (26,27-28), en 1 estudio encontraron lo contrario (29) Sólo unos pocos estudios incluyeron tuberculosis (TB) extrapulmonar, y como era de esperar en 3 encontraron que pacientes con tuberculosis extrapulmonar experimentan retrasos más largos que los pacientes con tuberculosis pulmonar (7, 17,18). 3 estudios encontraron una baciloscopia negativa a ser un factor de riesgo para el aumento de la demora (12, 19, 20); en 6 estudios se encontró que el abuso de sustancias psicoactivas y alcoholismos fueron factores que amentaron el riesgo de la demora en el diagnóstico (8,21-25). Otros relacionados con la salud, los factores de riesgo identificados incluyen generalmente la mala salud (26), el tabaquismo (14,23), la coexistencia de enfermedades de transmisión sexual (26), los síntomas menos severos e indiferentes (27), y la ausencia de hemoptisis [16,28].

Los factores socioeconómicos

Una serie de estudios ha encontrado residencia rural a ser un factor de riesgo de retraso prolongado (5, 11, 14, 16, 23, 25,29-32). Este factor de riesgo parece estar estrechamente relacionado con el escaso acceso a la atención sanitaria. Incluso entre los países en desarrollo, el acceso a la asistencia sanitaria varía. Por ejemplo, en Etiopía se informó que la cobertura del servicio

de salud es del 50% (6), mientras que en Gambia es del 87% de la población tiene un buen servicio de asistencia sanitaria (7, 19, 20,32). Los estudios proporcionaron amplia evidencia de que el bajo acceso conduce a la prolongada demora en el diagnóstico (5, 7, 9, 3, 17,20, 27-33).

Factores socio psicológicos

Buscando la atención médica en un hospital de nivel 1 que además es público (5, 6,9-11, 23, 26,32-34), se encontró que en 1 estudio realizado en España (35) inicialmente realizan la búsqueda de un profesional de salud (9, 10, 14,26-29, 32, 36,37). En primer lugar la búsqueda de un médico, fue un claro factor de riesgo para el retraso diagnóstico, independientemente de la residencia rural o urbana (9 - 11, 14, 15, 19, 21, 23, 24, 26, 28,35). 4 estudios llegaron a la conclusión de que la búsqueda de servicios especializados conduce a un retraso de diagnóstico disminuido (13, 23, 38,39), mientras que un estudio de los EE.UU. (11) encontró el opuesto.

Los factores socio demográficos y socioeconómicos

Una serie de estudios encontró que la vejez es un factor de riesgo para el aumento de la demora diagnóstica (6, 13,15-17,20, 23, 25, 32,37 -39), mientras que 2 estudios encontraron lo opuesto (18,35). También, un número de estudios llegó a la conclusión de que la experiencia con mujeres aumento la demora en el diagnóstico (8, 10, 11,14 - 16, 20, 27, 28, 30, 40,41). Sin embargo, un número sustancial de los estudios llega a una conclusión opuesta (5, 21, 23,25). Además, la historia de la inmigración o residencia ilegal parecía ser un factor de riesgo en los países donde esto es real (8, 15, 17, 22, 38, 39,42). De acuerdo a los factores socioeconómicos 11 estudios encontraron bajos ingresos y la pobreza para ser un factor de riesgo de retraso en el diagnóstico (3, 7, 17, 23, 24, 31, 34, 38, 39,43-46. En una serie de estudios, el bajo nivel educativo y / o baja conciencia y el conocimiento sobre la tuberculosis (TB) fue catalogado como un factor de riesgo de retraso en el diagnóstico (5, 10,16-18, 21, 23, 25,27-29, 34,37, 47,48). Sólo 1, de Francia (13), determinó lo contrario, encontrando que el bajo nivel educativo se vinculó a la inmigración y los grupos en que las autoridades de salud enfocados en tuberculosis (TB). Otros factores de riesgo socioeconómicos identificados por (1-3) estudio socialmente desfavorecida como estado civil: casados (5), solteros (18,26), familias numerosas (30). Etnia como: Blanco (frente a los aborígenes), (20), musulmán (18), que pertenece a una comunidad indígena (13) y otros como no tener seguro (13) y ser granjero (5).

Creencias y actitudes

Las creencias acerca de la tuberculosis (TB es incurable, causado por los malos espíritus, etc.) (8, 14,27), el estigma (27), y el auto- tratamiento (6, 36,42) se identificaron como factores de riesgo en 1-3 estudios. El círculo vicioso de las repetidas visitas al mismo nivel, la mayoría de los estudios identificó como problema directo de un círculo vicioso de multitud de consultas repetidas a servicios de salud sin un diagnóstico correcto. Varios documentos enumeran varias visitas en un mismo nivel o servicio de salud público, mientras que otros se centran en múltiples visitas al mismo médico. Los puestos de salud del nivel 1 público, no cuentan con personal de salud entrenado para diagnosticar oportunamente los pacientes con tuberculosis (5,6,9-11,23,26,32-34); los profesionales de la salud que laboran en instituciones privadas tienen escaso conocimiento de la tuberculosis (9-11,14,15,19,21,23,25,26,29,32), y las personas no cualificados, los charlatanes y los practicantes tradicionales (9,10,14,26-29 , 32,36,37) en Burkina un paciente que busca un puesto de salud o un médico privado , la progresión hacia los servicios especializados era pobre , los pacientes habían repetido las consultas en el mismo nivel , de manera que más del 94 % de los pacientes se sometió a ciclos repetidos una terapia con antibióticos (49) . En Ghana, el personal de salud de los puestos de salud del gobierno tiene una mala formación en el diagnóstico de tuberculosis (TB), y los servicios especializados (11). En un estudio realizado en Malasia, sólo el 11 % de los pacientes recibieron su diagnóstico después de la primera consulta, y el 45% recibieron su primer diagnóstico después de la tercera consulta (21). Otro estudio de Malasia indica igualmente baja conciencia del médico privado de que la tuberculosis es un problema que está afectando la comunidad (36).

Discusión

Los estudios tenían diferentes definiciones de una serie de variables, por ejemplo, el debut de los síntomas, Como la demora en la atención que se les brinda a los pacientes, también el tiempo que se demora en el diagnóstico y el inicio del tratamiento, y que no eran directamente comparables o adecuado para una meta-análisis. Nuestro análisis detallado demuestra que los factores que influyen en el comportamiento de la búsqueda de atención de los pacientes y la disponibilidad de tratamiento de la tuberculosis (TB), puede ser categorizado como falta de conocimiento del paciente y que en los servicios de salud no buscan los verdaderos pacientes con tuberculosis, eso es por falta de conocimiento de que es la enfermedad o verdaderamente no les interesa

encontrarlos.

La mayoría de los factores que influyen al paciente en el retraso de la atención médica, están relacionados con: el alcohol o abuso de sustancias, la pobreza, el escaso acceso a los servicios de salud, residencia rural, la vejez, que pertenece a una comunidad indígena y se deben tener en cuenta las actitudes, creencias y los conocimientos sobre la tuberculosis (TB). Otros factores fueron evidentemente más vinculados al retraso de la atención sanitaria: la coexistencia de la tos crónica y / u otras enfermedades pulmonares, teniendo tuberculosis Extrapulmonar o tuberculosis con baciloscopia negativa, menos severos e indiferentes síntomas o ausencia de hemoptisis, la mala atención en la salud la infraestructura y la búsqueda de los médicos tradicionales y privados. Dado que los pacientes continúan yéndose sin ser tratados, ausente aislamiento, ambos componentes igualmente contribuyen a la piscina infecciosa.

En nuestro análisis el problema central es el retraso en el diagnóstico oportuno de los casos con tuberculosis, en la mayoría de los países endémicos con alta carga de tuberculosis, esta es una enfermedad que afecta principalmente los pulmones, y más del 95 % de los pacientes con tos crónica buscan tratamiento en el nivel de atención primaria en salud (43). Muchas veces el retraso en el diagnóstico es por falta de herramientas en el diagnóstico eficaz. En la mayoría de los países, profesionales del sector privado son consultados en primer lugar, y este patrón se asocia significativamente con el retraso o demora del diagnóstico oportuno de la enfermedad. Este patrón también se reconoce como una fuente de cuello de botella en los países de baja prevalencia. Un estudio realizado en Nueva Zelanda se observó que un médico en consulta con un paciente no envía ni baciloscopia de esputo, ni placas de rayos X, aunque los pacientes que consultan tenían síntomas clásicos (44). Las mismas observaciones se hacen por Ward et al en Australia (20). Tos fue tratada sintomáticamente y CXR se diagnostica mal. Una serie de estudios han demostrado que la selección de un tradicional practicante para la primera visita se asocia con una demora prolongada en el diagnóstico (9, 10, 14,26-29, 32, 36,37) .En el estudio de Yimer et al, de Etiopía, los pacientes que visitaron por primera vez al médico sin experiencia se demoraron 21 días en empezar tratamiento, los pacientes que visitaron un médico tradicional esperaron 15 días para buscar ayuda profesional, pero el período de la primera visita a la iniciación del tratamiento de tuberculosis fue 4 veces mayor (6) . Estos resultados están apoyados por estudios de Gambia

(32), Tanzania (29), y Penang (21). Múltiples estudios observaron la falta de acceso al servicio de salud como uno de los principales factores en el retraso diagnóstico (6,8,10,14,18,23,25,27-30,34,42,47,48,50) . En muchos países endémicos altos, parece crucial que una unidad de salud se encuentra dentro de una distancia a pie de 1 día, ya que muchos los pacientes tienen un acceso limitado a los vehículos.

En los estudios se identificaron otras variables como la distancia geográfica, el estigma (27). Muchos pacientes eran muy reacios a visitar la instalación de salud, Peor aún, en muchos países, la tuberculosis está tan estrechamente vinculada con el VIH que los pacientes temen que sean revelado su enfermedad o su estado serológico a sus vecinos (37). También, el personal de salud son antipáticos. Muchos pacientes sienten que pierden el derecho a la intimidad y la dignidad. Para los pacientes visitar diariamente a recibir el medicamento, lo perciben como humillante, y la amenaza de perder su trabajo (6, 51,52).La mayoría de los estudios en esta revisión también demuestra que los síntomas de la enfermedad como un problema central (15, 18, 23, 31, 50,53). En el Gambia, la tuberculosis se diagnostica a menudo como la malaria o infecciones virales (32). Varios estudios también ponen de relieve el problema de la automedicación (6, 36,42). En el estudio en Pakistán, más del 50 % de los pacientes que tomaron el medicamento en sus casas, el 42 % busca en la farmacia remedios para mejorar sus síntomas de tos (27). Muchos estudios se vinculan como un problema de estigma y escasa concientización de los pacientes.

7. METODOLOGÍA

METODOLOGIA

Diseño de la monografía:

En la primera parte se da una descripción general del problema a partir de las falencias asociadas al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis para finalmente identificar los factores más influyentes sobre el fenómeno de la adherencia al tratamiento., posteriormente se presenta una revisión documental de estudios relacionados con la tuberculosis, su diagnóstico, tratamiento y adherencia. Finalmente se realiza un análisis crítico de la

revisión de literatura mencionada anteriormente.

Se revisaron 80 artículos de los cuales se escogieron 50 artículos resumidos cada uno en una matriz que contiene la siguiente información: título, autor, año, ubicación del artículo, citación bibliográfica, objetivo del artículo, palabras claves, conceptos manejados, muestra, intervención, medición del proceso, resultados, discusión y análisis personal

La búsqueda de artículos se realizó en las siguientes bases de datos: Scielo, Lilacs, Revista Biomedica, Revista de la asociación colombiana de infectología, Elsevier, scopus, springer y google scholar.

LOS CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN FUERON:

1. Artículos relacionados con el objeto de estudio de la presente investigación.
2. Los artículos encontrados en los buscadores con las palabras claves utilizadas para el presente estudio que fueron: Tuberculosis, Tratamiento, Adherencia, Diagnostico.
3. Vigencia de los artículos, puesto que solo se seleccionaron los artículos de los últimos 5 años, a partir del año 2014, hacia atrás.

Finalmente se excluyeron los artículos que no cumplían con las tres condiciones expuestas, es decir, con más de 5 años de publicación, no provenientes de revistas indexadas, artículos de tipo netamente clínico o no relacionados con el objetivo del presente estudio.

8. REFERENTE TEORICO

A continuación se presenta el resumen de los 50 artículos seleccionados para poder realizar el análisis de información final.

Título	1. ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS: EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE SERVICIOS DE SALUD
Autor y Año	Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM,

	Ruffino-Netto A, Villa Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2011
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/4406/5761
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19(4):994-1002.
Objetivo del artículo	Analizar la accesibilidad de los pacientes al tratamiento de tuberculosis (TB) en Ribeirao Preto.
Palabras Clave	Tuberculosis, Terapia por Observación Directa, Evaluación de Servicios de Salud, Accesibilidad a los Servicios de salud.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Uno de los retos más importantes a superar en cuanto a detección y tratamiento de la tuberculosis, está relacionado con las estrategias desarrolladas e implementadas a nivel de políticas para la detección y tratamiento de esta enfermedad. En este sentido, se requieren estrategias que permitan mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento de la tuberculosis, lo cual incide directamente en los índices de mortalidad, incidencia y multidrogorresistencia de una enfermedad considerada como crónica.</p> <p>En esta perspectiva, la accesibilidad juega un papel importante en el éxito de los servicios de salud, dentro de los cuales se encuentra el tratamiento para la tuberculosis. De acuerdo a lo anterior, debe entenderse la accesibilidad no solo como el ingreso o disponibilidad, sino como la coherencia entre las necesidades de los pacientes y los servicios a los cuales tienen acceso. En este orden de ideas, la evaluación que pueden hacer los usuarios respecto al servicio de salud es fundamental en la toma de decisiones con el fin de mejorar la calidad en la asistencia al tratamiento requerido.</p>

Muestra	Fueron entrevistados 100 pacientes que iniciaron el tratamiento de TB entre 2006-2007 en unidades de salud referencia del municipio en estudio.
Intervención y proceso medición	<p>Se trata de un estudio evaluativo, de recorte cuantitativo. En este estudio la accesibilidad fue categorizada como: organizacional, económica y geográfica, con indicadores para cada una de ellas.</p> <p>El estudio se realizó en Ribeirao Preto, en cuatro unidades de referencia (A, B, C y D) donde se realiza la asistencia a pacientes con tuberculosis. En estos centros se detectaron 167 casos de tuberculosis entre el periodo 2006 - 2007, de los cuales se excluyeron los pertenecientes a comunidad carcelaria, no residentes en el municipio de estudio y menores de 18 años; resultando una muestra final de 100 pacientes.</p> <p>Para la recolección de información se aplicó una encuesta basada en los componentes del Primary Care Assessment Tool (PCAT) adaptado para las acciones de control de la tuberculosis. Cada indicador fue calificado en una escala de 1 a 5. Siendo 1 y 2 insatisfactorio, 3 regular, 4 y 5 satisfactorio. A los datos obtenidos se les aplicó un análisis de varianza (ANOVA), verificando los supuestos de independencia, homocedasticidad y normalidad. Además se utilizó Kruskal-Wallis como prueba no paramétrica. El nivel de significancia para todas las pruebas fue del 5%.</p>
Resultados	<p>Los indicadores que no presentaron diferencias significativas respecto de las evaluaciones realizadas en las unidades de referencia son:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. "Facilidad en la obtención de consultas médicas de control" y "Ofrecimiento de medicamentos durante el tratamiento", los cuales fueron evaluados con calificación satisfactoria. b. "Ofrecimiento de cesta básica", "Espera promedio de consulta médica mayor que 60 minutos" y "Pérdida del día de trabajo debido a consulta médica", calificados como desempeño regular c. "Utilización de transporte motorizado en el

	<p>desplazamiento hasta la unidad de salud”, evaluado como insatisfactorio.</p> <p>Por otra parte, en cuanto a la distancia desde la unidad de atención hasta el domicilio del paciente la unidad D presento mejores puntajes de calificación que la unidad B, siendo esta última la que obtuvo menores puntajes respecto a las demás unidades.</p> <p>La evaluación del indicador relacionado con ayuda en el desplazamiento sugiere que las unidades A y B presentan menor índice de satisfacción, al igual que en indicador “gasto por transporte hasta la unidad de salud” comparadas con las unidades C y D.</p> <p>Finalmente, en cuanto a realización de visita domiciliar, las unidades C y D presentan evaluación satisfactoria, mientras que las unidades A y B obtuvieron calificación insatisfactoria.</p>
Discusión	<p>En una enfermedad como la tuberculosis es de vital importancia la atención médica de control y urgencias, ya que permite el acercamiento y seguimiento de los pacientes con esta enfermedad, y como consecuencia un mejoramiento en la adherencia al tratamiento. Respecto a estos indicadores, las unidades en estudio muestran un grado alto de satisfacción por parte de los usuarios al sistema de salud, logrando el objetivo del seguimiento y control a sus pacientes.</p> <p>Por otra parte, el aspecto socioeconómico influye de manera significativa en la adherencia al tratamiento para la tuberculosis, debido a que los pacientes no cuentan con los recursos necesarios para costear el tratamiento, no solo en lo referente a medicamentos o consultas, sino a desplazamientos, pérdida de días de trabajo por asistir a consultas, además de la carga económica que implica el sostenimiento de una familia. En este sentido, el apoyo que las entidades estatales puedan dar a los pacientes en tratamiento es fundamental para el éxito del mismo. Por esta razón, acciones como ayuda económica para desplazamiento y para la canasta básica son iniciativas que mejoran la adherencia al tratamiento</p>

	<p>relacionando los actores organizacionales y económicos. La atención centralizada a pacientes con tuberculosis puede convertirse en un obstáculo para la adherencia al tratamiento. Lo anterior debido a los costos económicos, energéticos y logísticos que involucran los desplazamientos hasta las unidades de atención. En este sentido, la visita domiciliaria puede convertirse en un factor que contribuya a aumentar la adherencia al tratamiento, no solo porque evita las dificultades relacionadas con el desplazamiento, sino que permite un seguimiento y control que permite traspasar el plano médico hacia el plano sociocultural y económico de los pacientes. Sin embargo, la atención domiciliaria está limitada a disponibilidad de personal, vehículos y equipo. lo anteriormente expuesto sugiere que se hace necesaria una investigación continua en factores que influyen en el tratamiento y control de la tuberculosis, así como de las acciones que permiten a los servicios de salud del estado mejorar la adherencia al tratamiento de esta enfermedad.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>En este artículo procedente de un estudio en Brasil vemos que se evalúan tres variables de accesibilidad de tipo organizacional, geográfico, económico; donde podemos ver que las visitas domiciliarias juegan un papel importante en la adherencia, también se debe tener en cuentas los factores inherentes al tratamiento; los medicamentos y la atención integral puede ser gratuita pero para acceder a esos servicios se deben desplazar, muchos pacientes no poseen las condiciones económicas que les permita acceder. con base en esto deducimos que uno de los principales tropiezos que actualmente tienen nuestros pacientes con tuberculosis es el acceso al sistema de salud, es probable que nuestra entidad de salud cuente con los medicamentos apropiados, los equipos y el personal de salud capacitado para atender este tipo de pacientes pero si falta el anclaje del paciente al sistema quedaríamos estancados en la labor, lo primero es preocuparnos por</p>

	<p>conocer las causas por las cuales nuestros pacientes no logran acceder a dicho sistema involucrando varios aspectos a estudiar como lo es: el tipo de población que manejamos con el fin de tener una estructura organizacional personalizada, ubicación geografía para así poder realizar las visitas domiciliarias logrando redistribuir zonas de atención, y así el paciente tenga conocimiento del centro de atención más cercana a su casa y a su vez estos centros de atención estén organizados con las herramientas (medicamentos-personal) acorde a la población que manejan de lo anterior podemos concluir una de las posibles causas que conllevan a la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar.</p>
Título	2. AVANZANDO EN LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS EN CHILE
Autor y Año	CARLOS PEÑA M. y VICTORINO FARGA C. Rev Chil Enf Respir 2013; 29: 219-227
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v29n4/art06.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	PEÑA C, FARGA V. Avanzando en la lucha contra la tuberculosis en Chile. Revista chilena de enfermedades respiratorias. 2013;29(4):219-27.
Objetivo del artículo	Proponer estrategias para el control y disminución de la tuberculosis en Chile
Palabras Clave	Programa control de tuberculosis, grupos de alto riesgo, tuberculosis latente, tratamiento preventivo antituberculosis.
Conceptos manejados en	El programa nacional de control de la tuberculosis en Chile focaliza sus actividades en la detección de casos o

<p>el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>pesquisa con baciloscopia en los pacientes con síntomas de la enfermedad que consultan los servicios de salud; lo cual permitió, en el año 2000, llegar a la etapa epidemiológica de inicio de umbral de eliminación.</p> <p>Sin embargo, la velocidad de disminución de la enfermedad es más lenta año tras año, hasta llegar a un valor contante en 2009 de 13.1 por 100 mil habitantes. Las causas de este fenómeno están relacionadas principalmente con la disminución de las pesquisas, además de la presencia de esta enfermedad en grupos vulnerables como adultos mayores, población carcelaria, infectados con VIH, migrantes, entre otros.</p> <p>El éxito del tratamiento para tuberculosis se ve afectado por la proporción de fallecidos (8,5%) y abandono del tratamiento (6.5%), dando como resultado una eficiencia del tratamiento del 82.1%. En este sentido se deben proponer estrategias para aumentar le velocidad de disminución de los casos de tuberculosis con miras al control y eliminación de la enfermedad.</p>
<p>Muestra</p>	<p>El artículo busca proponer estrategias para el control y disminución de la tuberculosis en Chile, con base en datos estadísticos de la región metropolitana, la cual tiene una población aproximada de 7 millones de habitantes.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>El artículo busca proponer estrategias para el control y disminución de la tuberculosis en Chile, con base en datos estadísticos de la región metropolitana, la cual tiene una población aproximada de 7 millones de habitantes.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Los resultados base que justifican la búsqueda de estrategias para controlar la tuberculosis en Chile están relacionados con el tratamiento de TB(tuberculosis) pulmonar bacilífera virgen a terapias previas, con 2.257 casos acumulados entre el año 2007-2011, muestran un éxito terapéutico de 80,3%, inferior a la meta OMS (85%) y a la meta nacional (90%), debido a la alta proporción</p>

	<p>de abandonos (9,1%), que está distante de la meta deseada de menos de 5% . En la evaluación de la cohorte del año 2011 de la RM (región metropolitana) el Servicio de Salud con mayor éxito terapéutico, que es el Oriente, tampoco alcanza la meta nacional, ya que tiene un éxito de 88,9%</p>
<p>Discusión</p>	<p>Las estrategias propuestas con miras a contener la endemia mediante la reducción de las fuentes de transmisión se resumen a continuación</p> <p>Incorporar mejoras en el diagnóstico de los infectados y enfermos de TBC</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Intensificación de la pesquisa baciloscópica en Atención Primaria hasta llegar a un índice de pesquisa de 50 (50 baciloscopías por cada 1.000 consultas de morbilidad general de adultos) y, además, intensificación de la pesquisa activa sobre población vulnerable como adultos mayores, privados de libertad (PPL), infectados por VIH, migrantes, diabéticos, sectores poblacionales de alta incidencia (comunidades y unidades vecinales) y contactos intrafamiliares y de lugares de estudio o de trabajo b) Disponer de mejores técnicas de evaluación de la infección para el diagnóstico de TBC latente. En reemplazo o como complemento de la reacción de tuberculina (PPD) se están utilizando los llamados IGRAs (Interferon Gamma Release Assays) c) Introducir métodos diagnósticos más sensibles y rápidos de la enfermedad. Existen técnicas de biología molecular que permiten, mediante sondas correspondientes a segmentos específicos del ADN de las micobacterias <p>Garantizar la oportunidad y eficacia del tratamiento</p>

	<p>preventivo y curativo de la TBC</p> <p>a) Tratamiento de la tuberculosis latente: La quimioprolifaxis (QMP) o tratamiento preventivo de la tuberculosis con fármacos específicos en infectados, PPD+, ha demostrado su utilidad en numerosos ensayos según la adherencia y tiempo de terapia útil</p> <p>b) Optimizar el tratamiento de la tuberculosis adaptado las diferentes poblaciones bacilares (bacilos metabólicamente activos; con altos índices de crecimiento; bacilos con pulsos de actividad metabólica; bacilos intracelulares en medio ácido, y bacilos durmientes). Cada fármaco actúa preferentemente sobre una población bacilar específica</p> <p>c) Terapia de Tuberculosis Se debe garantizar una terapia adecuada a todos los enfermos multi-resistentes con fármacos de segunda línea a los cuales sean sensibles. La eficacia debe ser monitorizada por la negativización de los cultivos.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Con este artículo de origen Chileno que busca proponer estrategias para el control y disminución de la tuberculosis en Chile, con base en datos estadísticos de la región metropolitana, la cual tiene una población aproximada de 7 millones de habitantes. nos muestra que su sistema de salud asumen buenas estrategias en la lucha en contra de la tuberculosis como es la mejora en el diagnóstico, la oportunidad en el tratamiento curativo así como su enfoque en la prevención, por esta razón tienen conocimiento del tipo de población que asiste al sistema de salud, sin embargo, un porcentaje considerable del 9.1% corresponde a los pacientes catalogados como no adherentes, estos son incognitos para el sistema de salud, esta situación los aleja cada vez más de la meta de la OMS de hasta el 5.0%, convirtiéndose en un factor crítico puesto que la TBC es una enfermedad infectocontagiosa que puede aumentar en poco tiempo la aparición de nuevos casos, aunque</p>

	<p>las estrategias ya desarrolladas están bien planteadas y ejecutadas, deben incluir estrategias observando la variación de la población y cubriendo todos los grupos poblacionales ya que que una población descuidada con factores de riesgos altos puede desencadenar una epidemia, además de las multiresistencia por el retraso en el diagnóstico y tratamiento , este artículo nos ayuda a Identificar las posibles causas que conllevan a un diagnóstico tardío de tuberculosis pulmonar si no tenemos estrategias que involucren a toda la población.</p>
Título	3.CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS Y TUBERCULOSIS RESISTENTE A MÚLTIPLES MEDICAMENTOS EN INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL DE BOGOTÁ D.C.
Autor y Año	Pedraza Moreno, LM, **García Alvarado, CA, ***Muñoz Sánchez, AY Enferm. Glob . vol.11 no.25 Murcia ene. 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/128721/128261
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Pedraza Moreno L, García Alvarado C, Muñoz Sánchez A. Caracterización de pacientes con tuberculosis y tuberculosis resistente a múltiples medicamentos en instituciones de tercer nivel de Bogotá DC. Enfermería Global. 2012;11(25):129-38.
Objetivo del artículo	Caracterizar los pacientes portadores de tuberculosis y tuberculosis resistente a múltiples medicamentos, diagnosticados en instituciones de tercer nivel de complejidad en Bogotá D.C. entre Octubre de 2008 y Octubre de 2010
Palabras Clave	Tuberculosis resistentes a múltiples medicamentos; tuberculosis; medio social; promoción de la salud.
Conceptos manejados	La tuberculosis (TB) persiste como uno de los mayores problemas de salud pública del mundo, su situación

<p>en el artículo (Introducción - planteamiento o problema)</p>	<p>continúa empeorando principalmente, por la creciente prevalencia de la Resistencia a Múltiples Medicamentos (MDR) lo cual representa un problema aún mayor en el control de la enfermedad debido a que su tratamiento es particularmente difícil puesto que requiere la utilización de fármacos alternativos menos eficaces y peor tolerados, precisando regímenes terapéuticos más prolongados y reduciendo extraordinariamente las posibilidades de éxito (2) generando a su vez una menor adherencia al tratamiento y dificultando de esta forma, el control de la enfermedad. Diversos autores han identificado la relación de factores individuales, sociales y programáticos que influyen en el desarrollo de la MDR, entre estos factores se encuentran las precarias condiciones de vida, educación y trabajo, el nivel socioeconómico bajo, el uso de drogas, alcoholismo, ser habitante de calle</p>
<p>Muestra</p>	<p>La recolección de datos se realizó entre Octubre de 2010 y Enero de 2011, con un total de 640 registros clínicos de pacientes diagnosticados entre Octubre de 2008 y Octubre de 2010.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Estudio cuantitativo, de alcance descriptivo, transversal, de corte retrospectivo realizado en 6 instituciones de tercer nivel de Bogotá. Para la recolección de información se utilizó un instrumento diseñado con base en el protocolo de vigilancia de tuberculosis, los registros del programa y la revisión de literatura respectiva. El instrumento contó con la siguiente estructura: datos sociodemográficos, epidemiológicos, factores sociales de riesgo, esquema de tratamiento, medios diagnósticos, seguimiento y control de la enfermedad. El análisis de la información se realizó mediante el software Microsoft Excell 2007.</p>
<p>Resultados</p>	<p>En cuanto al tipo de tuberculosis se encontró que el 46% de las personas portaban TB Pulmonar, el 41% extra pulmonar y en el 14% no tenía, registraba esta información. Se halló que de forma predominante el 64% de los participantes eran hombres, el 21% eran mayores</p>

	<p>de 65 años y el 44% pertenecían al régimen contributivo. Se evidenció que el 2.2% de los casos fueron diagnosticados como TB MDR(multirresistencia a los medicamentos); de ellos el 71% pertenecían al sexo masculino, el 36% tenía entre 25-34 años y el mayor porcentaje pertenecían en igual proporción tanto a los pacientes no afiliados como a los que pertenecen al régimen subsidiado en un 36%.</p>
Discusión	<p>Los resultados muestran que la población adulta mayor es la más afectada por la enfermedad, convirtiéndose en una potencial fuente de contagio para los habitantes del hogar donde vive el enfermo. De igual manera, la población en edad productiva (25 – 34 años) y profesionales militares son el grupo con mayor desarrollo de la enfermedad, lo cual puede representar un problema no solo de salud pública, sino también de carácter económico; debido a las consecuencias de la enfermedad, incapacidad o muerte de los pacientes sin tratamiento adecuado.</p> <p>Por otra parte, el conocimiento de la procedencia de los pacientes es de vital importancia para el seguimiento de los pacientes durante y después del tratamiento, lo cual permite controlar la adherencia al tratamiento y los posibles contagios. Además los resultados indican que los afectados por la tuberculosis pertenecen al régimen contributivo y subsidiado, lo cual sugiere que la enfermedad no es exclusiva de población de bajo estrato económico.</p> <p>En cuanto a lo relacionado con las comorbilidades se encontró que la coinfección con VIH presenta la mayor comorbilidad, así como patologías comunes en la población mayor de 65 años que pueden complejizar el tratamiento antituberculoso debido a la debilitación del sistema inmunológico.</p> <p>La resistencia a múltiples medicamentos (MDR) se distribuye de forma homogénea en los diferentes rangos de edad, lo cual puede dificultar la orientación de programas para evitar resistencia a medicamentos. Por</p>

	<p>otra parte, la mayoría de los pacientes con MDR pertenecen al régimen subsidiado, lo cual indica que el factor socioeconómico está ligado a la MDR. La tuberculosis pulmonar representa el 50% de los casos de MDR, la cual se convierte en una levada fuente de contagio. Además, solo el 29% de los casos fueron casos nuevos, y el porcentaje restante fueron reingresos, recaídas y fracasos, lo cual puede indicar fallas en los procesos de control y seguimiento al tratamiento inicial. Los factores de riesgo de los pacientes encontrados en la caracterización realizada en esta investigación coinciden con los reportados en otros estudios. Los principales factores son: hacinamiento, nexos epidemiológicos y farmacodependencia. Por esta razón se requieren de programas intersectoriales para mejorar el apoyo y seguimiento a los pacientes, evitando complicaciones y aparición de formas graves de tuberculosis y tuberculosis MDR.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo de origen Colombiano el cual pretende caracterizar los pacientes portadores de tuberculosis y tuberculosis resistente a múltiples medicamentos, diagnosticados en instituciones de tercer nivel de complejidad en Bogotá D.C. entre Octubre de 2008 y Octubre de 2010 muestra que la población más vulnerable para adquirir tuberculosis son los mayores de 65 años, militares y la población entre 25-35 convirtiéndose en foco para transmitir la enfermedad, a las personas con las que conviven, generando un problema de salud pública que desencadena problemas económicos y sociales. Por otro lado es importante conocer la procedencia del paciente si lo clasificamos por régimen, padecen la enfermedad tanto el régimen contributivo como el régimen subsidiado es significativo conocer la procedencia del paciente para realizar el seguimiento y el apoyo integral en el tratamiento contra la tuberculosis que este requiere, con respecto a la comorbilidad de la tuberculosis con VIH podemos decir que es alta, debido al estado inmunológico suprimido</p>

	que atraviesa el paciente y las complicaciones que se dan frente a las resistencias a los medicamentos comercialmente disponibles. Lo anterior nos ayuda a considerar el perfil epidemiológico de la población como una herramienta al momento de generar estrategias encaminadas a evitar un diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar y la multirresistencia a los medicamentos.
Título	4. COMUNICACIÓN EDUCATIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS MICRORED CHICLAYO 2011.
Autor y Año	AUTOR: Bach. Erika Alvites Díaz MICRORED CHICLAYO 2011
Ubicación del artículo (base datos)	<i>tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/.../TL_Alvites_Diaz_Erika.p</i>
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Alvites Díaz E. Comunicación educativa del personal de enfermería en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis, Microred Chiclayo Año 2011
Objetivo del artículo	Describir, analizar y comprender la comunicación educativa del personal de enfermería en la Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis
Palabras Clave	Comunicación educativa, Enfermería, Tuberculosis.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La tuberculosis es una enfermedad de trascendencia social que acarrea serios problemas de salud pública, desde el punto de vista social y económica Dentro de los objetivos planteados por la estrategia de tuberculosis en el mundo está el promover la comunicación estratégica para lograr el desarrollo de la ciudadanía en salud; brindando una atención integral a la persona y/o familia

	<p>en riesgo a enfermar o morir por tuberculosis. Dentro de la aplicación de estrategias innovadoras que garanticen el logro de sus objetivos, es importante resaltar que comunicarse no sólo implica dialogar entre dos o más personas, sino también los gestos, miradas, posturas, contacto físico, etc.</p> <p>La comunicación es el gran instrumento de la relación, y sin embargo a veces somos demasiado confiados respecto a nuestra eficacia comunicativa y luego nos sorprenden los extraños efectos que se derivan de ella.</p> <p>la investigadora evidenció que durante la comunicación que brinda el personal de salud, no hace uso del material audiovisual como: portafolio, folletos, afiches, trípticos lo cual no contribuye a fortalecer el proceso de comunicación educativa a las personas que padecen esta enfermedad. Asimismo se percibió que los pacientes se muestran ansiosos, preocupados por saber si el tratamiento dará resultado, sienten vergüenza ante el hecho de que la gente los vea concurrir al programa, la falta de apoyo familiar aunado en ocasiones a la indiferencia de la enfermera u otro personal sanitario agudiza esta situación, de allí que se genere la siguiente interrogante de investigación:</p> <p>¿Cómo es la comunicación educativa del personal de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. MicroRed Chiclayo?</p>
<p>Muestra</p>	<p>En la presente investigación los sujetos de investigación lo constituyeron tanto el profesional de salud como los pacientes que asistían a su tratamiento en la Estrategia Sanitaria de Prevención y control de la Tuberculosis, entre los entrevistados tenemos:</p> <p>Centro de Salud José Olaya: 35 pacientes (Fase I:19 pacientes; Fase II:16 pacientes), técnica en enfermería</p> <p>Centro de Salud Jorge Chávez: 17 pacientes (Fase I:8 pacientes; Fase II:9 pacientes), Enfermera .</p>

	<p>Centro de Salud Túpac Amaru: 7 pacientes (Fase I:4 pacientes; Fase II:3 pacientes), Enfermera .</p> <p>Centro de Salud San Antonio: 21 pacientes (Fase I: 7 pacientes; Fase II:14 pacientes), Enfermera y técnica en enfermería.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>La presente investigación es tipo cualitativa, “es un tipo de investigación que permite obtener respuestas a fondo a cerca de lo que las personas piensan y sienten. Es de índole interpretativa y se realiza con grupos pequeños de personas cuya participación es activa durante todo el proceso investigativo</p> <p>El abordaje de la presente investigación es un estudio de caso; es el análisis de una corta historia descriptivo-narrativa (real o ficticia) que encierra un conflicto entre personas o grupos</p>
<p>Resultados</p>	<p>Los datos fueron analizados a través del análisis temático, obteniendo como resultado 3 categorías con sus respectivas sub categorías lo cual se detallan a continuación:</p> <p>1- Características del proceso de comunicación educativa</p> <ul style="list-style-type: none"> · Deficiente interrelación comunicativa · Comunicación intersubjetiva desatendida · Verticalidad en la comunicación educativa · Falta de reforzamiento visual <p>2.- Limitaciones y barreras para el proceso de comunicación educativa</p> <ul style="list-style-type: none"> · Estigmatización · Rutinización del tratamiento <p>3.- Necesidades emergentes en el proceso de comunicación educativa en la Estrategia de Tuberculosis</p>

	<ul style="list-style-type: none"> · Renovación y adaptación del material educativo · Ambientes adecuados para el proceso efectivo · Adaptación del lenguaje por parte del profesional de Enfermería
Discusión	<p>La comunicación educativa de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis Micro red Chiclayo se evidencia a través de los discursos debilidades, en relación a la comunicación educativa que el personal de enfermería brinda a la población que tiene a cargo en la estrategia de TBC así como una comunicación escasa, ínter subjetividad desatendida, verticalidad y la falta de reforzamiento visual descuidada, podrían explicar aunque parcialmente el abandono del tratamiento, no tomar en consideración las medidas preventivas</p> <p>La educación sólo se logra a partir de una auténtica relación personal, esto no se evidencia en los discursos, por el contrario existe verticalidad en la comunicación educativa (profesional de la salud/paciente), por ello los sentimientos y las opiniones de los pacientes no son tomados en cuenta por la enfermera; lo que acrecienta más la distancia entre ambos</p> <p>Para que la comunicación educativa sea efectiva es necesario tener apoyo visual adecuado , o en la investigación encontramos discursos que consideran que el material que utilizan en los centros de salud no son los adecuados por no estar actualizados, presentar palabras técnicas que son desconocidas para las personas; por ende esto no ayuda al entendimiento de los pacientes</p> <p>La rutinización y la estigmatización se constituyen en limitantes o barreras para el proceso de comunicación educativa; La rutinización porque la enfermera se limita a entregar tratamiento y supervisar que la persona lo ingiera sin tomar en cuenta otros aspectos, aún los establecidos en la norma técnica, esto quizás apoyado en el estigma que la enfermedad lleva consigo y que</p>

	también es vivido por el personal de salud.
Análisis Personal	<p>Este artículo Peruano que busca describir, analizar y comprender la comunicación educativa del personal de enfermería en la Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis de tipo cualitativo nos refleja la realidad de muchos centros de atención en salud donde nuestro personal de salud no tiene o no utiliza las herramientas necesarias para lograr una comunicación asertiva con sus pacientes de Tuberculosis, Es importante como Administradores en Salud tener presente dentro de las estrategias, se debe fomentar una comunicación educativa efectiva creando espacios de confianza y de escucha activa entre la enfermera y el paciente, orientando y ayudando a la persona en la resolución de sus problemas referentes a su salud tanto física como emocional, para lo cual se harían demostraciones, charlas educativas, valiéndose de materiales como los portafolios, videos, demostraciones, conferencias etc. También debemos trabajar en la luchar por erradicar el estigma y la discriminación a los pacientes con TBC, concientizando a la población que esta enfermedad se cura y se necesita del apoyo tanto de la familia, como de la comunidad, lo cual contribuye a finiquitar el tratamiento con éxito logrando su recuperación. Sensibilizar al personal de salud sobre su rol en la Estrategia de Tuberculosis Estas serían una de las posibles causas que conllevan a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar</p>
Título	5.CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE LA TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE
Autor y Año	Jonny Laurente , Fany Remuzgo , Jorge Gallardo ,

	Lizbeth Taype , Janice Huapaya ,Jeanett Carrillo , Carmen Narro , Emily Navarro , Dany Bustos y Yanina Pérez Revista Peruana de Epidemiología 2010
Ubicación del artículo (base datos)	http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/epidemiologia/v14_n1/pdf/a05v14n1.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Laurente J, Remuzgo F, Gallardo J, Taype L, Huapaya J, Carrillo J, et al. Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente. Revista Peruana de Epidemiología. 2010; 14(1):32-8.
Objetivo del artículo	Describir el nivel de conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR), compararlo por sexo, grado de instrucción y especificar las fuentes principales de información acerca de la tuberculosis
Palabras Clave	Tuberculosis; Multidrogorresistencia; TB-MDR; Conocimiento y actitudes
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Durante los últimos años el cuadro epidemiológico de la tuberculosis se ha visto agravado por factores socioeconómicos, abandono de los programas de control, el hábito de fumar, el alcoholismo, el hacinamiento, la multidrogorresistencia, la infección por VIH entre otros. En el caso del Perú, debido a factores como el desempleo, la pobreza extrema, el déficit en saneamiento y educación en salud, se presenta un incremento en el número de casos a medida que la población aumenta. La tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) se presenta por un tratamiento inadecuado y la presencia de organismos multidrogorresistente. Para disminuir la TB-MDR se deben mejorar las acciones enfocadas a un diagnóstico oportuno y el subsecuente tratamiento acompañado de su registro, seguimiento y vigilancia. Tanto los sistemas de salud como los pacientes cumplen

	<p>un papel importante en el tratamiento y recuperación, sino también en la prevención de la enfermedad, razón por la cual se requiere de un conocimiento de la transmisión, tratamiento y cuidados de básicos de la enfermedad.</p>
Muestra	<p>Se estudiaron 70 pacientes con TB-MDR en tratamiento durante 2009, pertenecientes a 5 centros de salud de la DISA V en la ciudad de Lima, Perú.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Los pacientes objeto de estudio debían tener diagnosticada TB-MDR durante un tiempo no menor de 6 meses y estar recibiendo tratamiento individualizado, excluyendo pacientes con problemas de conducta y/o consumo de drogas. La muestra fue seleccionada por juicio de expertos.</p> <p>Las variables estudiadas fueron agrupadas en 3 grupos: datos generales, nivel de conocimiento de transmisión y prevención, y actitud frente a la enfermedad. La encuesta realizada para la recolección de información consta de 26 preguntas agrupadas en 5 secciones: datos generales, conocimientos sobre transmisión, conocimiento en prevención, actitud respecto a la enfermedad y medio de información del paciente. La calificación de la encuesta se realizó de la siguiente manera: para la sección sobre transmisión se considera adecuado si se responde correctamente mas 7 de preguntas, la sección de prevención se calificó como adecuada si se responde correctamente a 3 preguntas y la actitud se valora como adecuada si se obtiene un puntaje igual o mayor a 40 en la escala de Likert.</p> <p>El análisis de información inició con una etapa de exploración mediante estadísticas descriptivas, para posteriormente realizar una prueba de comparación de medias con una prueba de t de Student y Chi-cuadrdo en el análisis de variables cualitativas. La significancia para todas las pruebas fue del 95%, empelando software SPSS y Minitab.</p>
Resultados	<p>Datos generales La media de edad encontrada fue 32.1 años. No se encontraron diferencias significativas entre</p>

	<p>las medias de las edades de hombres y mujeres. El 68,6 % están en situación de desempleo. El 72,9% de los pacientes conocían su diagnóstico de TB-MDR. El 87,1% se enteraron sobre la enfermedad mediante su organismo de salud, 8,6% por sus familiares y 4,3% mediante internet y medios de comunicación. Respecto al momento en el cual se adquirieron información respecto a la tuberculosis, el 60% fue en el transcurso del tratamiento, 32,9% durante su diagnóstico, 4,3 % debido a una complicación de su enfermedad y 2,9% ya conocían sobre la TB antes de enfermarse. Conocimiento sobre transmisión y prevención El 61,4% de los pacientes evaluaron el conocimiento sobre la transmisión de la enfermedad como adecuado, mientras que el 67,1% calificaron adecuado su conocimiento sobre prevención de la tuberculosis. No se encontraron diferencias significativas en las evaluaciones realizadas por hombres y mujeres. Actitud de los pacientes frente a la enfermedad El 60% de los pacientes presentaron una actitud adecuada frente a la enfermedad. No se encuentran diferencias significativas en la evaluación de la actitud en hombres y mujeres.</p>
<p>Discusión</p>	<p>La tuberculosis se presenta en mayor proporción en población con edad económicamente activa. Al ser una enfermedad infectocontagiosa, la población en contacto con personas enfermas tiene mayor probabilidad de contagio.</p> <p>El nivel educativo de los pacientes es relevante en el conocimiento de la enfermedad, ya que personas con un nivel educativo alto muestran mayor interés por los problemas de salud asistiendo oportunamente a los organismos de salud y aplicando las medidas preventivas necesarias, lo cual conlleva a disminuir el contagio, la mortalidad y morbilidad.</p> <p>Por otra parte, un alto porcentaje de los pacientes manifestaron estar en condición de desempleados, lo cual genera condiciones económicas bajas para sus familias y unas condiciones de nutrición poco adecuadas,</p>

	<p>aumentando el riesgo de contagio de la enfermedad. Además el padecimiento de la enfermedad ocasiona pérdida de empleo ó disminución del tiempo productivo debido a las incapacidades, con lo cual se disminuye los niveles de vida de los pacientes y sus familias.</p> <p>El conocimiento del diagnóstico fue alto en los pacientes estudiados (93%), lo cual influye directamente sobre la conciencia de la importancia del tratamiento mejorando la adherencia la mismo. La información adquirida proviene principalmente de los organismos de salud y de familiares que padecen la enfermedad. Es importante que la fuente de información sea muy confiable porque una información incorrecta puede agravar la enfermedad o poner en riesgo la salud de familiares y comunidad en general. En términos generales, el 60% de los pacientes mencionó haberse enterado de los aspectos básicos de la enfermedad durante el tratamiento recibido y un bajo porcentaje (3%) conocía de la enfermedad antes de padecerla. Lo anterior sugiere deficiencias en los programas de prevención aplicados. Lo anterior se confirma al analizar los resultados respecto a conocimientos y actitudes frente a la enfermedad, donde se evidencian deficiencias en el enfoque sobre las medidas de prevención que se ofrece a los pacientes con TB-MDR. Es importante un buen grado de conocimiento y actitud frente a la enfermedad, reflejándose en el nivel de conciencia respecto a la importancia del tratamiento y la reducción del contagio de la enfermedad. En este orden de ideas se deben mejorar los programas enfocados al conocimiento sobre las medidas preventivas de la tuberculosis.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Con este artículo de origen Peruano que aspira describir el nivel de conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR), compararlo por sexo, grado de instrucción y especificar las fuentes principales de información acerca de la tuberculosis nos pauta que son los pacientes de edades</p>

	<p>económicamente productivas son los más propensos a contraer la tuberculosis por estar en continua relación en sociedad convirtiéndose en focos de trasmisión de la enfermedad sin embargo los pacientes que tienen un nivel educativo alto se preocupan por su salud por esta razón acuden a sus centros de salud donde les suministran medicamentos y son se acogen a las recomendaciones médicas donde conocen más de la enfermedad convirtiéndose un éxito la recuperación, además de minimizar la trasmisión y la multirresistencia, otra parte de esta población asume que son desempleados proporcionando condiciones de salud bajas que conllevan a la malnutrición, hacinamiento factores predisponentes para el contagio además no se preocupan por asistir a su centro de salud, por lo cual podemos deducir que el nivel educativo y por ende el no conocimiento de la enfermedad antes o durante la enfermedad acompañada de información no confiable acerca de esta puede ser una causa que conllevan a un diagnóstico tardío de tuberculosis pulmonar.</p>
--	---

Título	6. CONSTRUCCIÓN DE LA ADHERENCIA. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS EN TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS
Autor y Año	Cecilia Domínguez Diciembre 2012
Ubicación del artículo (base datos)	www.margen.org/suscri/margen67/dominguez.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Dominguez C. Construcción de la Adherencia: estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales. 2012(67):13-2.
Objetivo del artículo	Reflexionar en torno a las estrategias de intervención del Trabajo Social en la adherencia al tratamiento de

	<p>personas con tuberculosis que se atienden en el Consultorio Infanto Juvenil y de Control de Contactos y en el Servicio de Neumotisiología del Hospital Tornú en el período Noviembre 2011 y Marzo 2012</p>
Palabras Clave	<p>Adherencia al tratamiento, Tuberculosis, Estrategias de intervención.</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La tuberculosis es una enfermedad estigmatizada por sus inicios, ya que es asociada a conductas sanitarias inadecuadas y a la muerte. Por esta razón, el paciente diagnosticado es impactado por temor a contagiar a su familia y a morir. Además, el tratamiento al que se somete genera conflictos en la vida cotidiana del paciente por los controles médicos periódicos, la medicación recibida y la incapacidad para realizar ciertas actividades. La adherencia al tratamiento es fundamental para la recuperación del paciente. La adherencia se ve influenciada por factores como: condiciones de vida, la inserción en el mercado laboral, la percepción de la enfermedad y la relación con el organismo de salud, entre otros. En este sentido, la labor del trabajo social es fundamental para mejorar la adherencia de los pacientes acompañada de una buena accesibilidad al sistema de salud.</p>
Muestra	<p>Las experiencias que finalmente condujeron a realizar esta reflexión se desarrollaron en el Consultorio Infanto Juvenil y de Control de Contactos en tuberculosis del Hospital Dr. E. Tornú, en el marco del primer año de la Residencia de Servicio Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En este consultorio se atienden los tratamientos de los/as pacientes niños, niñas o adolescentes y realizan los controles de salud de los contactos de los/as adultos en tratamiento en el servicio de neumología.</p>
Intervención y proceso	<p>El artículo es producto de las reflexiones y experiencias recolectadas durante el primer año de residencia en el</p>

medición	entorno mencionado en el ítem anterior.
Resultados	<p>La construcción de una definición de adherencia al tratamiento implica trascender más allá del simple cumplimiento, por parte del paciente, de las indicaciones del grupo tratante. Requiere indagar sobre los factores que favorecen o deterioran la construcción de una relación entre el paciente y el grupo de salud. En este sentido, la construcción debe asumirse como un proceso en el cual se debe ir afianzando la relación entre los actores principales, de manera flexible y dinámica para adaptarse a las necesidades del paciente y su grupo de salud. En este enfoque, el paciente debe considerarse como un “ser humano” con singularidades que pueden influir de forma significativa en la construcción de la adherencia al tratamiento. Por otra parte, la construcción de una relación paciente – equipo de salud, es también de gran importancia en el proceso de adherencia del paciente. Además, la accesibilidad al tratamiento desde el punto de vista de la cultura y condiciones de vida del paciente permite al equipo de salud establecer una relación adecuada y particular con el paciente en tratamiento.</p>
Discusión	<p>Condiciones de vida y adherencia</p> <p>Debido a que las condiciones de vida influyen sobre adherencia, se sugiere realizar una entrevista social al iniciar el tratamiento para identificar las condiciones sociales que pueden incidir en la adherencia del paciente al tratamiento.</p> <p>Intervención dentro de los equipos</p> <p>Debido a la desigualdad en el acceso al tratamiento, se deben implementar estrategias que permitan a cada paciente cumplir con el tratamiento, teniendo en cuenta las dificultades que cada individuo puede tener, debido a sus condiciones de vida, a la hora de acudir a citas médicas o retirar medicamentos.</p>

Tipo de inserción en el mercado laboral

La informalidad laboral y malas condiciones de trabajo reducen la posibilidad de adherencia al tratamiento, por no tener garantías que les permitan acoplar sus labores y la asistencia al centro médico. En este sentido se requiere la gestión de recursos estatales para estos pacientes, sin embargo los recursos y programas en este aspectos son mal estructurados y con bajo presupuesto.

Incidencia del diagnóstico y la adherencia

La forma en que se recibe el diagnóstico de la enfermedad influye en el proceso de adherencia, debido al imaginario simbólico que puede tener el paciente sobre la enfermedad. Generalmente, se percibe como una enfermedad que puede generar discriminación para el paciente.

Sentimientos entorno al diagnóstico

Los sentimientos que con mayor frecuencia refieren los pacientes son el miedo a la muerte, vergüenza y sorpresa. Estos sentimientos pueden afectar el proceso de adherencia por la percepción del paciente de padecer una enfermedad incurable y la poca efectividad de los tratamientos. Por otra parte la vergüenza genera una imposibilidad para apropiarse de la enfermedad y por ende del tratamiento de la misma. Para evitar que estos sentimiento afecte el proceso de adherencia se sugiere realizar sesiones con el paciente para concientizarlo que la enfermedad puede ser solo una problemática de salud que viven y puede ser superada.

Estrategias de intervención en la incidencia del

	<p>diagnóstico</p> <p>Se sugiere realizar la intervención mediante dos acciones: la entrevista social y charlas en sala de espera. La primera acción permite recolectar información sobre el entorno social en que vive el paciente, ayudando a identificar los factores que pueden influir sobre la adherencia al tratamiento. Por otra parte, las charlas en sala de espera, busca brindar información sobre la enfermedad y su tratamiento, para que el paciente sienta confianza en el grupo que lo atiende y tenga conciencia del acompañamiento durante el padecimiento de la enfermedad.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo Argentino el cual pretende reflexionar en torno a las estrategias de intervención del Trabajo Social en la adherencia al tratamiento de personas con tuberculosis que se atienden en el Consultorio Infante Juvenil y de Control de Contactos y en el Servicio de Neumotisiología del Hospital Tornú en el período Noviembre 2011 y Marzo 2012 nos da una visión desde el punto de vista social y económico donde hace énfasis en el trabajo integral del personal de salud y el trato personalizado de los pacientes siendo conscientes de que cada uno de ellos es un mundo aparte lleno de diferentes situaciones personales que deben sobrellevar por lo cual es de vital importancia ir más allá, conocer su situación para así poder dar un manejo integral desde una perspectiva personal logrando un éxito en la adherencia, además con estas situaciones que se presentan lograr plantear estrategias para contrarrestar los posibles obstáculos que dichas situaciones personales puedan generar a la adherencia del tratamiento de los pacientes con tuberculosis, gracias a este artículo podemos dar respuesta a dos objetivos de nuestra monografía Identificar y analizar los efectos sociales y económicos a nivel mundial que conlleva un</p>

	diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar.
Título	7.CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO PARA DETERMINAR LA INFRANOTIFICACIÓN DE TUBERCULOSIS EN UNA REGIÓN SANITARIA DURANTE LOS AÑOS 2007-2009
Autor y Año	Oriol Yugueroa, M. Catalina Sernaa, Jordi Realb, Leonardo Galvánd, Pilar Riue y Pere Godoy Jun.-jul. 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S0212656712002168
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Yuguero O, Serna MC, Real J, Galván L, Riu P, Godoy P. Cumplimiento terapéutico para determinar la infranotificación de tuberculosis en una región sanitaria durante los años 2007-2009. Atención Primaria. 2012; 44(12):703-8.
Objetivo del artículo	Estimar la incidencia anual de Tuberculosis en Lleida, teniendo en cuenta los casos declarados y el porcentaje de casos infradeclarados
Palabras Clave	Tuberculosis, Incidencia, Adherencia al tratamiento
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La Tuberculosis es una de las enfermedades causantes de mayor morbilidad, la OMS en el año 2007 estimo una incidencia de 9 millones de nuevos casos; sin embargo es necesario tener en cuenta el aumento en el porcentaje de infranotificación de casos de esta enfermedad, siendo hasta del 50% en algunas comunidades.</p> <p>El abandono del tratamiento y la falta de cumplimiento terapéutico, debido a factores como la indigencia, vivir solo, ser inmigrante y estar infectado de VIH; genera aumento en la resistencia al tratamiento perpetuando la enfermedad.</p> <p>Con el propósito de evitar la aparición de resistencia, es</p>

	<p>necesario realizar un adecuado diagnóstico, notificarlo y tratarlo adecuadamente; adicionalmente el paciente debe asumir el compromiso de seguir el tratamiento, para garantizar la efectividad de los medicamentos.</p>
Muestra	<p>Población adscrita a los 21 centros de salud del Instituto Catalán de Salud (ICS) de la región sanitaria de Lleida, con 360.489 usuarios asignados el año 2007. El 20% de la población es inmigrante.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Consiste en un estudio observacional de incidencia de tuberculosis teniendo en cuenta los casos notificados y dispensación de fármacos indicados en el periodo 2007-2009 en Lleida.</p> <p>Para detectar los casos de TB se usaron 3 fuentes: la unidad de TB del hospital de referencia; el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y el Departamento de Farmacia.</p> <p>El año de diagnóstico y la consideración de cumplimiento terapéutico se recogieron como variables clínicas.</p> <p>Para asegurar la comparabilidad de las tasas de incidencia se calcularon y estandarizaron por edad, sexo y origen; y sobre la base de los nuevos casos únicos detectados por años naturales. Se estimó el porcentaje de cumplimiento terapéutico sobre la base del total de casos detectados, y se determinó la significación estadística mediante el test de la ji al cuadrado.</p>
Resultados	<p>La incidencia anual de tuberculosis entre los años 2007-2009 en Lleida oscila entre 29 y 38 casos por 100.000 habitantes; de los cuales el 72,6% fueron declarados, el resto fueron detectados por los envases retirados de las farmacias.</p> <p>En el año 2007 se declararon el 63% de los casos, en el 2008 78,4% y en el 2009 79,4%. La mayor incidencia en</p>

	<p>el año 2009 se presentó en el rango de 25 a 34 años tanto en inmigrantes como en población autóctona. Se evidenció mayor incidencia en los hombres, excepto en la edad pediátrica.</p> <p>En cuanto al cumplimiento terapéutico en inmigrantes fue del 61,2% mientras que en la población autóctona del 75,8%; y no se muestra variación en el grado de cumplimiento en función de la edad ni el sexo.</p>
Discusión	<p>El estudio realizado y el sistema de notificación de la Generalitat de Catalunya, han demostrado una tendencia a la baja en la incidencia de la Tuberculosis; sin embargo, se comprobó que la incidencia real de Lleida está muy por encima de los resultados oficiales. Existen diferentes métodos para obtener incidencias reales, como el método captura-recaptura. Se han empleado diferentes fuentes de información para completar el sistema de vigilancia de enfermedades de declaración obligatoria, como el consumo de fármacos para valorar la incidencia y evolución de una enfermedad.</p> <p>Para determinar la incidencia, es importante tener en cuenta los casos que no han sido declarados; el Lleida existe una media del 27,4% de infranotificaciones.</p> <p>Entre los años 2007 y 2009 la incidencia entre la población autóctona ha ido disminuyendo mientras que en los inmigrantes se mantiene estable.</p> <p>Se ha demostrado que la falta de cumplimiento de un tratamiento largo y que puede tener efectos secundarios, es uno de los factores determinantes en la aparición de casos multirresistentes a fármacos.</p> <p>La disminución en el cumplimiento terapéutico en la población inmigrante se relaciona con el aumento en la incidencia y el control de la enfermedad. El aumento de la población inmigrante en periodos de contrato temporal se puede asociar al aumento de casos.</p> <p>Como limitaciones del estudio realizado, se identifican: contar exclusivamente con los casos del 2007-2009; las</p>

	bases de datos no incluyen las recetas realizadas o los medicamentos entregados sin receta; falta de datos socioeconómicos de los pacientes, lo cual puede influir en el cumplimiento terapéutico.
Análisis Personal	Este artículo de origen Español pretende mostrar la incidencia de pacientes con tuberculosis en un periodo de 2007 a 2009 donde tiene en cuenta tanto población inmigrante como población autóctona habla acerca de la infra notificación el cual se refiere a maquillar involuntariamente las estadísticas a causa de un fracaso en el método para recoger la información ese fenómeno común en todos los países puede retrasar la detección de señales y ocasionar una subestimación de la magnitud de un problema, con los cambios que ha dado nuestra sociedad a nivel mundial los inmigrantes o los llamados desplazados en otras sociedades, indigentes la notificación se han convertido en un obstáculo para trabajar con datos reales, para ellos Se debe destacar el papel fundamental que deben tener los profesionales de atención primaria en el diagnóstico, notificación y seguimiento de la TB tuberculosis , por lo que se debería adoptar otros sistemas como el de captura y recaptura para estimar datos más reales, además la población inmigrante muy rara vez termina con éxito su tratamiento puesto que depende de contratos laborales que desestabiliza su lugar de vivienda aumentando la predisposición a la multirresistencia, siendo una posible causa de los efectos sociales a nivel mundial que conlleva un diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar.
Título	8.ESTUDIO MORTALIDAD POR TB MUNICIPIO DE PASTO 2009
Autor y Año	Elizabeth Trujillo de Cisneros Jun. 2011

Ubicación del artículo (base datos)	http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/173
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Elizabeth Trujillo de Cisneros. ESTUDIO MORTALIDAD POR TB MUNICIPIO DE PASTO 2009. Universidad y Salud. 2012; 1(13).
Objetivo del artículo	Evitar la mortalidad previsible a causa de la Tuberculosis en Pasto, a través de la recomendación de efectivas acciones correctivas
Palabras Clave	Tuberculosis, mortalidad por tuberculosis, seguridad del paciente
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En Colombia, la tuberculosis en el año 2008 tuvo una incidencia de 25,6 casos por 100.000 habitantes, afectando en su mayoría a hombres y al grupo de edad entre 25 y 34 años, y representando la cuarta causa de mortalidad por enfermedades transmisibles. El 8% de los casos de tuberculosis en el mundo tiene coinfección con el VIH, lo cual aumenta la mortalidad por TB.</p> <p>Los países han desarrollado programas de control y prevención, como respuesta a la resistencia del bacilo tuberculoso a los medicamentos más efectivos (Isoniacida y Rifampicina), reconociendo la TB como una enfermedad prevenible y curable implementando estrategias como la DOTS-TAES, la cual consiste en un diagnóstico temprano (utilizando el cultivo como prueba) y tratamiento estrictamente supervisado; el municipio de Pasto es centro demostrativo desde el año 2002 por la efectividad en la implementación de la estrategia DOTS-TAES.</p> <p>Es importante realizar un análisis de los casos de pacientes con TB, los cuales fallecieron, con el propósito de identificar aspectos como sus condiciones de vida y pertinencia en la atención recibida, y de esta forma recomendar acciones de mejora.</p>
Muestra	Siete pacientes del municipio de Pasto, los cuales fallecieron con previo diagnóstico de Tuberculosis, en el

	periodo comprendido entre enero y diciembre del 2009.
Intervención y proceso medición	Estudio observacional, con un diseño de serie de casos sobre la morbilidad y mortalidad. Las fuentes de información para realizar una base de datos, fueron las historias clínicas, fichas de notificación obligatoria y certificados de defunción. El estudio tuvo en cuenta variables sociodemográficas, como la edad, sexo, procedencia, seguridad social y ocupación, así como variables clínicas. Se obtuvieron porcentajes, medidas de tendencia central, tasas y proporciones aplicables al estudio.
Resultados	<p>El 60% de los pacientes que murieron a causa de la Tuberculosis, eran de sexo masculino, una de las pacientes era afro y los demás mestizos. Los siete pacientes eran de Pasto con un promedio de 55 años, y contaban con seguridad social.</p> <p>La identificación del sintomático respiratorio se registró en un solo caso; y en 6 de los 7 casos se encontró antecedente vacunal. Se identificó en 2 casos el contacto en la familia como sitio de contagio, los restantes no tenían identificado sitio de contagio. Seis de los pacientes estuvieron hospitalizados en promedio 37 días, a los cuales se les diagnosticó la enfermedad en este periodo. No se estudió coinfección con el VIH, pero se sugirió la prueba en 4 casos.</p> <p>El diagnóstico final fue: tuberculosis pulmonar en 5, miliar en 1 y ganglionar en 1. El promedio de días entre inicio de síntomas y consulta fue de 10 días, entre consulta y diagnóstico 27, entre diagnóstico y tratamiento 2 y entre inicio de síntomas y muertes fue de 47 días. En el 86% de los casos la atención fue insegura.</p> <p>El 60% de las defunciones se encuentran en un rango de edad superior a 60 años. Los 7 fallecidos producen una letalidad de 23,3%; la letalidad registrada para el municipio de Pasto en la cohorte 2009-2010 supera la letalidad Nacional.</p>

<p>Discusión</p>	<p>Se reconoce la Tuberculosis como un proceso infeccioso que no causa a muerte de forma directa pero que genera muchas defunciones. La calidad de registros médicos no es adecuada y la calidad técnico científica es deficiente, ya que solo en 2 de los 7 casos fue adecuada.</p> <p>La identificación del sintomático respiratorio es la base del programa de Tuberculosis adoptado por Colombia, en el estudio solo se realizó en 1 caso, lo cual demuestra falta de pertinencia en el manejo del programa. Adicionalmente, teniendo conocimiento del sinergismo de la TBC con el VIH, en ninguno de los casos se estudió la coinfección.</p> <p>El promedio de días determinado en los resultados del estudio muestra un retardo en las acciones de alrededor de 25 días, identificando acciones inseguras en el manejo del 86% de los pacientes estudiados; evidenciando una falta de adherencia a la guía de manejo de tuberculosis implementada en el país. Teniendo en cuenta los resultados, es necesario para el municipio de pasto revisar la calidad, seguridad y seguimiento a la notificación, diagnóstico y tratamiento oportuno e integral.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo de origen Colombiano pretende evitar la mortalidad de estos pacientes mediante recomendación de fuentes confiables como son las del personal de salud, en esta población estudiada el diagnóstico de los pacientes con tuberculosis se realizó en forma tardía en promedio luego de 27 días de su ingreso al centro de salud, la terapia antituberculosa en los pacientes se realizó en promedio 2 días luego del diagnóstico, dos de los siete pacientes del estudio no recibieron tratamiento durante su periodo de hospitalización los demás murieron, esto muestra en primera instancia que el programa de prevención y detección de sintomáticos respiratorios no es eficiente, además el conocimiento científico es ausente por tanto no se diagnostica a</p>

	<p>tiempo a los pacientes y la conducta es insegura, llevándonos a Identificar una de las posibles causas que conllevan a un diagnóstico tardío de tuberculosis pulmonar pacientes con enfermedades crónicas.</p>
Título	9.EL GRADIENTE SOCIOECONÓMICO DE LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN MÉXICO (2004-2008)
Autor y Año	José Alejandro Meza-Palmeros, Héctor Javier Sánchez-Pérez, Graciela Freyermuth-Enciso, Georgina Sánchez-Ramírez Ene. 2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/8515
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Meza Palmeros JA, Sánchez Pérez HJ, Freyermuth Enciso G, Sánchez Ramírez G. El gradiente socioeconómico de la mortalidad por tuberculosis en México (2004-2008). Población y Salud en Mesoamérica. 2013.
Objetivo del artículo	Analizar la relación entre la mortalidad por TB y diferentes factores sociales, como la pobreza alimentaria y la ocupación, en México, durante el periodo 2004-2008.
Palabras Clave	Tuberculosis, Mortalidad, Pobreza, México.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La OMS considera que mientras no se resuelvan problemáticas como la desigualdad económica y social, la TB seguirá afectando la salud pública; un ejemplo de ello es la relación entre la prevalencia y la mortalidad por esta enfermedad, con las condiciones de pobreza, teniendo la posición socioeconómica (condición de pobreza, etnia, genero, clase social) un vínculo fundamental con la mortalidad por TB; por lo cual se identifica la desigualdad en la distribución de poder y recursos como causa determinante de morbilidad y

	<p>mortalidad; existiendo una relación directamente proporcional entre la posición socioeconómica y el estado de salud de los individuos, denominada: gradiente socioeconómico en salud.</p> <p>La tecnología médica ha permitido definir la TB como una enfermedad curable, por lo cual la mortalidad se asocia a inequidades en salud (diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado). En México los más afectados son los habitantes de poblaciones rurales caracterizados por escasos recursos, baja escolaridad y carencia de servicios básicos. Es posible inferir que la mortalidad a consecuencia de la TB, obedece a un gradiente socioeconómico.</p> <p>Con el propósito de analizar la mortalidad por TB en México, el grado de rezago social (medida que permite diferenciar las entidades, municipios y localidades del país, de acuerdo a las carencias que padece su población) es una forma para determinar la población en situación de mayores desventajas socioeconómicas.</p>
Muestra	Defunciones registradas por TB en México del año 2004 al 2008
Intervención y proceso medición	<p>Se conformó una base de datos, con las defunciones registradas por TB del año 2004 al 2008, índice y grado de rezago social a nivel estatal, municipal y por localidad de todo el país, porcentaje de población en pobreza extrema, datos demográficos y población económicamente activa; la base de datos fue analizada mediante el programa estadístico SPSS.</p> <p>El número de muertes se clasificó según el grado de rezago social y se determinó la tasa de muertes por TB para cada categoría. Se realizaron pruebas chi cuadrada para comparar la población económicamente activa ocupada con la no ocupada y pruebas de regresión lineal para comparar las tasas de mortalidad según las demás variables analizadas.</p>
Resultados	La tasa de incidencia de TB del año 2004 al 2008 fue de

	<p>11,17 por 100.000 habitantes; siendo el 70% hombres. Parece existir una relación inversamente proporcional entre el porcentaje de población en pobreza alimentaria y niveles de mortalidad por TB, sin embargo dicha relación no es estadísticamente significativa.</p> <p>Se observó un gradiente socioeconómico, encontrando la mayor tasa de mortalidad en el sector primario, seguido del secundario y posteriormente el terciario; se identificó una mayor tasa de mortalidad en las condiciones de desempleo.</p> <p>Existe una relación directa entre la mortalidad de TB y el porcentaje de población en situación de pobreza alimentaria, el grado de rezago social y el porcentaje de población de hablantes de alguna lengua indígena.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Es necesario identificar la vulnerabilidad social y las brechas existentes entre los grupos poblacionales, al analizar la mortalidad por TB. Un inadecuado nivel de observación en el análisis de una enfermedad puede ocultar las brechas existentes entre poblaciones y reducir la importancia de indicadores sociales como determinantes de morbilidad y mortalidad.</p> <p>El grado de rezago social refleja la posición socioeconómica de un sujeto, sin embargo esta medida resumen, no considera el ingreso económico, pero si es considerada en la medición de pobreza alimentaria, siendo un factor importante, al considerar individuos que no cuentan con un ingreso suficiente para pagar servicios indispensables como vivienda, educación, o canasta alimentaria, aumentando el riesgo de enfermar por TB.</p> <p>Este estudio sugiere que persisten barreras culturales, socioeconómicas y de acceso al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en poblaciones indígenas, siendo los grupos poblacionales con mayor rezago social y porcentaje de personas en pobreza extrema.</p> <p>La mortalidad por TB se asocia a determinantes sociales como la escolaridad, el desempleo y pertenencia a población indígena; los cuales son barreras para la</p>

	accesibilidad al tratamiento de la TB.
Análisis Personal	Este artículo de origen Mexicano procura analizar la relación entre la mortalidad por tuberculosis y diferentes factores sociales, como la pobreza alimentaria y la ocupación podemos deducir que la mortalidad por tuberculosis obedece a un determinante socioeconómico que se formula en una concordancia estadística significativa entre las tasas de mortalidad por TB y la posición socioeconómica , es importante resaltar que tanto la lengua indígena, situación de pobreza alimentaria, ocupación aumentan las tasas de mortalidad en el sector primario, seguidas del sector secundario y del sector terciario. Por otro lado, la tasa de mortalidad de la población económicamente activa desocupada (sin empleo) fue 13 veces superior a la tasa de mortalidad de la población ocupada. Con estos datos podemos deducir que los factores sociales y económicos conllevan a un diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar
Título	10.FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA
Autor y Año	Carmen R. Gallardo, María Teresa Gea Velázquez de Castro, Juana Requena Puche, Juan José Miralles Bueno, María Vicenta Rigo Medrano y Jesús M. Aranz Andrés May. 2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S0212656713001893

Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Gallardo CR, Gea Velázquez de Castro MT, Requena Puche J, Miralles Bueno JJ, Rigo Medrano MV, Aranaz Andrés JM. Factores asociados a la adherencia en el tratamiento de la infección tuberculosa. Atención Primaria. 2014; 46(1):6-14.
Objetivo del artículo	Analizar la adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa e identificar los factores de riesgo para su cumplimiento
Palabras Clave	Tuberculosis, infección, cumplimiento de la medicación
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La tuberculosis es un problema de salud pública mundial, alrededor de un tercio de la población tiene infección tuberculosa latente. El objetivo del tratamiento de la infección tuberculosa es evitar la progresión de la infección a enfermedad. El tratamiento más recomendado ha sido la isoniazida autoadministrada durante 6 a 9 meses.</p> <p>Las bajas tasas de cumplimiento o adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa se deben a la larga duración de los tratamientos y las reacciones adversas a los medicamentos utilizados. Comprender los factores asociados a la adherencia al tratamiento es esencial en el programa de prevención de esta enfermedad, y de esta forma establecer intervenciones para reducir riesgos, mejorar el estudio de contacto de TB y la adherencia al tratamiento.</p>
Muestra	Todos los contactos de TB pertenecientes al Departamento de Salud 17 de la Comunidad Valenciana, España, que acudieron a consulta externa del Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial del HUSJA o al Centro de Salud Pública de Alicante, entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2011.
Intervención y proceso medición	Estudio observacional de cohortes históricas, el cual tuvo como fuentes de información el registro de contactos de TB del sistema de información para la vigilancia de las

	<p>enfermedades de declaración obligatoria y las historias clínicas. La adherencia al tratamiento se definió como el grado en que los pacientes siguieron las instrucciones y se midió a través de métodos indirectos (entrevistas personalizadas, solicitud nuevamente de la medicación).</p> <p>Las variables principales fueron tratamiento completo, inicio y rechazo (no acepta iniciarlo) del tratamiento. La tasa de adherencia representa el porcentaje de pacientes que habiendo iniciado el tratamiento lo finalizan. El abandono durante el estudio de contacto, la vacunación y la induración de la prueba de tuberculina, fueron otras variables que se tuvieron en cuenta. Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables, un análisis bivariado para establecer relaciones entre ellas, y un modelo de regresión logística para controlar la confusión y/o interacción de las mismas. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.</p>
Resultados	<p>Se identificaron 779 contactos de TB, con una media de edad de 34,1 años. En 15 casos no se realizó la prueba de tuberculina por lo que se excluyeron del análisis, y el 25% abandonaron el estudio de contacto. El 59,7% de los que terminaron el estudio de contacto presentaron infección tuberculosa, y los factores asociados a la presencia de la infección fueron: la edad, origen geográfico y vacunación. El 45,6% de los contactos con infección no iniciaron el tratamiento, y solo 14 (7,6%) de los que lo iniciaron, presentaron alguna reacción adversa a la medicación (aumento de las transaminasas hepáticas, exantema cutáneo, intolerancia digestiva y dolor abdominal).</p> <p>Los pacientes que finalizaron el tratamiento representaron el 43,8% del total con la infección tuberculosa, siendo los pacientes con mayor edad (>65 años) quienes tuvieron mayor cumplimiento del tratamiento.</p>

<p>Discusión</p>	<p>Se obtuvo una alta tasa de cumplimiento a través de métodos indirectos, se puede suponer una sobrestimación de los resultados.</p> <p>Los enfermos de TB terminan mejor el tratamiento comparados con aquellos que tiene infección tuberculosa, ya que el control de la TB se ha centrado en el tratamiento de la enfermedad y no en el de la infección.</p> <p>La edad es un factor asociado al cumplimiento del tratamiento, aunque no hay unanimidad en la dirección de esta influencia, en el presente estudio se identificó mayor cumplimiento entre 35 y 65 años.</p> <p>Los factores encontrados en el estudio asociados con el inicio de la quimioterapia secundaria en la infección tuberculosa, son diferentes a los reportados en otras publicaciones, probablemente debido a características demográficas de la población y el diseño abordado en cada estudio.</p> <p>Limitaciones del estudio: fuentes secundarias de información, recolección retrospectiva de datos, medición indirecta de la adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa. Sin embargo el estudio orienta sobre los grupos poblacionales en los cuales se debe actuar para mejorar la adherencia al tratamiento.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>En este artículo de origen Español procura analizar la adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa e identificar los factores de riesgo para su cumplimiento, teniendo en cuenta lo anterior se identificaron factores asociados con el inicio y cumplimiento del tratamiento en la infección tuberculosa, los efectos adversos que causa el medicamento es una causa para el abandono del tratamiento debemos tener en cuenta que este tratamiento es por largo tiempo por tal razón el personal de salud debe estar entrenado para saber cómo enfrentar este tipo de efectos evitando el abandono del tratamiento, también la edad del paciente tienen relación con la adherencia al tratamiento, pacientes > de 65 años tienen mayor adherencia al tratamiento que los de</p>

	<p>edades comprendidas entre los 35 y 65 años. Una vez identificados los grupos de riesgo para la adhesión del tratamiento en la infección tuberculosa podemos focalizar la atención en estos pacientes y aplicar estrategias que permitan un adecuado tratamiento. La suma de todas las acciones realizadas en cada área sanitaria para controlar la tuberculosis acercará su control global de esta forma podemos deducir las posibles causas que conllevan a la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar basado en la revisión bibliográfica</p>
Título	11.FACTORES PREDICTIVOS DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN MUNICIPIOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA
Autor y Año	Arrossi, Silvina; Herrero, María Belén; Greco, Adriana; Ramos, Silvina Nov. 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.scielosp.org/pdf/scol/v8s1/v8s1a12.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Arrossi S, Herrero MB, Greco A, Ramos S. Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Salud colectiva. 2012;8(Supl 1):S65-S76.
Objetivo del artículo	Identificar las características socio demográficas de los pacientes y las características del tratamiento que influyen en la no-adherencia al tratamiento antituberculoso.
Palabras Clave	Tuberculosis; Tratamiento; Adhesión a la Medicación; Cooperación del Paciente; Condiciones de Vida; Atención a la Salud; Argentina.
Conceptos	En Argentina la Tuberculosis representa uno de los

<p>manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>principales problemas de salud pública, se diagnostican 10.000 nuevos caso cada año y mueren más de 800 personas a causa de la enfermedad. La no adherencia al tratamiento es una de las principales barreras y está asociada a la vulnerabilidad social de los pacientes.</p> <p>Para asegurar la adherencia al tratamiento se ha desarrollado la modalidad de tratamiento directamente observado (TDO), es decir la toma de medicamentos en presencia del personal de salud; lo cual es recomendado por la OMS para los programas de control de la tuberculosis.</p> <p>La aplicación de TDO y el tratamiento completo de la tuberculosis forman parte de la estrategia de tratamiento abreviado estrictamente supervisado (TAES) adoptado por Argentina, sin embargo una evaluación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias demostró que el 50% de los servicios de salud en este país no brindan el acceso al TDO a la población.</p> <p>Es necesario analizar las características demográficas de los pacientes y factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la TB, para generar información que permita un mejoramiento de las estrategias de control y mejores resultados en la adherencia al tratamiento y cura de la enfermedad.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Casos notificados con tuberculosis pulmonar, residentes en los municipios seleccionados (Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Lomas de Zamora y Quilmes) , de 18 años o más, a los que se les hubiere prescripto tratamiento durante el año 2007</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Se trata de un estudio de corte transversal, el cual empleo metodología cuantitativa para revelar y analizar la información. Los pacientes se identificaron a través de los registros del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.</p> <p>Para la recolección de información socioeconómica y sociodemográfica (edad, sexo, nivel educativo, condición de actividad, cobertura de salud) se realizaron encuestas</p>

	<p>mediante cuestionarios estructurados.</p> <p>Se elaboraron cuadros de frecuencias para cada variable considerada, y se empleó el paquete estadístico Stata/SE 9.0, para el análisis y procesamiento de los datos; y se calculó el test de Chi para evaluar la asociación entre las variables; la regresión logística univariada para evaluar el efecto individual; y regresión logística multivariada para determinar si las características sociodemográficas y la modalidad del tratamiento influyen en la adherencia al tratamiento.</p>
Resultados	<p>Se presentaron 193 casos de tuberculosis en el año 2007 en los municipios seleccionados, de los cuales el 40% no adhirieron el tratamiento. Las diferencias sociodemográficas no fueron estadísticamente significativas. La mayoría de los entrevistados se encontraban trabajando al momento del diagnóstico (91%), sin embargo la mayoría no contaba con servicios de salud. En cuanto al tratamiento, el 98% lo recibió autoadministrado, solo 2 pacientes recibieron TDO.</p> <p>El riesgo de no adherencia fue mayor en pacientes donde sus hogares tenían ingresos mensuales que no superaban 500 pesos y donde el jefe de hogar tenía empleo sin prestación social; igualmente fue mayor en las viviendas que no contaban con acceso al agua en su interior, en pacientes que retiraban la medicación de un hospital, comparado con quienes la retiraban en un centro de atención primaria.</p> <p>El tipo de provisión de agua en la vivienda y tipo de establecimiento de salud, fueron variables que presentaron asociación estadísticamente significativa con la no adherencia al tratamiento.</p>
Discusión	<p>El estudio identificó que la provisión de agua en el interior de la vivienda es un factor determinante en la adherencia al tratamiento de TB; y que no es efectiva la implementación del TDO en el país, ya que el 98% de la</p>

	<p>población analizada recibió tratamiento autoadministrado. La no provisión de agua es un indicador de pobreza, por lo cual se identifica que deficientes condiciones de vida influyen negativamente en la capacidad de adherir al tratamiento. Teniendo en cuenta la gratuidad del tratamiento de la TB, se sugieren factores distintos al costo del tratamiento los cuales afectan el cumplimiento terapéutico, como ejemplo la pérdida de ingresos debido a la interrupción de la actividad laboral.</p> <p>Una cercanía entre el paciente y el centro de salud muestra mayor adherencia al tratamiento de TB, ya que entre menor sea la distancia de viaje mayor es la probabilidad de realizar el tratamiento completo, por esta razón los centros de salud son de gran importancia facilitando el acceso de los pacientes a los servicios de salud.</p> <p>No fue posible analizar la influencia de la TDO en la adherencia al tratamiento debido al bajo porcentaje de implementación (2%), por lo cual se sugiere analizar cuáles son las barreras para implementar el TDO.</p> <p>El estudio contribuye en la en la identificación de factores asociados a las características sociodemográficas que influyen en la adherencia al tratamiento de TB.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo de origen argentino aspira Identificar las características socio demográficas de los pacientes y las características del tratamiento que influyen en la no-adherencia al tratamiento antituberculoso, podemos concluir que la pobreza en este caso marcado por la escasez de agua en las casas se convierte en un factor de no adherencia al tratamiento de tuberculosis, el malestar que dicho tratamiento les produce cambia a los pacientes en personas inactivas económicamente por lo cual abandonan el tratamiento para contrarrestar la pobreza, además al no tener un tratamiento antituberculosos observado por el personal de salud sino auto administrado no evidencian la importancia de tomar su tratamiento completo y a tiempo. Dichos resultados</p>

	<p>sugieren que la descentralización del tratamiento al primer nivel de atención contribuiría a aumentar la capacidad de adherencia de los pacientes, probablemente al reducir las barreras de acceso a los servicios de salud donde se llevan a cabo el tratamiento y los controles. La protección social de los pacientes más vulnerables debiera considerarse prioritaria dentro de las estrategias de control de la enfermedad, de manera de reducir los obstáculos a la adherencia, podemos considerar una de las posibles causas que conllevan a la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar basado en la revisión bibliográfica</p>
Título	12.LA IMPORTANCIA DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO
Autor y Año	María Inés Gómez Santiago Alejandra Suarez Baquero 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/1646/1/131329.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Gómez Santiago MI, Suárez Baquero A. La importancia de la adhesión al tratamiento. 2012.
Objetivo del artículo	Recoger información sobre el concepto de adhesión o adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta las realidades en el área de salud.
Palabras Clave	Adhesión al tratamiento, factores psicosociales, adherencia, relación terapéutica, habilidades de afrontamiento.
Conceptos manejados en el artículo	Actualmente el cumplimiento de los tratamientos médicos es de gran interés, con el propósito de reducir riesgos y problemas de salud, para lo cual es necesario que los

(Introducción-planteamiento problema)	<p>pacientes practiquen las recomendaciones terapéuticas. La adherencia terapéutica es condicionada por múltiples factores. La adherencia al tratamiento, se trata de la decisión del paciente de cumplir con las instrucciones de los profesionales de la salud, incluyendo el uso de los medicamentos, aspectos higiénicos y sanitarios, dieta, entre otros.</p> <p>Con el propósito de favorecer la adhesión al tratamiento es necesario establecer un convenio entre médico y paciente, cumplir con las indicaciones médicas, participación activa del paciente en el cumplimiento y alto grado de voluntad.</p> <p>La relación médico paciente influye significativamente en el tratamiento terapéutico ya que afecta las respuestas emocionales del paciente, la conducta, evolución médica, adherencia al tratamiento y la recuperación; por lo cual es necesario que los médicos cuenten con óptimos métodos para la comunicación y educación hacia los pacientes, ya que los servicios médicos son inevitablemente personales.</p> <p>A través de la revisión bibliográfica se pretende identificar los diversos factores que influyen en la adhesión al tratamiento.</p>
Muestra	<p>Algunos de los autores mencionados en la revisión bibliográfica so: Martín, L. (2004); Martín, M. & Grau, J. (2004); Ginarte, Y. (2001); Kaplan, R., Simon, H. (1009); Crespo, M. (1997); Bayés, R. (2000), entre otros.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Revisión bibliográfica, teniendo en cuenta diferentes autores para identificar factores que afectan la adhesión al tratamiento según estudios realizados.</p>
Resultados	<p>El servicio médico es un proceso indudablemente humano, tanto los interese del paciente como de profesionales de la salud afectan la adherencia al tratamiento médico. Los factores que influyen en la adherencia son: relación paciente-medico, régimen terapéutico (complejidad, dosificación y efectos secundarios), características de la enfermedad y</p>

	<p>aspectos psicosociales del paciente (creencias, actitudes, las atribuciones, apoyo social, características demográficas y socioculturales).</p> <p>Los factores asociados a la no adherencia son: edad; género; nivel social, económico y cultural del paciente; duración del tratamiento, aceptación del paciente, costo, naturaleza, severidad de la enfermedad y relación médico-paciente. En el caso de America se reporta una proporción de abandono al tratamiento de la tuberculosis del 6%, en Cuba el 1,6% y en Belice 27,6%.</p> <p>Las estrategias para incrementar la adhesión al tratamiento se enfocan en los factores asociados a la falta de cumplimiento terapéutico: modificar creencias, apoyo social, preparar a los profesionales en salud para facilitar la comunicación, simplificar regímenes terapéuticos, entre otros. Los profesionales deben focalizar su tarea en ayudar al paciente a conseguir sus propios objetivos, no a presuponer lo que el paciente desea mejorar.</p> <p>Las entrevistas directas con los pacientes, la valoración de los logros con el tratamiento y la asistencia a las citas programadas, son el método ideal para evaluar la adhesión al tratamiento.</p>
<p>Discusión</p>	<p>El trabajo de los profesionales de la salud, es velar por la salud de los seres humanos, por lo cual es importante tener en cuenta los aspectos que pueden afectar este propósito. Es necesario reflexionar y analizar las diferentes variables que pueden afectar la adhesión a un tratamiento, comprendiendo la influencia del comportamiento del paciente, el programa de tratamiento, la evolución médica, la recuperación, entre otros. El compromiso de los médicos al mejorar las técnicas de comunicación y educación hacia los pacientes influye positivamente en la adherencia al tratamiento.</p> <p>Los profesionales de la salud deben informar sobre: la enfermedad, la importancia y duración del tratamiento, modo y hora de administración, efectos adversos y que</p>

	<p>se debe hacer en caso de presentarse; igualmente los pacientes deben desarrollar mayor compromiso con su tratamiento, dando cumplimiento a las instrucciones médicas, promoviendo la efectividad de las mismas.</p> <p>Actualmente no se cuenta con herramientas teóricas y metodológicas que permitan conceptuar el problema de la adherencia terapéutica, teniendo en cuenta las experiencias médicas se hace necesaria su investigación para plantear soluciones efectivas.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo de origen Colombiano que pretende recoger información sobre el concepto de adhesión o adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta las realidades en el área de salud, en su recolección de información se resalta el compromiso del personal de salud en mejorar las técnicas de comunicación y educación hacia los pacientes porque influyen positivamente en la adherencia al tratamiento, los pacientes son como niños, llegan muchas veces sin ningún conocimiento, o pero aun con mitos y creencias erróneas acerca de las enfermedades, la labor del grupo integral de salud brindar una información confiable y más aún asegurarse que le paciente comprendió lo explicado, en la actualidad no existen metodologías o técnicas promulgadas oficialmente que ayuden a brindar herramientas al personal de salud en esta área, sin embargo debe implementarse como estrategia en pro a la adherencia de tratamiento de los pacientes y en consecuencia la recuperación vertiginosa de la salud, evitando así las reconsultas, las resistencias a los tratamientos, de lo anterior podemos considerar la implementación de estrategias encaminadas a una buena comunicación evidenciada en la adherencia del paciente podría ser una posible causa que conllevan a la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar basado en la revisión bibliográfica</p>
<p>Título</p>	<p>13.TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO DE</p>

	LA TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
Autor y Año	CLAUDIO GONZÁLEZ, CÉSAR SÁENZ, EDUARDO HERRMANN, MÓNICA JAJATI, PAULA KAPLAN, DORA MONZÓN ;2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/23089112.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	González C, Sáenz C, Herrmann E, Jajati M, Kaplan P, Monzón D. Tratamiento directamente observado de la tuberculosis en un hospital de la ciudad de Buenos Aires. Medicina (B Aires). 2012; 72:371-9.
Objetivo del artículo	Describir la experiencia en la aplicación del tratamiento directamente observado de tuberculosis (TDO) en el período 1/1/1979-31/12/2009 y comparar los resultados obtenidos en el periodo 1979-1999 versus los de 2000-2009 en un hospital de la ciudad de Buenos Aires.
Palabras Clave	tuberculosis, TDO, curación, éxito de tratamiento
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Las dificultades en el control de las tomas autoadministradas de fármacos antituberculosos, y teniendo en cuenta experiencias positivas en la aplicación de la estrategia del tratamiento directamente observado de la tuberculosis (TDO), al reducir las tasas de resistencia bacteriana y reducción de costos en salud, han dado paso a la implementación y generación de nuevas experiencias de la aplicación de la estrategia TDO, la cual fue contextualizada por los organismos internacionales de control dentro de la estrategia de Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado (TAES/DOTS), involucrando además del tratamiento, el compromiso político de los gobiernos, la provisión suficiente de medicación, sistema de información y notificación de casos. A pesar de los esfuerzos, la cobertura nacional por TDO en el 2008 fue del 60%.

Muestra	1.065 pacientes del Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires, con VIH negativo.
Intervención y proceso medición	<p>Los pacientes fueron informados por el personal médico sobre las ventajas de aplicar el TDO, el 58,8% de los pacientes aceptaron ingresar a esta modalidad, los demás siguieron con tratamiento autoadministrado (grupo AUTO), sus argumentos fueron incompatibilidad horaria, hijos, transporte y costo de pasajes.</p> <p>El grupo AUTO recibió el siguiente esquema terapéutico: administración diaria, domiciliaria y sin supervisión del personal de salud; sin embargo compartía con los pacientes en TDO el uso de las mismas drogas, características del seguimiento clínico, esquemas de tratamiento y duración total.</p> <p>Los pacientes bajo TDO, concurrían en la fase inicial todos los días de lunes a sábado, en el horario de 6 a 18 horas. La medicación era administrada por la enfermera a cargo del Dispensario de Drogas asignado a tal efecto. En la segunda fase, la misma modalidad operativa se aplicaba en esquemas bisemanales. Para realizar el seguimiento los pacientes eran citados para controles médicos cada 15 días. La administración de la medicación era gratuita y los medicamentos fueron aportados por el programa de Control de Tuberculosis.</p> <p>Efectos adversos serios fueron considerados aquellos que provocaban la muerte, hospitalización o que requerían de la suspensión definitiva o transitoria de toda la medicación.</p>
Resultados	Se observó mayor proporción de pacientes argentinos (menos extranjeros) en el grupo TDO que en el AUTO, en el grupo de TDO, se presentó menor frecuencia de antecedentes de tratamiento previo (8,9%), menor frecuencia de efectos adversos, y las tasas de tratamiento completado fueron más altas, con respecto al grupo de AUTO. Abandonaron el tratamiento 67 pacientes en TDO (11.5%) vs. 138 de AUTO (28.6%). No se registraron en esta experiencia casos de fracaso terapéutico.

<p>Discusión</p>	<p>En el estudio, el 58,8% ingresaron a la modalidad del TDO, siendo similar a la reportada por el programa de control de TB (60%), los obstáculos se deben al paciente y al sistema de salud, debido a factores como la vulnerabilidad social, inestabilidad laboral, escasos recursos humanos en el centro de salud, desinterés de los profesionales en salud, entre otros. Se evidencian diferencias estadísticas significativas entre los grupos estudiados, menores tasas de tratamiento completado en AUTO y tasas de abandono mayores en comparación al grupo TDO. Con referencia a las comorbilidades registradas, se observa entre ellas una mayor frecuencia de diabetes. Las corrientes migratorias hacen parte de las barreras para la aplicación del TDO.</p> <p>Las tasa de abandono del tratamiento fueron mayores en hombres lo cual coincide con lo informado por el Programa de Control de TB. Una debilidad del estudio fue la falta de información sobre tasas de recaídas entre pacientes.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo de origen Argentino pretende describir la experiencia en la aplicación del tratamiento directamente observado de tuberculosis (TDO), realizando una comparación entre los pacientes que reciben auto tratamiento es decir ellos solos se administran el tratamiento, y los pacientes TDO en quienes el personal de salud verifica que esté cumpliendo con la administración del tratamiento, realizando seguimiento y acompañamiento integral, se evidencio que los pacientes que recibe AUTO no completan sus tratamientos con éxito contrario a los pacientes del programa de TDO, podría considerarse como una estrategia fundamental implementar el tratamiento directamente observado de tuberculosis TDO, pero las limitantes como lo son la escasez en el personal de salud y su falta de compromiso, como también las corrientes migratorias de los pacientes, la inestabilidad laboral, la vulnerabilidad social se convierten en un obstáculo, por estas razones debemos pensar primero en promulgar estrategias para</p>

	superar las limitantes mencionadas anteriormente de esta forma implementar el TDO con éxito. Por lo anterior podemos deducir una de las posibles causas que conllevan a un diagnóstico tardío de tuberculosis pulmonar
Título	14.Medication Adherence in Hispanics to Latent Tuberculosis Treatment: A Literature Review Cumplimiento de la Medicación en los hispanos para tuberculosis latente Tratamiento: Una Revisión de la Literatura
Autor y Año	Julie Ann Zuñiga 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://link.springer.com/article/10.1007/s10903-010-9393-x#page-1
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Zuñiga JA. Medication adherence in hispanics to latent tuberculosis treatment: a literature review. Journal of Immigrant and Minority Health. 2012;14(1):23-9.
Objetivo del artículo	Sintetizar los datos sobre cumplimiento de la medicación para la Infección Tuberculosa Latente en los hispanos que viven en Estados Unidos
Palabras Clave	Tuberculosis, Infección tuberculosa latente, Hispano, Adherencia al tratamiento
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La Infección Tuberculosa Latente (ITL) hace referencia a la etapa en la cual la enfermedad no se encuentra activa y por lo que no es contagiosa; alrededor del 10-40% de las personas con ITL desarrollan la enfermedad. Una cifra preocupante en los Estados Unidos es la tasa de terminación del tratamiento de ITL siendo igual al 34%. Es importante tener en cuenta los estudios realizados sobre la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, identificar las medidas para el cumplimiento de la medicación en estudios de investigación e identificar los

	factores relacionados con la adhesión al tratamiento de la ITL en pacientes hispanos.
Muestra	12 artículos en lengua inglesa con una población de adultos mayores de 18 años. Autores: Tres artículos de Ailinger et al. (2007), (2006) y (1998); Bieberly and Ali (2008); Haley et al. (2008); Joseph et al. (2008); LoBue and Moser (2003); McEwen and Boyle (2007); McEwen (2005); Nyamathi et al. (2006); Poss and Rangel (1997); Wyss and Alderman (2006).
Intervención y proceso medición	Se realizó una búsqueda sistemática utilizando PubMed, CINAHL, Academic Edition, Cochrane Library y MEDLINE. Los términos de búsqueda fueron: "Tuberculosis", "ITL", "hispano", "Latino", "adherencia" y "cumplimiento" con las limitaciones del lenguaje Inglés. Los resúmenes fueron revisados inicialmente y se desarrollaron como criterios de inclusión y exclusión: artículos en lengua inglesa con población adulta, investigación cualitativa y cuantitativa, literatura de las dos últimas décadas e inclusión de inmigrantes.
Resultados	<p>La medida de la adhesión al tratamiento puede realizarse en forma directa (niveles séricos, cita clínica) e indirecta (dispensación de medicamentos), considerando los métodos directos más objetivos. Los factores identificados que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes hispanos fueron: efectos secundarios, apoyo social, la demografía y la educación. Se encontraron mayores niveles de adherencia al tratamiento en los hispanos que en los no hispanos y no se encontró relación con el género.</p> <p>En cuanto a la duración del tratamiento, mientras más tiempo se requería menor era la adherencia de los participantes. No se encontró correlación entre la cultura hispana y la adherencia al tratamiento mientras que el estado financiero y el apoyo social se identificaron como factores de gran influencia. Adicionalmente, la falta de información sobre la correlación entre la Tuberculosis y la ITL genera menor adherencia al tratamiento.</p>

Discusión	<p>La capacidad económica, la falta de información sobre la TB y factores culturales, representan barreras para la adherencia al tratamiento; los efectos secundarios y la duración del tratamiento influyen de forma significativa en la adherencia, por lo cual los investigadores están evaluando nuevos medicamentos y periodos más cortos de tratamiento.</p> <p>Debido a que las comunidades estudiadas en la revisión de literatura eran muy diferentes, no se encontraron correlaciones significativas entre la adherencia al tratamiento y factores como estructuras de poder desiguales, apoyo social demografía y género, por lo cual se identifica la necesidad de realizar intervenciones específicas para cada comunidad. Es necesario desarrollar métodos innovadores para medir directamente la adhesión al tratamiento ya que las medidas indirectas son a menudo inexactas.</p>
Análisis Personal	<p>Este estudio pretende sintetizar los datos sobre cumplimiento de la medicación para la Infección Tuberculosa Latente en los hispanos que viven en Estados Unidos, la variedad poblacional conlleva una diversidad cultural que influyen significativamente en la adherencia al tratamiento de tuberculosis esta situación sumado a la duración y efectos adversos que produce el tratamiento complican la adherencia al tratamiento y por ende el abandono al tratamiento evidenciado en una multirresistencia, por esta razón se pone en consideración la investigación en nuevos medicamentos que acorten el tiempo de tratamiento y reduzca considerablemente los efectos adversos, basándonos en lo anterior podemos concluir como una posible causa que conllevan a la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar</p>
Título	<p>15.PATIENT MEDICAL COSTS FOR TUBERCULOSIS TREATMENT AND IMPACT ON ADHERENCE IN CHINA: A SYSTEMATIC REVIEW LOS GASTOS MÉDICOS DE LOS PACIENTES PARA</p>

	EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS Y EL IMPACTO EN LA ADHERENCIA EN CHINA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
Autor y Año	Qian Long, Helen Smith, Tuohong Zhang, Shenglan Tang, and Paul Garner 2011
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-393.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Long Q, Smith H, Zhang T, Tang S, Garner P. Patient medical costs for tuberculosis treatment and impact on adherence in China: a systematic review. BMC Public Health. 2011;11(1):393.
Objetivo del artículo	Identificar estudios que miden los costos del tratamiento de tuberculosis, estimaciones de adherencia e impacto potencial de los costos en la finalización del tratamiento en China.
Palabras Clave	No definidas.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Teniendo en cuenta los altos niveles de mortalidad en China a causa de la TB (130.000 muertes por año), es importante asegurar la entrega del tratamiento completo a través del sistema de salud. La reducción en el presupuesto del Gobierno de China para la salud genero un aumento en la incidencia de TB en la década de 1990, por lo cual se abolieron los costos para el diagnóstico y tratamiento de la TB. Las estadísticas nacionales muestran altas tasas de cumplimiento terapéutico, sin embargo al realizar encuestas independientes y en muestras pequeñas se identifica la falta de adherencia al tratamiento, por lo cual estudios pequeños pueden ayudar en el análisis de la problemática.
Muestra	Investigaciones en chino o en inglés, publicadas entre 1979 y junio de 2010. Autores: Liu (2010), (2007); Zhan

	(2004); Meng (2004); Huang (2009); Xu (2004), (2006), (2009), (2010); Zhang (2007); Jackson (2006); Wang (2007), (2009); Ness-TB (2002); Hu (2008); Ai (2010), Sun (2007).
Intervención y proceso medición	Se incluyó una investigación original llevada a cabo en China Continental, se buscaron las encuestas para encontrar correlación entre los costos y la adherencia al tratamiento. Las encuestas se basaron en el paciente, la población, el hogar, costos y tasas de finalización de tratamiento en base a datos de servicios de salud. Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos: MEDLINE, PubMed, EMBASE, Science Direct; con los siguientes términos de búsqueda: Tuberculosis, adherencia, tratamiento, finalización, curar, costo, carga financiera, bajos ingresos, grupo vulnerable, los migrantes, Tratamiento Directamente Observado de corta duración (DOTS), iniciativas, incentivos, seguro de salud, Esquema de Medicina de Nueva Cooperativa, China. Los datos fueron extraídos de los artículos a través de un formulario estándar y se calculó el costo como porcentaje de los ingresos anuales de los hogares.
Resultados	La búsqueda realizada arrojó 1.143 estudios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de TB, de los cuales 17 (14 en inglés y 3 en chino) cumplieron con los criterios de inclusión. Nueve estudios proporcionaron estimación de los costos médicos totales por tratamiento (excluyendo transporte y comida), encontrando costos que representan desde el 57%-119% del ingreso promedio anual de hogares en condados pobres, mientras que en condados donde los fármacos eran suministrados de forma gratuita, los gastos médicos desde el diagnóstico hasta su finalización representan el 39% de los ingresos anuales del hogar. En los estudios que emplearon encuestas se mostró que la falta de cumplimiento del tratamiento varía del 3% al 25% a través de diferentes estudios; mientras que el porcentaje de no adherencia por razones de costo varió de 3% a 45% del número total de pacientes. En algunos estudios

	<p>se identificaron quejas, reacciones adversas y fármacos de baja calidad en la gratuidad del suministro de fármacos, promoviendo la compra de medicamentos particularmente.</p>
Discusión	<p>Es importante tener en cuenta que la estimación de los costos en los estudios se realizó de diferentes maneras, adicionalmente los costos varían considerablemente en China, por lo cual la obtención y comparación de datos sobre costos es complejo.</p> <p>A través del estudio no se pueden generalizar los resultados ya que las conclusiones se basan en pruebas indirectas. Teniendo en cuenta las altas tasas de finalización del tratamiento registradas a nivel nacional se puede decir que los sistemas de información de salud actuales no funcionan bien ya que existe falta de datos.</p>
Análisis Personal	<p>Este artículo de proveniente de China pretende Identificar estudios que miden los costos del tratamiento de tuberculosis, estimaciones de adherencia e impacto potencial de los costos en la finalización del tratamiento en China. El aumento de la incidencia en China de pacientes con tuberculosis y de los episodios que terminaron en muerte gira alrededor de 130.0000 muertes por año a causa de la tuberculosis debido a la reducción de presupuesto por el Gobierno de China, nos muestra que en cuestión económica basándonos en costos médicos excluyendo comida y transporte, los pacientes los cuales costean sus tratamientos de forma particular, a consecuencia de recaídas y reacciones adversas al tratamiento gratuito, gastan un porcentaje del 57 – 119 % del del ingreso promedio anual de hogares en condados pobres, por otro lado los pacientes que reciben el tratamiento gratuito desde el diagnóstico hasta su finalización representan el 39% de los ingresos anuales del hogar. El abandono al tratamiento es más alto en pacientes que pagan su tratamiento del 3- 45%, mientras en los que lo reciben gratuitamente varia del 3-25% quienes refieren abandonarlo por las reacciones adversas que presentan. De lo anterior podemos</p>

	Identificar las posibles causas que conllevan a la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar
Título	16.TB TREATMENT INITIATION AND ADHERENCE IN A SOUTH AFRICAN COMMUNITY INFLUENCED MORE BY PERCEPTIONS THAN BY KNOWLEDGE OF TUBERCULOSIS EL INICIO DEL TRATAMIENTO DE TB Y LA ADHESIÓN EN UNA COMUNIDAD SUDAFRICANA INFLUENCIADOS MÁS POR LAS PERCEPCIONES QUE POR EL CONOCIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS
Autor y Año	Jane M Cramm, Harry JM Finkenflüge, Valerie Moller and Anna P Nieboer 2010
Ubicación del artículo (base datos)	(http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/72)
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Cramm JM, Finkenflügel HJ, Møller V, Nieboer AP. TB treatment initiation and adherence in a South African community influenced more by perceptions than by knowledge of tuberculosis. BMC Public Health. 2010; 10(1):72.
Objetivo del artículo	Investigar el conocimiento, las percepciones del tratamiento de TB y la adherencia al mismo, en una población de Eastern Cape.
Palabras Clave	No definidas
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La TB es una causa importante de enfermedad y muerte en el mundo; la tasa de coinfección de VIH se estima en 73% de los casos de TB en Sudafrica, donde la incidencia estimada es de 692 por cada 100.000 habitantes (epidemia grave según la OMS). A pesar de que el programa DOTS (tratamiento de observación directa y corta duración) ha estado activo desde 1995, la

	<p>tuberculosis sigue siendo un problema de salud importante en África del Sur, donde la falta de adherencia al tratamiento se identifica como un fenómeno complejo y dinámico en el que intervienen diferentes factores, conformando la principal barrera para el control de la TB.</p> <p>Es necesario reconocer el contexto social, económico y geográfico, y entender el impacto de las creencias y percepciones de la TB en la adherencia al tratamiento de la TB. Lograr un alto nivel de conciencia de la TB es crucial para el éxito de los esfuerzos de prevención y tratamiento en poblaciones de alto riesgo.</p>
Muestra	1.020 hogares de Grahamstown Este / Rhini
Intervención y proceso medición	<p>Se aplicó un diseño de muestreo aleatorio para seleccionar los hogares en los 23 barrios, para incluirlos en el estudio, Los criterios de elegibilidad incluyeron adultos mayores de 18 años con 6 meses o más de residencia en Rhini.</p> <p>La administración de los cuestionarios se llevó a cabo por el Desarrollo de África Research; en los cuales se incluyeron preguntas sobre la TB multidrogo resistente (MDR-TB), y sobre la relación de la Tuberculosis con el VIH.</p> <p>Los análisis estadísticos de las actitudes y percepciones hacia la tuberculosis, la adherencia al tratamiento de la tuberculosis y los tipos de tratamiento se realizaron en recuentos de frecuencias y porcentajes, se emplearon análisis de regresión y regresión logística para evaluar las diferencias en la edad, género y nivel de educación. Los análisis estadísticos se realizaron con SPSS 16.0.</p>
Resultados	Las entrevistas se efectuaron en el 97,9% de los hogares seleccionados, es decir 1.020 hogares, siendo en mayoría mujeres las personas entrevistadas, la media de edad fue 30 años, y el 8% de los entrevistados con contaba con ninguna educación formal. Se encontró un

	<p>porcentaje mayor (56%) de mujeres en los hogares.</p> <p>Al medir el conocimiento sobre TB se obtuvo un puntaje de 5,66/8; el 54% creen que la TB es del Africa y el 60% piensan que los enfermos de TB también desarrollarán VIH. El 95% de las personas entrevistadas piensan que muchas veces la enfermedad se oculta por presión social y el 90% culpan a los pacientes que no finalizan el tratamiento de TB, por difundir la enfermedad.</p> <p>El 32% de los entrevistados piensan que es importante adherirse a las normas del tratamiento de TB, y la mayoría relaciona el abandono de los medicamentos a una mejoría en los síntomas, un factor de importancia es la asociación con el VIH ya que si tienen TB no asisten rápidamente a la clínica por miedo a que les diagnostiquen VIH.</p> <p>Los análisis de regresión y regresión logística no mostraron diferencias significativas en ninguna de las variables</p>
Discusión	<p>Los resultados del estudio demostraron que las personas de la población en estudio comparten las mismas actitudes y percepciones, y se puede considerar que el conocimiento acerca de TB en la comunidad es considerable. Debido a que la TB es la principal causa de muerte en las personas que conviven con VIH, los encuestados consideran la TB como una enfermedad africana. Es importante difundir como información en la comunidad que es un hecho que el tener TB empeora a los individuos infectados con VIH, sin embargo tener TB no conduce a padecer de VIH.</p> <p>Se identifica un alto nivel de estigmatización, reflejado en el alto porcentaje de personas que ocultan el estado de la enfermedad por miedo a ser discriminado, además se culpa a las personas irresponsables, que no finalizan el tratamiento, por ser difusoras de la TB. Otra de las</p>

	<p>percepciones de la TB son: el adquirir la enfermedad por beber o fumar están recibiendo los efectos que merecen debido a su comportamiento y los pacientes con TB son menos respetados. Es necesario mejorar la comunicación y el entendimiento entre los profesionales de la salud y el paciente, ya que muchos abandonan el tratamiento justificando que se han curado.</p> <p>Es importante tener en cuenta que las percepciones pueden jugar un papel importante en la detección de casos de TB.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo Sudafricano el cual busca investigar el conocimiento, las percepciones del tratamiento de TB y la adherencia al mismo, en una población de Eastern Cape, muestra que las personas de una misma comunidad que tiene las mismas actitudes y percepciones acerca de la Tuberculosis, catalogan a su comunidad con conocimiento considerable. Como sabemos la tuberculosis es la principal causa de muerte en las personas que conviven con VIH situación común en los países sudafricanos. Las comunidades debe saber que la tuberculosis en este tipo de pacientes es un mal pronóstico por esta razón debemos prevenirla.</p> <p>Por otro lado la estigmatización, ocurre en un alto porcentaje por ello las personas ocultan el estado de la enfermedad por miedo a ser discriminado, además las personas que no finalizan el tratamiento, se consideran irresponsables por ser difusoras de la Tuberculosis. Por esta razón es conveniente dar información confiable acerca de la transición, tratamiento y cuidados de la Tuberculosis para que de esta forma la comunidad trabaje en pro de la disminución de la incidencia y el fracaso terapeutico</p> <p>De lo anterior podemos Identificar una de las posibles causas que conllevan a la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar.</p>
<p>Título</p>	<p>17. DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN</p>

	YUCATÁN, MÉXICO.
Autor y Año	Mario Ramón Heredia-Navarrete, Miguel Puc-Franco, Ángel Caamal-Ley, Alberto Vargas-González 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2012/bio123e.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Heredia-Navarrete MR, Puc-Franco M, Caamal-Ley Á, Vargas-González A. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México. Rev Biomed. 2012; 23:113-20.
Objetivo del artículo	Estudiar la relación existente entre las condiciones socioeconómicas y los problemas en la aplicación de tratamientos para tuberculosis
Palabras Clave	Tuberculosis, determinantes sociales, tratamiento
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En el siglo XIX, la tuberculosis se extendió rápidamente debido a las condiciones sanitarias a las que la población se encontraba expuesta; la pobreza, la mala alimentación y el estar expuesto a condiciones de trabajo inadecuado, tuvieron impacto directo en la propagación de la enfermedad.</p> <p>Debido a las condiciones sociales y económicas que muchas comunidades afrontan en México, la enfermedad es considerada como endémica, y su impacto ha crecido debido al desarrollo de co-infecciones junto con el VIH, y la aparición de cepas más agresivas y resistentes debido a los inadecuados tratamientos suministrados.</p> <p>De acuerdo a diferentes estudios en México, la pobreza, la falta de educación y alimentos y las deficientes condiciones laborales, son factores principales en la manifestación de la enfermedad. Es por estas razones que es necesario estudiar la problemática de la</p>

	tuberculosis no solo desde el punto de vista clínico, sino realizar una investigación acerca de cómo los factores socioeconómicos tienen incidencia en la aparición de la tuberculosis y las deficiencias en los tratamientos para la misma.
Muestra	El estudio abarco una población de 105 personas con diagnostico positivo de tuberculosis, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2006; sin embargo, solo fue posible localizar a 31 personas que cumplían con los criterios del estudio.
Intervención y proceso medición	<p>Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transeccional, descriptivo y correlacional, definiendo las variables del estudio y los indicadores de carácter cuantitativo y cualitativo y aplicando encuestas basadas en el formato de la escala de Likert, para medir determinantes sociales y adherencia al tratamiento.</p> <p>Para medir la variable de determinantes sociales, se utilizaron cuatro indicadores: el de Evaluación Socioeconómica Método Graffar-Méndez Castellano modificado, el de ambiente familiar, ambiente laboral y ambiente social, mientras que para la adherencia al tratamiento se elaboró un cuestionario denominado Factores Relacionados con la Adherencia al Tratamiento (FRAT), con él se recogió información sobre cuatro indicadores: organización de los servicios de salud, conocimiento de la enfermedad, temor al señalamiento y al rechazo y el efecto adverso de los medicamentos. En ambos casos se contaba con ocho ítems por indicador y con un valor numérico del 1 al 5, donde el puntaje mínimo obtenido fue 8 y el máximo 40 por indicador.</p> <p>Se realizó previamente una prueba piloto con 8 personas, para analizar si la aplicación de los indicadores resultaba valida, replanteando y reorganizando las preguntas que fueran necesarias.</p>
Resultados	El indicador Nivel Socioeconómico se utilizó para

	<p>conocer el estilo de vida, mientras que los indicadores Ambiente familiar, Ambiente laboral y Ambiente social se aplicaron para obtener información sobre el apoyo que tuvieron los pacientes durante la enfermedad y el tratamiento.</p> <p>De acuerdo a lo encontrado, el 83.8% de los entrevistados pertenece a un nivel socioeconómico bajo y el 61.3% se encuentra en pobreza extrema. El 83.4% acudió a centros de salud, sin embargo expresaron que las instrucciones del personal médico fueron confusas. El 54.8% contaba con muy poca información sobre la enfermedad y además temía o sentía el rechazo de su familia, amigos o vecinos. Los medicamentos utilizados en el tratamiento causaron reacción y malestar en 80.6% de los pacientes y finalmente el 16.1% abandonó el tratamiento por falta de apoyo, recursos o conocimiento.</p>
Discusión	<p>De acuerdo a los resultados obtenidos por la investigación, se encontró que efectivamente, factores como la condición económica, el nivel educativo, el estado de las viviendas o las condiciones laborales, tienen una relación con la presencia de la tuberculosis. Adicionalmente, en la aplicación de tratamientos, se encontró que el ambiente social y familiar y el apoyo que estos brindan a los pacientes, influyen en la continuidad de los mismos, además de la mencionada situación económica y el acceso a los centros de salud.</p> <p>En cuanto al tratamiento clínico, se encontró también que se presentaban negligencias por parte del personal y un cierto desinterés por tener un mayor acercamiento hacia los enfermos de tuberculosis, además no se cuenta con la infraestructura y organización adecuada.</p> <p>Finalmente, se concluye que es necesario atender a los problemas económicos y sociales de la población, con el fin de que se reduzcan los casos de tuberculosis, y que haya una mayor continuidad y efectividad en el tratamiento de los casos existentes, pues se pudo comprobar que no es únicamente responsabilidad de los</p>

	centro médicos llevar soluciones a este problema.
Análisis Personal	<p>Este artículo de origen Mexicano busca estudiar la relación existente entre las condiciones socioeconómicas y los problemas en la aplicación de tratamientos para tuberculosis</p> <p>Con este articulo podemos deducir que la tarea de los servicios de salud debe encaminarse a incrementar la calidad en los servicios utilizando un enfoque multidisciplinario, con personal capacitado con conocimiento del contexto social, cultural y económico de la realidad del paciente, a establecer una mejor relación médico-paciente y forma sistemática realizar un estudio de los pacientes que tienen tos persistente ofreciendo alternativas de supervisión del tratamiento, en la localidad donde vive el paciente. Promover el conocimiento de la enfermedad, mediante difusión amplia y permanente en los medios de comunicación masiva, como la televisión y la radio. Para evitar que los efectos sociales conlleven a un diagnóstico tardío de tuberculosis o a la no adherencia de los pacientes.</p>
Título	18.TRATAMIENTO PARA LA INFECCIÓN LATENTE POR TUBERCULOSIS EN NIÑOS: RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y PARA COLOMBIA
Autor y Año	Dione Benjumea Septiembre, 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123939212700085

Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Benjumea D. Tratamiento para la infección latente por tuberculosis en niños: recomendaciones internacionales y para Colombia. Infectio. 2012;16(3):173-7.
Objetivo del artículo	Se pretende revisar las recomendaciones contempladas en la normatividad Colombiana acerca del tratamiento de casos de tuberculosis latente, comparándola con los Concejos Internacionales.
Palabras Clave	Tuberculosis, determinantes sociales, tratamiento
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que se puede presentar tanto en su forma activa (presencia de síntomas) o en forma latente (bacilos inactivos en el cuerpo), las cuales pueden ser detectadas mediante la prueba de tuberculina. Es importante destacar que hay un alto riesgo de desarrollar la enfermedad a partir de la forma latente, en niños menores de 5 años. Es por esta razón que se debe realizar un tratamiento preventivo y asegurarse de que, tanto en niños, como en personas adultas que han sufrido la enfermedad, no se encuentren bacilos inactivos que puedan reactivar la enfermedad.</p> <p>De los casos presentados en todo el mundo, en el año 2005, una parte correspondía a niños menores de 15 años y no se tienen registros de que tan efectivos fueron los tratamientos suministrados a los mismos. Si bien, en países afectados por la enfermedad se cuenta con un tratamiento exitoso, es necesario realizar un mayor seguimiento a los niños afectados. A pesar de que en nuestro país existen normatividades en cuanto a la infección latente (inactiva), es necesario valorar las recomendaciones vigentes en cuanto al tratamiento brindado a los menores.</p>
Muestra	Se emplearon artículos de diferentes fuentes, para la revisión.

Intervención y proceso medición	Se realizó una revisión narrativa de la literatura, mediante diferentes términos, utilizando los artículos que se encontraban disponibles tanto en español como en inglés. Adicionalmente se consultó la literatura disponible en las bases de datos de la OMS y la CDC. En el ámbito nacional, se revisaron artículos disponibles en la página de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, del Instituto Nacional de Salud de Colombia y del Ministerio de la Protección Social de Colombia.
Resultados	<p>Ya que es conocido que hay un gran riesgo de activar la enfermedad latente, en niños menores de 5 años que entren en contacto con adultos enfermos, es necesario llevar a cabo una prevención para evitar estos casos. La isoniazida, ha demostrado ser un efectivo tratamiento para estos casos y además, garantiza la protección por aproximadamente 30 años, sin embargo solo de 2 años y medio en países con alta prevalencia de la enfermedad. Se han probado además combinaciones de tratamientos para garantizar una mayor eficiencia en el tratamiento.</p> <p>En cuanto a las normatividades, se encontró que para los menores de 5 años, a pesar de que la OMS y la CDC establecen periodos de tratamiento para prevención utilizando profilaxis con isoniazida, que abarca un periodo de tratamiento desde 6 semanas hasta 6 meses, teniendo en cuenta o no la previa vacunación con Bacilo de Calmette-Guérin (BCG), y que en la normatividad de Antioquia se establezcan protocolos similares, con la adición del tratamiento a contactos intrafamiliares, en el resto del país no se tienen protocolos diferentes a los propuestos por el Instituto Nacional de Salud.</p> <p>Para la aplicación de tratamientos preventivos, es necesario tener en cuenta ciertas condiciones, con el fin de evitar mayores problemas. Existe la preocupación de que a partir del tratamiento preventivo para tuberculosis latente, se desarrollen nuevas cepas del virus resistente a los tratamientos. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que el empleo de la profilaxis con isoniazida puede presentar reacciones adversas, y aunque se ha</p>

	<p>considerado que en niños menores estos efectos no se presenta, es necesario reevaluar este hecho. La efectividad del tratamiento preventivo finalmente depende de la adherencia que se tenga al tratamiento.</p>
Discusión	<p>A partir de esta revisión se pudo evidenciar que es importante tener en cuenta que los niños presentan mayor riesgo de adquirir la tuberculosis al tener contacto con pacientes que presentan la enfermedad. Además es necesario prevenir este riesgo mediante la utilización de la profilaxis con isoniazida, lo cual ha demostrado ser eficaz, a pesar de requerir investigación en el uso de terapias complementarias que permitan reducir o evitar reacciones adversas.</p> <p>A pesar de que se puedan presentar estos problemas, las normativas Colombianas siguen considerando estas técnicas preventivas para los niños con tuberculosis latente y reportan las cantidades necesarias para su tratamiento.</p> <p>Finalmente y, a pesar de no ser una revisión sistemática, esta sirve como una guía que abarca amplios temas acerca de la tuberculosis latente en menores y los tratamientos preventivos, y estos ser tenidos en cuenta a pesar de presentar una alta prevalencia de la enfermedad en nuestro medio.</p>
Análisis Personal	<p>Este artículo de origen Colombiano pretende revisar las recomendaciones contempladas en la normatividad Colombiana acerca del tratamiento de casos de tuberculosis latente, comparándola con los Concejos Internacionales, basándonos en la revisión bibliográfica se deduce que los niños que conviven con pacientes que padecen tuberculosis tienen un alto riesgo de contraer la enfermedad por ser infectocontagiosa por esta razón se hace necesario recurrir a la profilaxis con isonidiazida para pacientes con tuberculosis latente la cual ha demostrado su eficacia, sin embargo se ha demostrado que no produce efectos adversos en menores de 5</p>

	años..
Título	19.FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO CONVENCIONAL EN PERÚ ANTITUBERCULOSO
Autor y Año	Dante R. Culqui, César V. Munayco E., Carlos G. Grijalva, Joan A. Cayla, Olivia Horna-Camposd, Kenedy Alva Ch. y Luis A. Suarez O. Febrero de 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289612000075
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Culqui DR, Munayco CV, Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos O, Alva Ch K, et al. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Archivos de Bronconeumología. 2012;48(5):150-5.
Objetivo del artículo	Identificar los factores asociados al abandono de los tratamientos para la tuberculosis, en cuatro de los departamentos con mayor incidencia en Perú.
Palabras Clave	Abandono, tuberculosis, Perú
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La tuberculosis es una enfermedad que todavía tiene una alta prevalencia en los países en desarrollo. A pesar de que Perú reporta haber cumplido con los objetivos del milenio en este sentido. Sigue siendo uno de los más afectados, tanto en morbilidad como en mortalidad. Este es también el país en el que la tuberculosis presenta mayor resistencia a los múltiples fármacos utilizados en tratamientos, ya que la continuidad de los mismos es muy reducida, posiblemente por los largos periodos, la gran cantidad de medicamentos o las reacciones que se presentan. Es necesario identificar estos factores, para poder asegurar la continuidad y

	adherencia a los tratamientos.
Muestra	Se seleccionó la muestra de forma aleatoria entre pacientes que iniciaron el tratamiento entre los años 2004-2005. Se obtuvieron 265 casos y 530 controles.
Intervención y proceso medición	<p>Se seleccionaron pacientes de cuatro departamentos de Perú: Loreto, Cusco, Ica y Lima, los cuales acumulaban 80% de los casos que abandonaron el tratamiento. Se recolectó la información durante los meses de enero de 2007 hasta enero de 2008.</p> <p>Los participantes recibían tratamiento en dos esquemas: el I para personas que no habían sido tratadas, y el II para pacientes con recaídas. En ambos casos se usaron los medicamentos isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, y para el esquema II se utilizaba también estreptomina. Para el primero se tuvo una duración de 6 meses para completar 82 dosis, mientras que para el segundo la duración fue de 8 meses para completar 125 dosis.</p> <p>Los casos fueron las personas que abandonaron el tratamiento por más de 30 días y los controles aquellos que completaron el tratamiento.</p> <p>Se aplicaron también encuestas de campo diseñadas con el modelo de Lalonde-Laframboise, clasificando los factores en: dependientes de los servicios de salud, dependientes de la biología humana, dependientes del estilo de vida y dependientes del ambiente. Adicionalmente se evaluó el posible alcoholismo y la satisfacción del usuario.</p> <p>Se realizó un análisis estadístico para el control de los datos recolectados y la comparación de las variables entre los casos y los controles.</p>
Resultados	El abandono del tratamiento se asoció más al género masculino, al hecho de sentir malestar durante el tratamiento, al antecedente de abandono previo y al consumo de drogas recreativas. Además, factores como

	<p>la pobreza, la cantidad de medicamentos y el servicio de salud, aumentan el riesgo de abandono.</p> <p>Por el contrario, presentar una educación secundaria completa, un ambiente familiar adecuado, recibir buena información sobre la enfermedad y poder acceder al sistema de servicio en los horarios ofertados se asociaron a un mejor cumplimiento.</p>
Discusión	<p>De acuerdo a los resultados, se encontró que efectivamente el control de la TB depende en gran parte del éxito del tratamiento.</p> <p>Fue identificado que el abandono del tratamiento antituberculoso es aún frecuente y este se asoció tanto a factores no modificables (como el sexo masculino entendido desde el punto de vista biológico y el antecedente de abandono previo) como a otros los cuales, de ser controlados, mejorarían el cumplimiento (malestar durante el tratamiento, consumo de drogas recreativas, pobreza, insatisfacción con la información recibida y los horarios de atención médica). Además, es necesaria la interacción de varios de estos factores, para asegurar la continuidad y adherencia a los tratamientos.</p> <p>A pesar de esto, es necesario tener en cuenta que en el estudio se utilizó información colectada de manera retrospectiva, por lo que se podrían presentar alteraciones y existir sesgos en la misma. Finalmente, teniendo en cuenta que el estudio es retrospectivo, es necesario resaltar que las técnicas usadas en el tratamiento de los casos de tuberculosis siguen siendo las mismas al igual que muchas de las condiciones.</p>
Análisis Personal	<p>Este artículo de origen peruano busca identificar los factores asociados al abandono de los tratamientos para la tuberculosis, en cuatro de los departamentos con mayor incidencia en Perú</p> <p>Este artículo nos muestra que el abandono del tratamiento antituberculoso se asoció a factores no modificables (sexo masculino, abandono previo) y a otros cuyo control mejoraría el cumplimiento (malestar durante el tratamiento, consumo de drogas recreativas y</p>

	pobreza). Así mismo, es prioritario facilitar el acceso al sistema sanitario y mejorar la información recibida sobre tuberculosis. Tanto los factores no modificables como en los que se puede actuar con la generación de estrategias son causas que conllevan a la adherencia del tratamiento antituberculoso de los pacientes.
Título	20. TUBERCULOSIS EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. ESTUDIO DESCRIPTIVO.
Autor y Año	Elsa Bisero, Graciela Luque, Maria Elena Borda, Karina Melillo, Alejandra Zapata, Silvana Varela. Octubre, 2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.ramr.org.ar/archivos/numero/ano_13_4_dic_2013/mere4_9.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Bisero E, Luque G, Borda ME, Melillo K, Zapata A, Varela S, et al. Tuberculosis en una población pediátrica atendida en un hospital público. Adherencia al tratamiento: Estudio descriptivo. Revista americana de medicina respiratoria. 2013;13(4):184-9.
Objetivo del artículo	Contribuir con la reducción de la tuberculosis, evaluando la adherencia y describiendo las características clínico-epidemiológicas en una población pediátrica atendida en un hospital publico
Palabras Clave	Tuberculosis, abandono del tratamiento, no-adherencia
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	A pesar de los avances, la tuberculosis sigue representando un problema a nivel global, teniendo en cuenta que esta es considerada una enfermedad que tiene gran dependencia de factores sociales y económicos. En los infantes, las infecciones de tuberculosis se dan en

	<p>gran parte por la convivencia con personas que presentan la enfermedad tanto en estado activo como latente, por lo que suelen ser utilizados como indicadores de la presencia de personas con la enfermedad aún transmisible.</p> <p>Ya que el Hospital Nacional Prof. A. Posadas, inmerso en la zona oeste del Conurbano Bonaerense, recibe niños de regiones bastas de la zona, es posible mejorar la atención de los mismos, aplicando la estrategia de la OMS “Alto a la Tuberculosis”</p>
Muestra	Todos los pacientes menores de 16 años entre los años 2008 y 2009 atendidos de forma ambulatoria o en internación.
Intervención y proceso medición	<p>Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se incluyeron todos los menores infectados con tuberculosis. Se consideraron variables como edad, sexo, lugar de procedencia, grado de nutrición, vacunación con bacilo de Calmet-Guerin, síntomas y evolución.</p> <p>Se utilizó como prueba la tuberculina del derivado proteico purificado del lote RT-23, complementando con hemogramas, eritosedimentación, radiografía de tórax, examen bacteriológico directo y cultivo para bacilo ácido resistente.</p> <p>Se definieron las formas clínicas según consenso del Comité Nacional de Neumonología.</p> <p>Por último, se estableció como abandono a aquellos pacientes positivos para tuberculosis con la interrupción por más de un mes del tratamiento.</p>
Resultados	<p>Durante el periodo del estudio, se registraron 1813 consultas en el consultorio de Tuberculosis de Neumonología Infantil, sin embargo, se diagnosticó tuberculosis en 30 niños.</p> <p>Las distribuciones estadísticas fueron: la mediana de: 56 meses (rango 1m-14 años). El índice de masculinidad: 0.87. Al ingreso 80% eran sintomáticos, 86% eran</p>

	<p>eutróficos. El foco de contagio se detectó en el 72% de los casos.</p> <p>La prueba tuberculínica fue positiva en el 63% de los menores, encontrando un predominio de la forma pulmonar. La forma pulmonar grave se registró en 12/23 y la común o moderada 11/23. La pleural fue más frecuente entre las extrapulmonares.</p> <p>Para el 2008, la tasa de abandono fue del 50% y en 2009 44,44%. Se registró que todos los menores eran de la zona y no hubo fallecimientos.</p>
Discusión	<p>De acuerdo con lo encontrado, es difícil estimar la cantidad total de casos de tuberculosis en niños. Sin embargo, y a pesar de referirse a los menores de 4 años como los que más presentan casos, se encontró en el estudio un rango de edad de 10 a 13 años. Adicionalmente, la presencia de síntomas inespecíficos en menores dificulta diferenciar los casos con otras enfermedades broncopulmonares, por lo que, para detectar y confirmar los casos, es necesario agotar todas las metodologías disponibles para llegar a un diagnóstico. Se encontró y confirmó que los menores infectados con VIH presentan un 50% más de riesgo de desarrollar tuberculosis.</p> <p>Los pacientes fueron tratados según las normas del Consenso del Comité Nacional de Neumonología de la Sociedad Argentina de Pediatría. Entre estos se encontró que la mayoría de los niños que asistieron a consulta, estaban vacunados con B.C.G., lo que demuestra la necesidad de llevar a cabo vacunación en países con alta prevalencia de la enfermedad.</p> <p>Para prevenir el aumento de pacientes con resistencia a los fármacos usados para tuberculosis es necesario realizar la detección oportuna y curación de todos los casos nuevos, con una estricta supervisión del tratamiento. La no adherencia al tratamiento de la tuberculosis fue muy alta en esta población, lo que evidencia la necesidad de formar un equipo</p>

	<p>multidisciplinario para implementar intervenciones en las futuras poblaciones tuberculosas atendidas, con la finalidad de disminuir las tasas observadas. Los esfuerzos dirigidos a mejorar esta situación conllevaran a un beneficio para la población y un mayor control de la enfermedad.</p>
Análisis Personal	<p>Este artículo procedente de Argentina busca contribuir con la reducción de la tuberculosis, evaluando la adherencia y describiendo las características clínico-epidemiológicas en una población pediátrica atendida en un hospital público, el estudio demostró que el rango de edad que presenta más casos está comprendido entre los 10 y 13 años, debido a los cuadros bisagraos con los cuales se presenta la tuberculosis tienden a confundirse con otras enfermedades por ellos se hace necesario recurrir a exámenes de laboratorio para llegar a un diagnóstico acertado, los pacientes portadores de VIH tienen un 50% de probabilidad de desarrollar tuberculosis por el estado inmunológico por el cual están atravesando, se demostró que la adherencia en la población pediátrica es baja por esta razón se debe trabajar en implementar estrategias dirigidas a la detección oportuna y la supervisión durante el tratamiento y un acompañada de una atención integral. Identificar las posibles causas que conllevan a un diagnóstico tardío de tuberculosis pulmonar basado en la revisión bibliográfica a nivel mundial respecto al tema.</p>
Título	21. TRABAJADORES DE LA SALUD Y SUS SIGNIFICADOS EN TORNO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.
Autor y Año	Muñoz Sánchez, Alba Idaly. Cruz Martínez, Óscar Andrés. Rubiano Mesa, Yurian Lida. Julio, 2013
Ubicación del	revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.12.3.151

artículo (base datos)	901/149841
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Muñoz Sánchez AI, Cruz Martínez ÓA, Rubiano Mesa YL. Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Enfermería Global. 2013;12(3):86-108.
Objetivo del artículo	Identificar los aspectos que contribuyen o limitan la adherencia a los tratamientos de tuberculosis, mediante el análisis de significados de los trabajadores de la salud de una localidad de Bogotá.
Palabras Clave	Tuberculosis, paciente ambulatorio, cumplimiento de la medicación, investigación en los servicios de salud, trabajadores de la salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Aunque se han mejorado las condiciones de vida y se han realizado avances en el desarrollo de la biomedicina, no han sido suficientes para acabar con la enfermedad. En Colombia, aun se reportan altos índices de prevalencia, así como índices de mortalidad, de resistencia a los fármacos y un alto grado de abandono a los tratamientos. En la ciudad de Bogotá, uno de los factores más importantes es la baja captación de los pacientes sintomáticos, lo que aumenta el riesgo de transmisión de la enfermedad. El abandono y la poca adherencia también son temas de importancia y se asocian a problemas tanto de la persona como de su entorno, de la enfermedad y de los servicios de salud y las relaciones que los trabajadores de la salud establecen con los pacientes.</p> <p>Debido a que son escasos los estudios cualitativos y cuantitativos en el país, es necesario identificar las causas limitantes y las fortalezas de la adherencia a los tratamientos de la tuberculosis, siendo los trabajadores de la salud factores clave en dichos puntos.</p>
Muestra	El estudio abarco una población de 105 personas con

	<p>diagnostico positivo de tuberculosis, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2006; sin embargo, solo fue posible localizar a 31 personas que cumplían con los criterios del estudio.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>El estudio se realizó de manera cualitativa con un alcance descriptivo. Se mantuvo una perspectiva teórica metodológica. Inicialmente se realizó un acercamiento a las instituciones con el fin de obtener los permisos necesarios. Se buscó personal de salud que prestaran atención a personas enfermas de tuberculosis con un año de experiencia en el área, y que quisieran participar de forma voluntaria. De acuerdo a los requisitos, se entrevistaron 18 trabajadores de la salud. Los datos se recolectaron mediante una entrevista estructurada, realizada en el año 2010.</p> <p>El análisis fue un proceso interpretativo que permitió comprender el significado de “adherencia al tratamiento” por parte del personal médico entrevistado. La información se dividió en categorías y subcategorías surgidas a partir de las reflexiones teóricas. Con esto, se logró entender el concepto de adherencia al tratamiento antituberculoso como un todo.</p> <p>Finalmente, los resultados se dieron a conocer a los entrevistados de manera individual, con el fin de realizar una retroalimentación con respecto al tema.</p>
<p>Resultados</p>	<p>De los 18 trabajadores de la salud de la localidad se encontraron 15 mujeres y 3 hombres, con un promedio de edad de 34 años. Según el tipo de institución, se contaba con nueve del sector público y nueve del sector privado. Según el cargo, los entrevistados fueron nueve enfermeras, cuatro médicos, dos auxiliares de enfermería, una bacterióloga, una odontóloga y una psicóloga.</p> <p>De acuerdo con lo comentado por los participantes, la adherencia al tratamiento debe ser vista como un fenómeno complejo: es necesario tener conocimiento</p>

	<p>sobre la importancia del tratamiento, la voluntad del mismo para la toma del tratamiento y la asistencia a los controles, además de las visitas del equipo de salud, la facilidad para la entrega de los medicamentos, el apoyo a los enfermos por parte de los centros asistenciales, el apoyo de la familia, entre otros.</p> <p>Las fortalezas y limitaciones con respecto a la adherencia a los tratamientos fueron divididas en dos categorías, respectivamente. Para los factores que limitan la adherencia se reconoce el proceso salud-enfermedad-tuberculosis como un factor que interfiere en el fenómeno adherencia; en este se encuentran el rechazo social causado por el desconocimiento, falta de información o distorsión de la misma. En cuanto al sistema de salud, se encuentra una división interna al interior del mismo, causado por el desconocimiento de la enfermedad, tanto por los pacientes como por los mismos trabajadores, lo cual conlleva a que se genere temor durante el proceso de atención.</p> <p>En cuanto a los aspectos que fortalecen la adherencia se encuentra que uno de los puntos más influyentes es el conocimiento sobre la enfermedad y la importancia del tratamiento. Se deben tener en cuenta las acciones intersectoriales e interinstitucionales, el apoyo de las familias, la atención humanizada y con calidad de los profesionales de salud, y el contar con un sistema de seguimiento y comunicación permanente.</p>
<p>Discusión</p>	<p>De acuerdo con los resultados de las entrevistas y el análisis de los mismos, además de la comparación de los resultados con los contrastado en la literatura, se encuentra que existe un fuerte nexo entre el estigma social y la no adherencia al tratamiento, muchos de los enfermos prefieren no asistir a los centros médicos o someterse a tratamientos, por temor a ser rechazados por familiares, amigos o conocidos, esto generado por un desconocimiento de la enfermedad. Además, en muchos casos este miedo sumado a las creencias y en ocasiones</p>

	<p>la poca preparación para estos casos, es transmitido hacia los profesionales, los cuales también empiezan a distanciarse de quienes presentan la enfermedad.</p> <p>En cuanto a los pacientes que acceden al tratamiento es necesario tener en cuenta algunos puntos sugeridos por los entrevistados; a pesar de que es debatido el concepto de “adherencia” y que las definiciones aportadas por la OMS, centran su significado como algo estrictamente enfocado en el paciente, es necesario y reconocido por los mismos profesionales de la salud, para que los pacientes acepten el tratamiento y mantengan la continuidad en el mismo, es necesario realizar un acompañamiento constante, generar estrechas relaciones médico-paciente y proporcionar la información necesaria, demostrado esto con la aplicación del TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), en el cual se realizan estrictos seguimientos al paciente. Se constata en la revisión de literatura y en el estudio que la no adherencia al tratamiento está asociada a barreras sociales, culturales y demográficas, así como a aquellas relacionadas con el proceso de producción de servicios de salud y los problemas con los medicamentos. A partir de esto los trabajadores reconocen la necesidad de generar estrategias novedosas en salud que contribuyan a dar un soporte social e integral al proceso de adherencia al tratamiento, las cuales deben involucrar diferentes actores y procedimientos.</p> <p>Finalmente, se reitera la importancia de estudios para la comprensión y el estudio del proceso adherencia a la tuberculosis. En este sentido, se deben desarrollar múltiples estudios, no solo diagnósticos, sino de intervenciones desde diversas ópticas (academia, población civil, instituciones de salud y entes gubernamentales, entre otros actores).</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo de origen Colombiana pretende identificar los aspectos que contribuyen o limitan la adherencia a los tratamientos de tuberculosis, mediante el análisis de</p>

	<p>significados de los trabajadores de la salud de una localidad de Bogotá, de acuerdo con el análisis de las entrevistas realizadas en este artículo los pacientes se concluyen que el estigma social es una barrera que atenta contra la adherencia de los pacientes los cuales por temor al rechazo terminan rechazando el tratamiento , además de contar con personal de salud poco preparado que llevados por creencias toman distancias de los pacientes con tuberculosis, aunque la adherencia es un concepto ligado al paciente, los profesionales de la salud deben apoyar este proceso fomentando la continuidad y aboliendo las barreras culturales, sociales y demográficas. Por lo anterior podemos Identificar el estigma social como una posible causa que conllevan a un diagnóstico tardío de tuberculosis pulmonar basado en la revisión bibliográfica a nivel mundial respecto al tema.</p>
--	--

Título	22. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL ÁREA DE SALUD DE PARRITA.
Autor y Año	Alpízar Campos MG ^a 2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/pharmaceutical/article/view/10393
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Campos MGA. Programa de Atención Farmacéutica para pacientes con tuberculosis en el Área de Salud de Parrita. Pharmaceutical Care-La Farmacoterapia. 2013;1(2).
Objetivo del artículo	Estudiar la implementación del programa de Atención Farmacéutica orientado a los pacientes con tuberculosis en el Área de Salud de Parrita

Palabras Clave	Atención farmacéutica, educación del paciente, adherencia, antibióticos antituberculosos, tuberculosis
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que aun hoy afecta grandes grupos de población. Esta suele atacar principalmente los pulmones, aunque también daña otras partes del cuerpo. Es diseminada a través del aire y solo pequeñas proporciones de personas infectadas desarrollan la enfermedad en su forma activa. Las tasas han aumentado en países en los que se presentan epidemias de VIH.</p> <p>En Costa Rica se diagnosticaron y trataron unos 3800 pacientes entre 1999 y 2003, siendo la mayoría casos de tuberculosis pulmonar.</p> <p>Las tasas de incidencia en el mundo se reducen muy lentamente, por lo que se estableció reducir la presencia de tuberculosis como una de las metas del milenio.</p> <p>La OMS trabaja en la lucha contra la tuberculosis por medio de la estrategia Alto a la Tuberculosis, la cual propone entre sus principales puntos la aplicación de la estrategia del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS), mediante el cual se debe proporcionar y acompañar al paciente en el tratamiento contra la tuberculosis. En este se registran dos esquemas, el de tratamiento acortado, aplicado a pacientes que presentan la enfermedad por primera vez, y el de retratamiento, propuesto para personas que presentan recaídas o discontinuidad en tratamientos previos.</p> <p>Esta estrategia, propuesta por la OMS, ha sido la aplicada en Costa Rica, en su lucha contra la enfermedad, y mediante la obligación de la toma de tratamientos, se ha buscado evitar la no adherencia a los mismos, y el desarrollo de cepas farmacoresistentes. Ya que es de obligación para los centros de salud y farmacias, apoyar en el tratamiento contra la tuberculosis, es necesario involucrar los farmacéuticos en equipos interdisciplinarios, para asegurar el control de</p>

	la enfermedad mediante la proporción de la adherencia a los tratamientos.
Muestra	Pacientes con tuberculosis captados o referidos en el Área de Salud de Parrita, durante el 2011
Intervención y proceso medición	<p>La metodología empleada consiste en proporcionar tres sesiones de educación al paciente con tuberculosis. La primera se orienta en conocer las características generales del paciente, la enfermedad, así como establecer posibles problemas de continuidad en el futuro del tratamiento. La segunda busca dar a conocer al paciente acerca de las características de la enfermedad, el tratamiento y la Estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS). La tercera tiene como objetivo realizar un repaso general de la enfermedad, la estrategia de tratamiento e importancia de la adherencia y continuidad del medicamento.</p> <p>Las sesiones se caracterizan por ser personalizadas, con el propósito de crear un enlace de confianza entre el farmacéutico y el paciente y se realizan al inicio de la fase inicial de tratamiento, al final de la fase inicial y al final de la fase de continuación.</p>
Resultados	El 100% de los pacientes indicaron que el programa de educación por parte de la farmacia, es de gran utilidad ya que a través de él pudieron conocer más sobre su padecimiento, tratamiento y medidas de prevención; además mencionaron que el trato del farmacéutico fue muy bueno y que gracias a la información recibida perdieron el miedo hacia el tratamiento que recibían.
Discusión	<p>Teniendo en cuenta lo que los pacientes atendidos expresaron, el acompañamiento del farmacéutico a lo largo del tratamiento fue de suma importancia para la finalización del mismo.</p> <p>Entre los resultados obtenidos, se encontró que no todos los pacientes presentaban un nivel de escolaridad completo, ya que algunos solo contaban con una</p>

	<p>primaria completa, lo que ha llevado a inconvenientes en otros estudios, sin embargo y gracias al acompañamiento en todo el proceso, esto no represento ningún problema. Adicionalmente, y a pesar de que se presentaron efectos secundarios por el uso del medicamento, la intervención del farmacéutico en la explicación de los riesgos a los profesionales médicos, junto con las sugerencias de formulación de medicamentos que permitieran tratar dichos efectos, así como el acompañamiento y explicación a los pacientes, fueron claves para que se mantuviera la adherencia al tratamiento</p> <p>Como se observó, este proyecto permitió reforzar la participación del farmacéutico en el abordaje de la enfermedad así como disminuir la oposición del paciente ante el tratamiento. Además, ha permitido minimizar los riesgos durante la entrega de los tratamientos así como promover el concepto del farmacéutico como el especialista en medicamentos.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este artículo procedente de Costa Rica Estudia la implementación del programa de Atención Farmacéutica orientado a los pacientes con tuberculosis en el Área de Salud de Parrita</p> <p>Este artículo ha concedido reforzar la participación del campo farmacéutico en el abordaje de la enfermedad así como disminuir la oposición del paciente ante el tratamiento. Además, ha permitido minimizar los riesgos durante la entrega de los tratamientos así como promover el concepto del farmacéutico como el especialista en medicamentos. En la búsqueda de una atención integral al paciente con tuberculosis debemos formar un grupo interdisciplinario capacitado con el fin de influir en la adherencia al tratamiento de esta enfermedad contrarrestando los siguientes obstáculos : rechazo al tratamiento, el estigma social de la enfermedad y la existencia de factores personales, por lo anterior podemos considerar la participación del campo farmacéutico como una de las posibles causas que</p>

	conllevar a la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar basado en la revisión bibliográfica.
Título	23. LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN ARGENTINA A LO LARGO DEL SIGLO XX.
Autor y Año	Herrero, María Belén. Carbonetti, Adrián. Abril-junio. 2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702013000200521&script=sci_arttext&tlng=es
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Herrero MB, Carbonetti A. Tuberculosis mortality in Argentina during the twentieth century. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2013;20(2):521-36.
Objetivo del artículo	Realizar una descripción y análisis de la mortalidad por tuberculosis en Argentina a través del siglo XX, y entender los cambios que esto produjo en los distintos sectores del país.
Palabras Clave	Argentina, tuberculosis, mortalidad, siglo XX
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La humanidad ha afrontado el problema de la tuberculosis desde hace miles de años. Esta ha acabado con la vida de grandes partes de la población a través de los años, siendo los sanatorios o casas de curación las encargadas de tratar y cuidar de los afectados hasta el siglo XIX. Hasta mediados del siglo XX, se habían reducido en gran parte la incidencia y prevalencia, así como la mortalidad, debido a las mejoras de las condiciones de vida de la población en general; sin embargo, y debido al aumento de casos de personas con VIH y la aparición de multiresistencia por el abandono de los tratamientos, se declaró nuevamente una emergencia global por parte de la OMS, alrededor de 1990. Aunque actualmente es curable, se presentan todavía tasas de mortalidad elevadas, debido a las deficientes

	<p>condiciones, sobre todo en los países en desarrollo. Por sus características, la tuberculosis ha sido uno de los problemas mas estudiados por parte de los científicos sociales. Muchas investigaciones se han llevado a cabo en América Latina. En Argentina, los trabajos que se han realizado han ido enfocados principalmente en las connotaciones sociales, políticas, económicas o culturales, sin embargo, no se han llevado a cabo estudios que permitan evidenciar la incidencia de la enfermedad, así como la evolución de la mortalidad, a través de un periodo largo de tiempo.</p>
Muestra	Se utilizaron fuentes estadísticas oficiales y literatura para contrastar lo descrita en dichos centros.
Intervención y proceso medición	A partir de los datos obtenidos de diversas fuentes de carácter oficial se marcan las etapas históricas de dicha mortalidad, generando dentro de éstas subperíodos, a fin de entender el comportamiento de la mortalidad por tuberculosis, dependiendo del momento histórico. De esta forma, se vincula el desarrollo de la enfermedad con los dispositivos que se generaron para combatirla. Se realiza un análisis del comportamiento de la mortalidad por regiones del país, partiendo del supuesto que el desarrollo de la misma fue diferente según condiciones económicas y sociales y desarrollo sanitario.
Resultados	<p>A lo largo de la historia del país Argentino, se presentaron múltiples causas que contribuyeron a la disminución de la mortalidad por tuberculosis, y algunas que contribuyeron a aumentos leves. En el periodo estudiado, la mortalidad cayó 66 veces.</p> <p>En la etapa pre-quimioterápica, la cual corresponde al periodo entre 1918-1946, se presentó un descenso lento con leves aumentos en los primeros años, debido principalmente a dos factores: la primera guerra mundial y las epidemias de gripe española. Posterior a estos primeros años, y con la aparición de mejores técnicas</p>

sanitarias, los sanatorios y dispensarios, se inició un nuevo camino hacia una más rápida disminución de las tasas de mortalidad causadas por la enfermedad. Esto demostró en aquel entonces que no solo se necesitaba de mejores condiciones económicas, sino de compromisos políticos que promovieran mejores prácticas médicas y sanitarias. En este periodo influyeron tres factores en la disminución de las tasas de mortalidad: la capacidad de prestar atención médica y sanitaria, la reducción de las crisis económicas y un proceso de inmunización, generado por la curación de la enfermedad en la mayoría de los pacientes.

En el periodo en el que se iniciaría la quimioterapia se empiezan a observar grandes caídas en las tasas de mortalidad. Las primeras reducciones se dieron por la aparición de los primeros medicamentos eficaces contra la enfermedad: la estreptomina y la isoniacida, siendo este último el más eficaz en el tratamiento de la tuberculosis. Los medicamentos contribuyeron a una pronunciada caída en las tasas. En este periodo, los dispensarios establecían el diagnóstico, así como los tratamientos ambulatorios, mientras que los sanatorios y hospitales se encargaban de tratar los casos más avanzados. Entre los años 1958 y 1984 y con la aparición y complemento del estambutol y la rifampicina, junto con los medicamentos existentes, se estableció un tratamiento que permitía un mayor tratamiento en la mitad del tiempo, esta etapa se conoció por establecer la principal y moderna quimioterapia contra la tuberculosis. Sin embargo, posterior a esta etapa y el comienzo de los años 90, se tuvo una disminución más lenta de las tasas de mortalidad, caracterizada principalmente por la aparición y aumento de casos de VIH/Sida, que aumentaba el tiempo de tratamiento y los índices de mortalidad de los pacientes afectados. Con este problema, se mantuvo un decrecimiento constante, hasta el año 2002, en el que por primera vez se presenta un aumento de las tasas de mortalidad, debido a la crisis

	<p>social presentada en el país.</p> <p>La variación de la mortalidad a lo largo de la historia se ha debido a diversas causas que abarcan desde la declinación natural de la enfermedad hasta los cambios políticos, sociales y económicos, junto con los avances científicos.</p> <p>Es de destacar que en las diferentes regiones de Argentina, las variaciones de las tasas de mortalidad se dieron en formas distintas, principalmente por las distribuciones geográficas, las diferentes condiciones sociales y políticas, y el difícil acceso que se presentaba tanto para los pacientes, como para los sanatorios y centros médicos.</p>
Discusión	<p>A lo largo del siglo XX, la curva encontrada y descrita tiene tendencia decreciente a partir de 1928, con fluctuaciones más o menos abruptas. Como se pudo ver, la historia de la tuberculosis se divide en dos etapas, previo a al tratamiento y posterior al mismo. En estos, se ve muy marcada la efectividad que tuvo el inicio de la preocupación por la detección y atención a los pacientes, para el primer periodo, y el desarrollo y aplicación de tratamientos en el segundo. A todo esto, se debe agregar los cambios en las condiciones habitacionales, de alimentación y ambientales y al mismo tiempo un proceso por el cual las distintas generaciones fueron adquiriendo una inmunidad natural a la enfermedad.</p> <p>Estos factores produjeron un cambio en la relación entre adquirir la infección y desarrollar la enfermedad y morir por la misma.</p> <p>Actualmente, siendo una enfermedad curable y con tratamientos efectivos disponibles, el análisis de la mortalidad por tuberculosis está relacionado con la accesibilidad y oportunidad del tratamiento de la enfermedad y, a pesar de que se evidencia una estrecha relación entre las coinfecciones en personas con VIH, se observa que generan un mayor efecto las crisis sociales y económicas en el aumento de las tasas de mortalidad.</p>

Análisis Personal	<p>Este artículo de origen Argentino pretende realizar una descripción y análisis de la mortalidad por tuberculosis en Argentina a través del siglo XX, y entender los cambios que esto produjo en los distintos sectores del país.</p> <p>Inicialmente esta enfermedad era considerada mortal puesto que no se contaba con el adelanto científico que permitiera la creación de tratamientos que buscara curar la tuberculosis, por esta razón los pacientes que contraían dicha enfermedad quedaban encerradas en un círculo vicioso entre adquirir la infección y desarrollar la enfermedad y morir por la misma, con el paso de los años los avances científicos en el campo de la salud fueron aumentando trayendo consigo tratamientos efectivos disponibles contra la tuberculosis, con este tratamiento se pensó que la tuberculosis ya no generaría mortalidad en el mundo sin embargo siguen presentándose muertes a causa de la tuberculosis debido a limitaciones en la accesibilidad y oportunidad en el diagnóstico y tratamiento situación agravada por la coexistencia con HIV por lo anterior podemos Identificar la accesibilidad y la oportunidad como una de las posibles causas que conllevan a un diagnóstico tardío de tuberculosis pulmonar basado en la revisión bibliográfica a nivel mundial.</p>
Título	24. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES CON TB.
Autor y Año	Cecilia Navarro Quintero, Jaime Leonardo Rueda Rincón, José Leonardo Mendoza Ojeda. Julio, 2013
Ubicación del artículo (base datos)	dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4454779.pdf
Citación Bibliográfica	Quintero CN, Rincón JLR, Ojeda JLM. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso

del artículo en Vancouver)	en pacientes con TB. 2013.
Objetivo del artículo	Determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, en pacientes de tuberculosis en la ciudad de Cúcuta, Villa del Rosario y el Zulia desde el primer trimestre 2008 hasta el tercer trimestre del 2011 del departamento de Norte de Santander.
Palabras Clave	Tuberculosis, abandono del tratamiento, no-adherencia
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La tuberculosis es la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en adultos en todo el mundo. De acuerdo con la OMS, de no tomarse medidas de control, para el año 2020 el número de casos nuevos pasara de 8 a 10 millones.</p> <p>En América del Sur, los mayores números de casos se presentan en Brasil y Perú. En Colombia, según los reportes de la OMS, la presencia de tuberculosis sigue representando un serio problema de salud pública. El abandono del tratamiento antituberculoso ha contribuido a que se incremente la incidencia y la prevalencia de la enfermedad en el país, por lo que es necesario conocer los factores que llevan a que se presente esta situación y encontrar formas de medirlos, con el fin de lograr reducirlos.</p>
Muestra	Fueron seleccionados el total de abandonos notificados al instituto Departamental de Salud (IDS), lo que corresponde a 86 casos, de los cuales solo se pudieron contactar con 34. Además se consideraron 34 casos reportados como exitosos en cuanto al inicio y finalización del tratamiento.
Intervención y proceso medición	Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo retrospectivo transversal de corte con dos muestras, donde se analizó una muestra de personas que abandonaron el tratamiento y otra de personas que

	<p>terminaron el tratamiento antituberculoso.</p> <p>Se utilizaron las bases de datos del Programa de Control de Tuberculosis del Instituto Departamental de Salud.</p> <p>Para la recolección de los datos se utilizó el instrumento “Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso”, el cual fue diseñado por los investigadores y mediante el cual se reunía información con una entrevista semiestructurada; esta consistía de tres grupos: los factores fisiológicos que incluían las reacciones y sustancias consumidas por los entrevistados, los factores de seguridad en los que se incluían las condiciones socioeconómicas, y los factores perceptivos-cognitivos que incluían las percepciones del entrevistado con respecto a los servicios de salud.</p> <p>El análisis se llevó a cabo mediante pruebas estadísticas manuales, a partir del uso del programa Microsoft Excel.</p>
Resultados	<p>Inicialmente, se evidencio que la mayor proporción de pacientes correspondían al género masculino, con un rango de edad entre 48-54 años, presentando la mitad una escolaridad secundaria completa.</p> <p>En cuanto a los factores fisiológicos, el 76% de los entrevistados sufrió de reacciones adversas, el 62% presentaba dependencia al uso de alguna sustancia psicoactiva y el 38% padecía de otra enfermedad. Sin embargo los índices de abandono fueron menores.</p> <p>Para los factores de seguridad, el 100% contaba con los recursos para recibir el tratamiento, el 94% tenían acceso al Plan Obligatorio de Seguros y el 76% eran empleados.Finalmente, los factores perceptivos-cognitivos mostraron que el 88% conocía la duración del tratamiento, el 94% se sentía a gusto con la atención brindada y el 85% presento mejorías al iniciar el tratamiento.</p>
Discusión	<p>Los factores perceptivos cognitivos se establecieron como los principales determinantes directos de abandono al tratamiento antituberculoso, entre estos en primer lugar el desconocimiento de la importancia de adherencia al tratamiento (95.8%), seguido de mejoría</p>

	del estado de salud (82.7%), desconocimiento de la duración del tratamiento (75%). En segundo lugar los factores fisiológicos y por último los factores de seguridad.
Análisis Personal	Este artículo de origen Colombiano busca Determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, en pacientes de tuberculosis en la ciudad de Cúcuta, Villa del Rosario y el Zulia desde el primer trimestre 2008 hasta el tercer trimestre del 2011 del departamento de Norte de Santander en este artículo podemos concluir que la población más afectada por la tuberculosis son los pacientes de sexo masculino en un rango de edad comprendido entre los 48-58 años, de los cuales la mitad había cursado sus estudios secundarios, en cuanto a la fisiología del tratamiento los factores adversos a la adherencia fueron las reacciones adversas en mayor proporción seguido de la dependencia a drogas psicoactivas y el padecimiento de otra enfermedad, en la parte de seguridad todos los pacientes tenían acceso al tratamiento y la mayoría contaba con un plan obligatorio de salud y eran empleados, en base a la percepción cognitiva la mayoría conocía la duración del tratamiento, se sentía a gusto con la atención brindada por el personal de salud y presentaban mejoras al iniciar tratamiento de lo anterior podemos clasificar como causas de la no adherencia al tratamiento de tuberculosis los factores perceptivos cognitivos como los principales determinantes directos de abandono al tratamiento antituberculoso, En segundo lugar los factores fisiológicos y por último los factores de seguridad.
Título	25. FACTORES DE RIESGO PARA ABANDONO (NO ADHERENCIA) DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO.
Autor y Año	Flor de María Cáceres Manrique 2010

Ubicación del artículo (base datos)	http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=viewArticle&path[]=215
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Cáceres FdM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. MedUNAB. 2010;7(21).
Objetivo del artículo	Realizar una revisión acerca de los factores asociados al abandono o no adherencia del tratamiento antituberculoso.
Palabras Clave	Tuberculosis, abandono, no adherencia, factores de riesgo.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La tuberculosis es una enfermedad que ha afectado al hombre desde la antigüedad. A principios de los años 90, la OMS decreto una emergencia mundial, como consecuencia del aumento de infecciones por causa del avance del VIH y la aparición de cepas resistentes. Se registran casos en todo el mundo, principalmente en los países que se encuentran en desarrollo.</p> <p>La no adherencia o abandono al tratamiento ha sido estudiada principalmente desde el comportamiento de los pacientes. Esta se reporta desde prácticamente la aparición de los tratamientos y ha sido el principal problema en la erradicación de la enfermedad. Es por esta razón que se han desarrollado estrategias como el DOTS (tratamiento corto bajo control) mediante la cual se mantiene un estricto seguimiento a los pacientes en el suministro de 4 medicamentos y, a pesar de no haber sido adoptada en todos los países, si ha presentado resultados en aquellos que lo han practicado.</p>
Muestra	No aplica
Intervención y proceso	La revisión se realiza mediante la consulta del tema en diversas fuentes.

medición	
Resultados	<p>El abandono o no adherencia es un problema que se presenta en todo el mundo y comprende todos los grupos sociales, étnicos y raciales, y depende mucho del desarrollo del país. Representa un problema mayor al no existir métodos para predecir quienes abandonarían los tratamientos.</p> <p>El problema del abandono trae consecuencias graves, como son el deterioro físico de la salud del paciente, de que las bacterias adquieran resistencia, la continua propagación de la infección y la imposibilidad de erradicarla del planeta. Este problema trae conflictos hacia los involucrados dado que, el paciente que abandona disemina la enfermedad afectando a la población y al mismo tiempo, por motivos éticos se imposibilita la obligación de la continuidad del tratamiento. Esto conlleva a aumentos en los índices de incidencia, morbilidad y mortalidad y a emergencias de grandes dimensiones.</p> <p>A pesar de que el abandono se presenta por una interacción de múltiples factores, se identifican cuatro categorías principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores relacionados con el paciente, que comprende la edad, género, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ingresos, falta de vivienda, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, migración, problemas con la justicia, comorbilidad, el conocimiento de la enfermedad, la percepción del programa de tratamiento, la sensación de bienestar o mejoría, el temor al rechazo, fallas en tratamientos previos y los incentivos. ▪ Factores relacionados con el tratamiento, relacionados con la duración, el número de fármacos, la incomodidad por las inyecciones y los efectos o reacciones adversos. ▪ Factores derivados del ambiente, que involucra el ambiente familiar, el ambiente laboral y el

	<p>ambiente social.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores derivados de los servicios de salud, entre los que se identifican la organización, las distancias, la relación entre el paciente y el personal y los médicos. <p>Para medir la adherencia a los tratamientos y asegurar la continuidad, se requiere de un estudio de estos factores, así como el registro diario y los reportes del paciente, el conteo de tabletas, mediciones en la orina y el uso de dispensadores eléctricos para las tabletas.</p> <p>Mantener una relación activa con el paciente así como propiciar ambientes adecuados, y la intervención de las instituciones, son claves para promover la adherencia al tratamiento.</p>
<p>Discusión</p>	<p>El abandono de los pacientes al tratamiento contra la tuberculosis se da por múltiples causas y cada una de estas debe ser estudiada, ya que, de acuerdo con lo encontrado, el abandono ha llevado a serios problemas de salud pública en todo el mundo, por lo que son necesarios métodos de control más estrictos que garanticen la continuidad de los pacientes en el mismo.</p> <p>Los factores asociados al abandono tienen que ver con el paciente, el medio ambiente, los servicios de salud y el tratamiento. Dichos factores han sido ampliamente investigados sobre todo en los países desarrollados. Desde esta perspectiva, se han hecho necesarios estudios más a fondo sobre estos factores y como pueden ser abordados de acuerdo al área particular afectada por problemas de tuberculosis</p> <p>Es necesario también probar, mediante estudios experimentales, estrategias de mejoramiento de adherencia con intervenciones tanto a nivel individual como a nivel colectivo.</p> <p>Es importante articular los programas de control de tuberculosis con otras dependencias como son la economía, la política y la ética para convertir las acciones en un frente común de prevención y control de la tuberculosis.</p>

Análisis Personal	Este artículo busca realizar una revisión acerca de los factores asociados al abandono o no adherencia del tratamiento antituberculoso, el abandono del tratamiento en contra de la tuberculosis presenta varias causas las cuales deben ser identificadas y analizadas buscando estrategias que ayuden a contrarrestar su efecto en la salud pública se debe pensar en métodos más precisos donde se evalué de forma individual como colectiva, somos conscientes que los factores que predisponen el abandono al tratamiento son personales, medio ambientales, servicios de salud, el tratamiento, pero con una evaluación exhaustiva de estos y la generación de programas de control apoyados tanto en lo social, político económico, puede crear un método asertivo favoreciendo la prevención y adherencia al tratamiento. De lo anterior podemos Identificar una de las posibles causas que conllevan a la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar
Título	26. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO Y ESPACIAL DE LA TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE ARMENIA (COLOMBIA)
Autor y Año	Nelson Enrique Arenasa,b, Liliana Quintero-Álvarez, Katherine Rodríguez-Marínb y Jorge Enrique Gómez-Marínb,* 19 de septiembre de 2012
Ubicación del artículo (base datos)	www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012393921270005X LILACS- Express
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Nelson Enrique Arenasa,b, Liliana Quintero-Álvarez, Katherine Rodríguez-Marínb y Jorge Enrique Gómez-Marínb;* Secretaría de Salud de Armenia, Alcaldía de Armenia, Colombia, Grupo de Parasitología Molecular, Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad del Quindío, Armenia, Colombia; Pág. 154 – 160; Recibido el 27 de agosto de 2012; aceptado el 19 de septiembre de 2012

Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio fue evaluar y actualizar los indicadores del programa control de tuberculosis (PCT) en Armenia, y estratificar las localidades afectadas de acuerdo con la carga de la enfermedad y tasas de curación de tuberculosis (TB).
Palabras Clave	Tuberculosis; Transmisión; Abandono de tratamiento; Tratamiento acortado supervisado; Habitante de la calle.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Los principales inconvenientes que están afrontando los programas de control de TB en el municipio de Armenia son similares a las que se observan en el nivel regional y nacional que son influidas como: Detección temprana de casos, dificultades en los registros y en los resultados esperados en el tratamiento de los enfermos por tuberculosis (Cura tasa de pacientes curados, abandonos, fracasos, pacientes transferidos, con tratamiento terminado y fallecimientos). Es importante detectar factores nuevos que están incidiendo en la epidemiología que son la farmacodependencia, incremento de asentamientos con condiciones propicias para la propagación de la tuberculosis en población especial (desplazados, migrantes, Habitantes de Calle, etc.), por lo anterior es importante mantener los estudios de Vigilancia en la población, para investigar los factores demográficos, clínicos, sociales y microbiológicos que son asociados con la tuberculosis y definir la evolución y seguimiento que se realiza a los pacientes que se encuentran recibiendo en tratamiento estrictamente supervisado (TAES), forman parte de la cadena de transmisión y propagación de la enfermedad en el área local y regional.
Muestra	Se analizaron los informes trimestrales de casos y actividades, informes de cohortes, tarjetas individuales categoría I, actas de investigación de campo y bases de datos de pacientes del programa control de tuberculosis del municipio de Armenia entre los años 2005 – 2010.

Intervención y proceso medición	Se trata de un estudio observacional retrospectivo.
Resultados	<p>El municipio de Armenia se encuentra clasificado en riesgo alto para la transmisión de TUBERCULOSIS, lo cual se puede inferir al comparar nuestros índices de notificación con la media nacional; en los últimos 4 años, se observa un alto número de casos nuevos en todas las formas, y la alta incidencia de la enfermedad en el municipio de Armenia que incluso ha alcanzado hasta los 70 casos por 100.000 habitantes en el año 2008. Entre los años 2007 y 2008, se reportó el mayor número de casos; no obstante, con la perspectiva actual, se ha observado una reducción hacia los años 2009 y 2010 de acuerdo con el registro cronológico anual de notificaciones de programa control de tuberculosis (PCT) de Armenia en los últimos años. Los resultados de las actividades en el programa control de tuberculosis (PCT) durante los 5 años permitieron estimar una captación de pacientes SR del 94% (88-100%), detección del 42% (35-48%), BK por paciente de 1,8% (1,2-2,5%) y positividad de la BK 1,9% (1,7-2,2%).</p>
Discusión	<p>En el municipio de Armenia, el comportamiento de la tuberculosis pulmonar ha sido constante, donde se constituye en la enfermedad crónica transmisible de mayor prevalencia e impacto en la población del municipio, a esta enfermedad se encuentran asociadas los problemas del surgimiento de la farmacorresistencia, VIH, tuberculosis infantil, lo que agrava el panorama de esta enfermedad en esta localidad.</p> <p>Las fallas reflejadas en el programa control de tuberculosis se hacen evidentes en la falta de seguimiento a los pacientes, donde se evidencia al analizar los retrasos en el diagnóstico y el manejo de casos.</p> <p>La población enferma por falta de seguimiento, donde se caracterizan por ser flotante y carecer de recursos para acceder a una adecuada nutrición; además, tienen un</p>

	<p>acceso limitado a los servicios de salud, padecen enfermedades mentales y algunos presentan inmuno compromiso por el consumo de psicoactivos. Enmarcada en esta crisis de la salud, existe la crisis social de la indigencia, que se ha convertido en una condición de vida existente y que en nuestra región y en el país incluye a aquellas personas que viven en condiciones infrahumanas por la falta de oportunidades, la pobreza extrema y la inequidad. Dicha situación justifica la importancia de ofertar complementación nutricional para los pacientes y sus contactos, así como el pago de hogares de paso y alimentación para pacientes habitantes de la calle como incentivo para concluir con éxito el tratamiento antituberculoso, experiencia que ha sido implementada por otros Programa Control de Tuberculosis (PCT).</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este estudio nos da un aprendizaje de que la tuberculosis es una enfermedad que ataca principalmente a los hombres en edad productiva, donde se está demostrando que si los pacientes no cumplen con el tratamiento acortado estrictamente supervisado, esto podría pasar de un tratamiento de 6 meses con medicamento sensibles a un tratamiento de 18 a 24 meses ya que el paciente podría volverse multidrogorresistente.</p> <p>De acuerdo a los resultados del estudio realizado en el municipio de Armenia hay debilidades en los programas de nivel uno donde deberían ser diagnosticados oportunamente los pacientes se hace evidente en las insuficiencias detección de sintomáticos respiratorios, rotación del personal con experiencia e inadecuada capacitación de los sustitutos. Estas fallas conllevan a que los pacientes consulten tardíamente, en condiciones crónicas y de gran deterioro, donde representan un impacto socioeconómico alto para la institución de salud.</p>
<p>Título</p>	<p>27. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE TUBERCULOSIS EN INDÍGENAS ZENÚES Y</p>

	HABITANTES DE UNA ZONA RURAL COLOMBIANA.
Autor y Año	Jaiberth Antonio Cardona-Arias MSc1, Angélica María Hernández-Petro abril 14 de 2013
Ubicación del artículo (base datos)	revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/2678/2220 LILACS-Express
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana; Jaiberth Antonio Cardona-Arias MSc1, Angélica María Hernández-Petro; Rev Cienc Salud 2013; 11 (2) ; Pág. 157-171
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio es describir los conocimientos, actitudes y practicas (CAP) sobre tuberculosis y su asociación con algunos aspectos sociodemográficos de habitantes de zonas rurales e indígenas de Purísima. Además, se evaluaron algunas propiedades de la escala diseñada para el análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas, como validez de apariencia, de contenido, constructo y confiabilidad.
Palabras Clave	Tuberculosis, conocimientos, actitudes, prácticas.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	En el Departamento de Córdoba, específicamente en el municipio de Purísima, no se dispone de información sobre los CAP (Conocimientos Actitudes y Practicas), relacionada con la Tuberculosis en poblaciones de alto riesgo, como las comunidades rurales e indígenas. Esta información ofrece gran utilidad a los responsables de la planeación y prestación de servicios de salud, en la medida en que permite identificar factores y grupos de riesgo, orientar las acciones de educación en salud, implementar estrategias para disminuir la transmisión de la tuberculosis, fomentar hábitos saludables, prevenir y controlar oportunamente la aparición de nuevos casos y sus consecuencias sobre la salud individual y comunitaria, todo ello a partir del conocimiento de

	<p>realidades singulares y más participativas, ya que se ha demostrado que los programas más exitosos y costo-efectivos son aquellos que integran los conocimientos y experiencias acumulados por los grupos afectados por diversas patologías.</p>
Muestra	<p>Fueron entrevistados 300 individuos de ambos sexos, donde se discriminan así: 100 personas pertenecientes a un resguardo indígena zenú y 200 mestizos habitantes de zonas rurales. Se utilizó una encuesta basado en conocimientos, actitudes y prácticas.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Este estudio fue de tipo descriptivo transversal, <i>Se utilizó una fuente de información primaria, que comprendió una encuesta diligenciada por encuestadores capacitados en los contenidos del instrumento.</i></p>
Resultados	<p>La edad promedio fue de 23 años, con oscilación entre 14 y 65 años; la escolaridad promedio fue de nueve años, con variación entre 0 y 14; ambas variables presentaron una distribución no normal. Se encontró mayor frecuencia del sexo femenino, de los adolescentes, de los solteros, de estudios secundarios, de alguna creencia religiosa y un 33% pertenecían a comunidades indígenas En el análisis de algunos conocimientos relacionados con la tuberculosis se observó que un 45% la define como una enfermedad pulmonar; 9,3% señaló la vacuna BCG como el principal factor protector; 32% identifica a M. tuberculosis como el agente causal. Con respecto a los principales órganos afectados por la infección un 53,7% refirió los pulmones; la principal vía de transmisión identificada fue la inhalación; un 40,7% no reconoce factores de riesgo relacionados con la infección y los principales grupos de riesgo incluyeron las personas que viven con VIH/sida y fumadores. Un 15% identificó la afectación de varios órganos; 7,3% considera la posibilidad de transmisión por la piel; 42,7% identificó a las personas con sistema inmunitario debilitados como grupos de riesgo y 82,7% relaciona la tuberculosis con el hábito tabáquico.</p>

<p>Discusión</p>	<p>El conocimiento relacionado con la tuberculosis es bueno en el grupo estudiado, de los mestizos y las personas con un grado de escolaridad responden adecuadamente. Esto evidencia la necesidad de fortalecer los programas de educación y comunicación en salud. Los pueblos indígenas y las comunidades rurales no han sido poblaciones de interés para los estudios de investigación referidos a los conocimientos, actitudes y practica sobre tuberculosis, a pesar de constituir grupos de elevado riesgo para la infección. Prueba de lo anterior son los estudios de Cruz en 2011, Aguilar en 2008 y Berdasquera en 2002, en los cuales se focalizó el interés en el personal de la salud; en dichos estudios se encontró un deficiente conocimiento sobre la tuberculosis, lo que sorprende en gran medida, porque son personas del área de la salud, con un elevado grado educativo y son los responsables de ejecutar las acciones de educación en salud a los grupos de mayor riesgo ya que implican graves consecuencias para la salud individual y colectiva, pueden aumentar conductas de riesgo por parte del infectado y los expuestos a la infección, por desconocer las implicaciones de la enfermedad; pueden aumentar las transmisión por no disponer de dispositivos de control adecuados y, al no contar con estrategias de tamizaje y prevención efectivos, aumenta la incidencia y con ello los costos asociados con su intervención.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este estudio realizado en el Departamento de Córdoba, en el municipio de Purísima muestra que el personal de salud, comunidad indígena y personas que viven en zonas rurales, se deben crear estrategias de promoción y prevención de la tuberculosis para detectar a tiempo las personas que padezcan esta enfermedad en las comunidades para mejorar los conocimientos en tuberculosis y así reducir la mortalidad, morbilidad y transmisión, promoviendo estilos de vida saludable que ayuden a prevenir y propagar la aparición de esta enfermedad.</p>

	<p>Las poblaciones Indígenas de todo el país enfrentan una serie de dificultades comunes en las áreas de salud, educación y acceso a servicios públicos. En muchas regiones, los servicios de salud son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas acorde a sus costumbres, creencias y lenguaje, teniendo grandes dificultades de saneamiento básico, la gran mayoría de ellas se encuentran en hacinamiento y carecen de acueducto y alcantarillado, ambientes que facilitan la generación y transmisión de enfermedades, entre ellas la tuberculosis.</p> <p>Teniendo en cuenta estas consideraciones y el impacto que la tuberculosis produce en las comunidades indígenas y zonas rurales estos deben ser capacitados sobre las medidas de prevención y control de la enfermedad llevando a cabo jornadas educativas y talleres prácticos para sensibilizar y empoderar a las poblaciones en la captación de los sintomáticos respiratorios para la detección temprana y para garantizar el tratamiento de los pacientes que son diagnosticados llevándolos hasta la curación, de esta forma disminuir el riesgo de abandonar el tratamiento y morir por esta enfermedad.</p>
Título	<p>28. BEYOND DOTS (DIRECTLY OBSERVED TREATMENT SHORT-COURSE) IN TUBERCULOSIS' CONTROL: INTERFACING AND SHARING NEEDS</p> <p>MÁS ALLÁ DE DOTS (TRATAMIENTO OBSERVADO DIRECTAMENTE SUPERVISADO) EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.</p>
Autor y Año	<p>Alba Idaly Muñoz Sanchez Maria Rita Bertolozzi 2009</p>
Ubicación del artículo (base datos)	<p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19967219</p> <p>LILACS – Express</p>

Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	MÁS ALLÁ DE DOTS (Tratamiento Observado Directamente Supervisado) EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS; Alba Idaly Muñoz Sanchez, Maria Rita Bertolozzi; Pág. 689-694; 2009 septiembre – Octubre.
Objetivo del artículo	Analizar los significados que los trabajadores de la salud presentan sobre la estrategia en el control de la tuberculosis, y apuntar alternativas que contribuyan para su desempeño en la institución de salud.
Palabras Clave	Tuberculosis; control de enfermedades transmisibles; relaciones profesional-paciente.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>A pesar de la disponibilidad de la tecnología en salud en el mundo moderno, existe una terapia que fue descubierta hace mucho tiempo; y no es aplicada por el personal de salud, la tuberculosis sigue siendo un escenario epidemiológico global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hubo 8,8 millones de casos nuevos y 1,6 millones de muertes debido a esta enfermedad en 2005. Esto es debido a la falta de adherencia al tratamiento es uno de los principales obstáculos para el control de la enfermedad porque contribuye a aumentar la oportunidad de transmitir el bacilo. La OMS define como falta de adherencia a un paciente que ha interrumpido el tratamiento consecutivo por dos meses, sale del tratamiento como un abandono y esto lo conlleva a la consecuencia de fracasar a la terapia y volverse resistente a los medicamentos.</p> <p>Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública, que está asociado con varias situaciones como la adherencia al tratamiento, la participación social, cultural y barreras demográficas, además de los relacionados también es una pobre condición social por parte de los paciente, su falta de tiempo para buscar los servicios de atención, acompañado de la falta de</p>

	<p>información sobre la enfermedad y su tratamiento, esto junto con la relación entre el equipo de salud y los pacientes son otros factores de la falta de adherencia al tratamiento, ya que esto lo conlleva a que el paciente decida no tomar tratamiento para la enfermedad.</p>
Muestra	<p>Se realizaron 15 entrevistas a profesionales de la salud discriminados de la siguiente forma: seis auxiliares de enfermería, cinco enfermeras y cuatro médicos.</p> <p>Las entrevistas fueron grabadas y se realizó recopilación de datos que se llevó a cabo entre agosto y diciembre de 2004.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se trata de un estudio analítico, de recorte cuantitativo.</p>
Resultados	<p>En los resultados se pueden evidenciar que los trabajadores de la salud todavía revelan el estigma y el miedo en relación con la enfermedad, también permite visualizar las pobres condiciones sociales de los usuarios que son atendidos en las unidades básicas de salud. Es importante resaltar las fortalezas que describieron los trabajadores de la salud que fueron entrevistados en relación con la estrategia DOTS (Tratamiento Directamente Observado de Corta Duración): donde les permite un dialogo oportuno entre profesionales y pacientes, disminuye la oportunidad de integración de los pacientes, disminuye la probabilidad de recaída, contribuye a la correcta administración del tratamiento, disminuye a la resistencia a los medicamentos, pero por otra parte las limitaciones de la estrategia y estos son referidos más específicamente con el funcionamiento como es el número limitado de empleados y la falta de equipos interdisciplinarios, recursos limitados para cumplir con las necesidades de los pacientes, resistencia de algunos profesionales de la salud para cuidar a los pacientes, deficiencia en la red de referencia y el sistema de información sobre la salud, deficiencia en la infraestructura de las unidades, especialmente en términos de espacio físico, lo que limita las acciones de</p>

	<p>bioseguridad, sobrecarga de trabajo debido a las acciones burocráticas que integran el tratamiento supervisado, aunque con estas limitaciones, se verifico que el encuentro entre profesionales de la salud y pacientes, DOTS (Tratamiento Directamente Observado de Corta Duración), podría ser una oportunidad de ayudar a los pacientes con tuberculosis a recuperarse de sus capacidades para la vida durante las consultas regulares, al mismo tiempo, permite identificar vulnerabilidades y necesidades que pueden ser tratados durante el proceso con el fin de superarse, apoyándolos a que desarrollen una vida digna para la mayoría de los pacientes .</p>
<p>Discusión</p>	<p>En el sistema de salud brasileño, a partir del estudio, implementa el DOTS (Tratamiento Directamente Observado de Corta Duración), en los servicios de salud en el programa de control de la tuberculosis donde funciona como “interfaces de red” donde debe ser articulado con los otros programas de las instituciones de salud. El trabajo de los profesionales de la salud, debe estar concentrado en el vínculo estrecho con los pacientes, donde debe tener compromiso, responsabilidad; teniendo en cuenta el contexto de vida de los mismos , fomentando su participación activa en el proceso de cuidado diario, la adherencia al tratamiento y la construcción de proyectos de vida.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Este estudio confirma que los trabajadores de la salud todavía revelan estigma y miedo en relación con la enfermedad, y en cuanto a los pacientes se visualiza que son atendidos en pobres condiciones por la institución de salud, esto conlleva que los pacientes no lleven una vida digna y no tenga claro en desarrollar un proyecto de vida. El DOTS (Tratamiento Directamente Observado de Corta Duración), sigue siendo la estrategia Alto a la tuberculosis, donde se resuelven mediante unos componentes básicos como: compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida, detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de</p>

	calidad garantizada, tratamiento supervisado y apoyo al paciente, sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos y un sistema de vigilancia y evaluación medición del impacto.
Título	29. CONSTRUCCIÓN DE LA ADHERENCIA. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS EN TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS
Autor y Año	Cecilia Dominguez Año: 2012
Ubicación del artículo (base datos)	www.eerp.usp.br/rlae Rev. Latino-Am. Enfermagem
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Construcción de la Adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis Cecilia Dominguez Año: Diciembre 2012 Pág. 2-12
Objetivo del artículo	Reflexionar en torno a las estrategias de intervención del Trabajo Social en la adherencia al tratamiento de personas con tuberculosis que se atienden en el Consultorio Infanto Juvenil y de Control de Contactos y en el Servicio de Neumotisiología del Hospital Tornú en el período Noviembre 2011 / Marzo 2012.
Palabras Clave	<i>Programa Control de Tuberculosis; grupos de alto riesgo; tuberculosis latente; tratamiento preventivo antituberculosos.</i>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La tuberculosis es una enfermedad que se encuentra fuertemente atravesada por dos variables que se relacionan entre sí. Por un lado, la condición de clase, siendo las circunstancias materiales de existencia y la desigualdad en el acceso a la salud factores con alta influencia en el desarrollo de esta enfermedad. Por el otro, un imaginario social plagado de estigmas y discriminación, producto de un pasado en el que la

	<p>enfermedad determinó una de las más importantes causas de muerte en el país y era significativa como propia de las personas con conductas indebidas.</p> <p>Por esto, recibir un diagnóstico de tuberculosis genera un impacto en las personas que se relaciona principalmente al temor a la muerte y al posible contagio del entorno cercano. El sentimiento de estar padeciendo una enfermedad que se vincula con situaciones de descuido de la salud lleva a las personas a sentir culpa y vergüenza por estar enfermos. Asimismo, el tratamiento de tuberculosis desestructura la vida cotidiana de los pacientes, quienes durante varios meses deben someterse a controles médicos periódicos, recibir gran cantidad de medicación, realizar reposo e informar a todos sus contactos cercanos su situación de salud.</p> <p>La adherencia al tratamiento se vuelve fundamental para aquellas personas enfermas de tuberculosis, siendo determinante completarlo para lograr la cura. La posibilidad de generar una buena adherencia depende de múltiples variables, entre otras: las condiciones de vida, el tipo de inserción en el mercado laboral, las representaciones en torno a la enfermedad, la relación que se establezca con el equipo de salud. En la comprensión de estas variables el trabajo social se vuelve un actor importante, así como también en la posibilidad de generar acceso a la atención, trabajando en pos de que se garantice el derecho a la salud.</p>
Muestra	Pacientes en tratamientos de los/as pacientes niños, niñas o adolescentes y realizan los controles de salud de los contactos de los/as adultos en tratamiento en el servicio de neumonología.
Intervención y proceso medición	“ <i>La intervención dentro de los equipos</i> La relación profesional– paciente es fundamental para la construcción de la adherencia, teniendo esto en cuenta una de las estrategias del trabajo social tiene que ver con que el equipo incluya la consideración de las variables sociales. En este sentido se lleva adelante una tarea que

	<p>podría describirse como educadora, que consiste en el señalamiento de la desigualdad en el acceso a la salud que redundaba en dificultades a la hora de construir la adherencia. El reconocimiento de esta desigualdad por parte del equipo contribuye a que se diseñen estrategias que contemplen las particularidades de los/as pacientes. Como ejemplo puede tomarse la situación de una paciente mujer de 26 años con tuberculosis pulmonar y ósea, a quien el equipo tratante presenta como no adherente porque faltaba a las consultas y no retiraba la medicación los días indicados. Al entrevistar a M. refiere que sólo puede acudir al hospital los días que se lo permiten en su trabajo, porque en caso contrario corría riesgo de ser despedida y además no siempre contaba con ayuda de su familia para el cuidado de su hija de 4 años. M. manifestaba su interés por adherir a su tratamiento pero se encontraba con dificultades para cumplimentar las exigencias del equipo médico, concurría a consulta en días en que los/as neumólogos/as tenían otras actividades en el hospital o se presentaba para retirar su medicación en momentos en que la enfermera no estaba a disposición para entregarla. El equipo médico se mostraba muy preocupado por la situación de salud de la paciente y por sus dificultades en la adherencia. La estrategia utilizada por el neumólogo era citarla con más frecuencia que la habitual para realizar un control más cercano, con lo que los problemas de la tuberculosis, pero la asistencia a la consulta empeoraban. Desde el trabajo social se intervino intentando mediar entre el equipo médico y la paciente. En principio se explicitaron las condiciones laborales y familiares de la paciente. haciendo hincapié en que su dificultad en la adherencia se relacionaba con sus condiciones de vida, de mujer migrante, sin red social de contención, al cuidado de una niña pequeña y con ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades. En segunda instancia se establecieron acuerdos para que se flexibilizaran los días de consulta y de retiro de</p>
--	---

	<p>medicación, en ambos casos la presencia constante y el acompañamiento dentro de la institución de la trabajadora social resultó fundamental para garantizar el acceso a estos recursos. Por último la puesta en cuestión de la situación de la paciente contribuyó a que el trato hacia la enfermedad mejorara producto de la desestigmatización.”</p> <p>Una dimensión fundamental en el análisis de las condiciones de vida es el tipo de inserción en el mercado de trabajo. En la totalidad de las situaciones trabajadas las personas en tratamiento se encontraban desempeñándose en trabajos precarios, en el sector informal, con bajos salarios y en varios casos de una carga horaria superior a 9 horas. La situación de informalidad laboral redundaba en dificultades de acceso al ejercicio del derecho a la salud por la imposibilidad de asistir a consultas, de realizar reposo o por el peligro de pérdida del trabajo cuando la situación de salud impide realizar la tarea asignada.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Del análisis de las condiciones de vida de los sujetos en tratamiento se desprende que, en ocasiones, la tuberculosis no es la única problemática por la que atraviesan las personas. Muchas veces esta situación de salud se suma a difíciles trayectorias sociales que incluyen situaciones de pobreza, enfermedades anteriores, situaciones de violencia, dificultades de acceso al sistema, etc.</p> <p>Para los sujetos la tuberculosis representa un nuevo obstáculo que se suma a los anteriores y la jerarquización de estos problemas se realiza de manera singular, puede ocurrir que las dificultades en la satisfacción de las necesidades básicas se planteen por encima del cumplimiento del tratamiento. “ La paciente P. mujer de 40 años con tuberculosis pulmonar refiere en la entrevista estar recientemente separada de su pareja y padre de su hijo de 6 años, tras diez años de violencia. P. además se encontraba en seguimiento por el servicio de urología y nefrología debido a un sangrado urinario</p>

	<p>que aún no tenía diagnóstico. A partir de la separación y debido a que su situación de salud le imposibilitaba trabajar, no contaba con ningún tipo de ingreso para la satisfacción de sus necesidades y las de su hijo. Como se puede ver en esta reseña, el tratamiento de tuberculosis para esta paciente, era sólo una de las dimensiones de una situación de extrema vulnerabilidad.” No es posible pensar en construcción de un proceso de adherencia sin que estén garantizadas las mínimas condiciones de existencia, en este sentido el derecho a la salud no puede ser planteado por fuera de los demás derechos humanos. Es de vital importancia que estas consideraciones sean las que orienten las intervenciones del equipo tratante, de manera que no se fragmente al individuo y pueda construirse una adherencia a partir del reconocimiento de los derechos de manera holística.</p>
Discusión	<p>Una dimensión fundamental en el análisis de las condiciones de vida es el tipo de inserción en el mercado de trabajo. En la totalidad de las situaciones trabajadas las personas en tratamiento se encontraban desempeñándose en trabajos precarios, en el sector informal, con bajos salarios y en varios casos de una carga horaria superior a 9 horas. La situación de informalidad laboral redundaba en dificultades de acceso al ejercicio del derecho a la salud por la imposibilidad de asistir a consultas, de realizar reposo o por el peligro de pérdida del trabajo cuando la situación de salud impide realizar la tarea asignada. Las intervenciones orientadas al mejoramiento de las condiciones causadas por las situaciones de trabajo precario e informal, se centran en la gestión de recursos que permitan a los/as pacientes sostener su subsistencia pese al decaimiento de sus ingresos por la situación de salud atravesada. Estos recursos provienen de los planes disponibles en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que siempre resultan insuficientes y la derivación a las personas de Provincia de Buenos Aires para la tramitación del Subsidio para pacientes en tratamiento para tuberculosis.</p>

	El trabajo social es un actor importante no sólo en la construcción de la relación equipo – paciente sino como facilitador de la accesibilidad al sistema de salud. Esta tarea se lleva a cabo a partir de acciones de vinculación inter e intra institucionales, la realización de derivaciones acompañadas, entre otras. El objetivo de estas intervenciones es garantizar el cumplimiento del derecho a la salud facilitando el acceso a la atención.
Análisis Personal	Resulta fundamental, para las personas que tienen tuberculosis que el equipo de salud cuente con un trabajador social, ya que este interviene en los pacientes a mejorar la adherencia al tratamiento con estrategias que le conviene al usuario y al programa de tuberculosis ya que mejoraría los indicadores de los planes estratégicos que evalúa los programas nacionales de cada país.
Título	30. CORRELACIÓN DE LA RESPUESTA A ANTÍGENOS DE <i>MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS</i> Y LA PRUEBA CUTÁNEA DE TUBERCULINA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
Autor y Año	Yurika López, Francisco Vargas, Mónica Velásquez, Carolina Ortiz, Libia M. Rodríguez, Sara París, Luis F. García, Andrés Baena, Gloria Vásquez. Año: 2013.
Ubicación del artículo (base datos)	http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i2.694 Biomédica
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Correlación de la respuesta a antígenos de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> y la prueba cutánea de tuberculina en pacientes con Artritis Reumatoide Yurika López, Francisco Vargas, Mónica Velásquez, Carolina Ortiz, Libia M. Rodríguez, Sara París, Luis F. García, Andrés Baena, Gloria Vásquez. Revista Biomédica Año: 2013. pág. 226 – 232
Objetivo del	Comparar la prueba de tuberculina (TST), la producción

artículo	de interferón (IFN) y y antígenos esp cíficos de Mycobacterium tuberculosis (CFP-10) para el diagnóstico de infección latente de tuberculosis en pacientes con artritis reumatoide..
Palabras Clave	Artritis reumatoide, tuberculosis latente, prueba de tuberculina (TST), interferón gamma (IFN), Factor de Necrosis Tumoral alfa/antagonistas e inhibidores.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La artritis reumatoide es un trastorno inflamatorio crónico que ataca principalmente las articulaciones sinoviales y se trata actualmente con anti-TNF α . Estudios sugieren que el uso de estos agentes anti-TNF α aumenta el riesgo de reactivación de tuberculosis por lo cual se recomienda hacer la tamización para infección latente de tuberculosis, antes de iniciar el tratamiento. Tradicionalmente se ha utilizado la prueba de Tuberculina pero no es específica y su interpretación es a menudo difícil en individuos vacunados con (BCG) y en las personas que han estado expuestas a micobacterias ambientales de igual manera los pacientes con terapia inmunosupresora y los que están infectados por el VIH o tienen cáncer tienen una respuesta de Tuberculina disminuida. Además el valor de corte de la TST cambia según la prevalencia de la tuberculosis, la cobertura de BCG y la exposición a micobacterias no tuberculosas. Ensayos de liberación de IFN (IGRA), que miden la respuesta de células T a antígenos específicos de Mycobacterium Tuberculosis ESAT y CFP son nuevas alternativas específicas y sensibles para el diagnóstico de la infección latente de Tuberculosis.
Muestra	45 Pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital Universitario San Vicente Fundación, entre enero y diciembre de 2007
Intervención y proceso medición	Se realizó un estudio analítico transversal, se utilizaron variables cualitativas y cuantitativas. Los análisis se realizaron utilizando GraphPad Prism versión 5.

Resultados	<p>Durante el desarrollo de este estudio, se evaluaron 45 pacientes que fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de elegibilidad, de los cuales 14 tuvieron un diámetro de induración mayor de 10 mm lo que significa que tiene un resultado de tuberculina positivo, 9 produjeron IFNγ en respuesta a CFP-10, y 7 fueron positivo a ambas pruebas.</p> <p>Entonces los pacientes que obtuvieron un resultado positivo a la tuberculina deben empezar tratamiento con Isoniazida para prevenir que desarrolle la tuberculosis, pero antes de empezar tratamiento se le debe realizar una serie de estudios descartando que no han desarrollado la enfermedad.</p>
Discusión	<p>La prueba tuberculina juega un papel importante en respuesta inmune contra en micobacterias tuberculoso, el diagnóstico oportuno de que los pacientes inmunosuprimidos como son los de artritis reumatoide de que inicien la terapia de quimioprofilaxis, pero antes es importante que se descarte la enfermedad realizando una serie de exámenes, para dar inicio al tratamiento con isoniazida.</p> <p>La prueba tuberculina (TST), se ha utilizado tradicionalmente para detectar infección latente, sin embargo, no es una herramienta de diagnóstico muy específico, esto puede ser explicado por los posibles efectos de la Vacuna de bacilos atenuados de Mycobacterium bovis (BCG) y la presencia de micobacterias ambientales, que puede aumentar la incidencia de resultados falsos positivos en países como Colombia, donde se realiza de forma generalizada y sistemática de la vacunación. Particularmente en pacientes con artritis reumatoide para quienes la detección prueba tuberculina (TST), es positivo, para evitar diagnósticos falsos positivos y permitir una decisión precisa sobre si se debe iniciar la terapia profiláctica con isoniazida.</p>
Análisis Personal	<p>La prueba de Tuberculina es una prueba de tamizaje que permite el diagnóstico de Tuberculosis latente es decir</p>

	<p>identificar si el paciente ha estado expuesto a Micobacterio de Tuberculosis; le permite al clínico tomar la decisión de iniciar profilaxis con Isoniazida teniendo en cuenta además un criterio clínico, radiológico y epidemiológico. Esta prueba toma real importancia en los pacientes con enfermedades inmunosupresoras como lo es el VIH y Artritis Reumatoide como lo es el caso de los pacientes de la investigación, sin embargo como lo expone el artículo puede llegar a generar falsos positivos por error en la técnica de aplicación de la tuberculina, error en el tiempo para realizar la lectura, error en la medición de la induración y de igual manera errores al no tener en cuenta su baja especificidad sobre todo en un país como Colombia donde hay una alta cobertura de BCG y exposición a otras micobacterias. A pesar de lo anterior es una prueba más accesible pero se debe tener en cuenta el contexto y el criterio clínico y epidemiológico.</p>
Título	31. EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS ENTRE PERSONAS SIN TECHO DE PEREIRA, RISARALDA, COLOMBIA, 2007-2010
Autor y Año	Diana Milena Castañeda-Hernández, Adrián Bolívar-Mejía, Alfonso J. Rodríguez-Morales. Año:2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://revistainfectio.org/site/portals/0/ojs/index.php/infectio/article/view/601 Revista de la asociación colombiana de infectología
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Epidemiología de la tuberculosis entre personas sin techo de Pereira, Risaralda, Colombia, 2007-2010; Diana Milena Castañeda-Hernández, Adrián Bolívar-Mejía, Alfonso J. Rodríguez-Morales. Año:2013; pág. 48 – 49; Revista de la asociación colombiana de infectología

Objetivo del artículo	Evaluar la incidencia de la tuberculosis en las personas sin techo registrados en el área metropolitana de Pereira, Colombia 2007-2010 y diseñar una propuesta de mejora desde nuestro enfoque de la enfermedad y su evolución.
Palabras Clave	Tuberculosis, VIH, Indígenas, mortalidad , morbilidad
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades infecciosas más importantes a nivel mundial y de gran incidencia en los grupos de riesgo como lo son aquellos con VIH / SIDA, las poblaciones indígenas y las personas que viven en condiciones de hacinamiento y/o pobreza extrema como las personas sin hogar, que recientemente es una consideración especial a tener en cuenta al evaluar la mortalidad y morbilidad por TB, debido a que se puede presentar variaciones en su evolución clínica y desenlace. A pesar de lo anterior existen pocos estudios publicados con respecto a la tuberculosis entre las personas sin hogar en América Latina.
Muestra	Durante el período de estudio, 74 personas sin hogar con tuberculosis fueron diagnosticadas, de un total de 1470 individuos evaluados.
Intervención y proceso medición	Se trata de un estudio evaluativo, de recorte cuantitativo
Resultados	Durante el desarrollo del estudio se evaluaron 1470 personas de las cuales se diagnosticaron 74 personas con tuberculosis y que no tienen hogar, dando esto una incidencia de 50,3 casos por 100.000 habitantes para el año 2010. Dando esto un resultado no satisfactorio para la secretaria de salud de Pereira, ya que hubo un abandono del tratamiento del 43,2%, fracaso terapéutico del 4,1%, fallecidos 2,7%, curado el 39,2%, tratamiento terminado el 10,8%. Los resultados anteriores no cumplen con la meta establecida del nivel nacional, es curar al 85% de los pacientes que ingresan a

	<p>tratamiento.</p> <p>Al comparar la incidencia de la tuberculosis en el año 2010 de la personas sin hogar con la población general (0.6585 / 1.000 hab.) Es 76,45 veces mayor en la población de riesgo, de la misma manera, la tasa de letalidad en 2010 era 2,5 veces mayor que en la población general (3,3%), esto nos referencia que la población se está enfermando por las enfermedades crónicas transmisibles, lo que se necesita un compromiso político.</p>
Discusión	<p>Estos resultados tienen implicaciones importantes en la salud pública, así como la gestión y la evolución de la tuberculosis en estos individuos, la persistencia de la infección, la resistencia a las drogas y la transmisión potencial a otros individuos. A partir de esta investigación fue propuesto un proyecto para un Centro de atención a las personas sin hogar con tuberculosis, con el fin de abordar el problema a través de la gestión social, epidemiológica, clínica, de diagnóstico y terapéutico integrado.</p>
Análisis Personal	<p>Este estudio nos enseña que una de las condiciones de pobreza extrema y el hacinamiento han sido determinantes sociales en la incidencia de la tuberculosis, lo cual ratifica que la atención de un paciente con Tuberculosis va más allá de la disponibilidad de medicamentos, la atención debe ser integral si se quiere obtener resultados exitosos, una atención en la que se aborde al paciente desde lo clínico, lo psicológico y lo social es decir una atención interdisciplinaria que disminuya las posibilidades de abandono al tratamiento y en el peor de los casos la muerte de estos pacientes.</p> <p>Los pacientes que son diagnosticados con tuberculosis deben ser atendidos en los servicios de salud con un equipo de salud integral que le brinde apoyo y no lo discrimine, para evitar que el paciente abandone el tratamiento de tuberculosis.</p>

Título	32. SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA 2007-2008, CON ÉNFASIS EN LOS CASOS PEDIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN CON VIH
Autor y Año	David Alejandro Rodríguez, Norman Alfonso Gil, Nestor Rodrigo Vera. Año 2010
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-93922010000300006&script=sci_arttext SCIELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Situación de la tuberculosis en Colombia 2007-2008, con énfasis en los casos pediátricos y su asociación con VIH; David Alejandro Rodríguez, Norman Alfonso Gil, Néstor Rodrigo Vera. Año 2010; pág. 195-205; Revista de la asociación colombiana de infectología
Objetivo del artículo	Analizar los indicadores epidemiológicos, con énfasis en la situación de infección concomitante con VIH y tuberculosis Infantil en Colombia durante los años 2007 y 2008, con el fin de conocer el panorama actual de esta enfermedad en el país.
Palabras Clave	Tuberculosis, VIH/sida, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Sistema de Vigilancia en Salud Pública, tuberculosis pediátrica.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La tuberculosis todavía permanece como una enfermedad que genera una alta carga en morbilidad y mortalidad en los países. Las acciones en salud pública están dirigidas al cumplimiento de las siguientes metas diagnosticar más de 70% de los casos nuevos con baciloscopia positiva y curar, al menos, el 85% de los mismos; reducir la incidencia de tuberculosis, y disminuir la mortalidad y la prevalencia en 50% para el 2015.El comportamiento de la incidencia de la tuberculosis pulmonar en Colombia ha sido estable en los últimos diez año, para el año 2008 se presentaron 11.537 casos de tuberculosis de todas las formas, mientras que en el 2007 fueron 11.051 casos; los casos con baciloscopia

	<p>positiva fueron 7.336 en el 2008 y 7.384 en el 2007, los casos de tuberculosis extrapulmonar fueron 2.055 en el 2008 y de 1.712 en el 2007 este tipo de tuberculosis fue el que mayor aumento presentó entre 2007 y 2008. El grupo de edad en el que más casos se presentan fue en la edad productiva de 25 a 34 años; sin embargo por incidencia, la tasa más alta la presentaron los mayores de 65 años de edad, los hombres fueron los afectados en todos los grupos de edad. Los casos de tuberculosis en menores de 15 años pasaron de 347 a 419, el número de pacientes con tuberculosis e infección concomitante por VIH reportados al Programa Nacional de Control de la tuberculosis se duplicó, pasando de 218 casos a 457 entre 2007 y 2008.</p> <p>El análisis de este estudio arroja mejora en la notificación de los casos por el sistema de vigilancia (SIVIGILA), notando un gran aumento en el número de casos de tuberculosis en la población en general y en la pediátrica, y de infección concomitante tuberculosis y VIH, al realizar la comparación entre los año 2007 y 2008. En cuanto a los indicadores durante estos años, el país no logra alcanzar las metas establecidas por el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis (captación, detección y curación).</p>
Muestra	<p>Todos los pacientes registrados en los programas de TB de las entidades territoriales correlacionado con SIVIGILA</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se trató de un estudio descriptivo. La fuente de información fue el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. La información fue recolectada y ajustada con los responsables del programa de cada entidad territorial, desde abril del 2009 hasta junio del 2009. Con el 100% de las entidades territoriales del país correspondientes a la información del Programa Nacional de Control de la tuberculosis y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, en el 2007 y 2008, se hizo una descripción de los aspectos programáticos de la tuberculosis.</p>

Resultados	<p>El estudio analiza las diferentes formas de tuberculosis donde muestran que los departamentos con mayor carga son: Antioquia, Bogotá, Cartagena, Caldas, Meta, Quindío, Risaralda, Tolima y Valle. Los anteriores son alta carga para tuberculosis pulmonar, extrapulmonar, infección concomitante por tuberculosis, VIH/sida, tuberculosis infantil y meníngea.</p> <p>También evalúan otro indicador en relación con la baciloscopia, donde especifican que por promedio ideal es que realicen 3 baciloscopia a cada paciente que sea sintomático respiratorio, pero a nivel nacional se maneja un valor menor de 2,5 baciloscopia por paciente, lo que disminuye la sensibilidad, para el país este valor es bajo 2,2% en el 2007 y 2,3% en el 2008, los departamentos que cumplieron con el parámetro indicado superior a 2,5, fueron: Caldas, Casanare, Cesar, Chocó, Guainía, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Santa Marta y Vaupés. Las entidades territoriales que mejoraron su capacidad de diagnóstico por cultivo con respecto al 2007, fueron: Bogotá, Caldas, Cartagena, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Magdalena, Meta, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima, Valle y Vaupés, que corresponden a 55,5% de las 36 entidades territoriales.</p> <p>De acuerdo al análisis realizado a la cohorte de casos nuevos con baciloscopia positiva, el resultado de las cohortes para el país en el 2007 permitió evaluar el seguimiento de 94% de los casos notificados por el informe trimestral, es decir, un registro de 7.027 casos. El porcentaje de baciloscopia negativa al segundo mes de tratamiento fue de 61,1%, el porcentaje curación fue de 65,9% y el porcentaje de tratamiento terminado fue de 10,8%; sumando estos dos últimos datos se obtiene un porcentaje de éxito de tratamiento de 76,7% en las cohortes del 2007. Estos resultados se ven afectados por condiciones como: el porcentaje de remisiones, cuyos resultados con el tratamiento se desconocen (5,6%), los</p>
-------------------	--

	<p>fallecimientos durante el tratamiento (7,2%), los casos de abandono de la terapia (9,2%) y los fracasos terapéuticos (1,4%).</p>
<p>Discusión</p>	<p>La implementación de la estrategia Alto a la tuberculosis tiene diferentes grados de compromiso en las entidades territoriales y eso se ve reflejado en sus acciones de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos con tuberculosis.</p> <p>El país tiene dificultades en la detección de casos y en la administración del tratamiento, lo que se evidencia en el bajo porcentaje de éxito en el tratamiento, como es 76,7%. Esto abre el espacio para la presencia de la tuberculosis resistente a los medicamentos de primera línea, teniendo en cuenta que la aparición y propagación de la tuberculosis multidrogorresistente (MDR-TB)-y la tuberculosis resistente a los medicamentos de primera y segunda línea se ve facilitada por una detección insuficiente de los casos y un tratamiento inapropiado. La emergencia de la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR), más que la ausencia de programas nacionales de tuberculosis, su mala implementación o un pobre cumplimiento de las actividades de los programas.</p> <p>El aumento de la incidencia de tuberculosis extrapulmonar, que puede estar relacionado con la mayor capacidad de diagnóstico del país mediante el cultivo, lo que se convierte en un logro, debido a que este tipo de tuberculosis es más difícil de diagnosticar por ser paucibacilar y localizarse en sitios inaccesibles.</p> <p>“En Colombia, el número estimado de personas con VIH pasó de 140.000 a 170.000 casos de 2001 a 2007, según la OMS; así que no sorprende que el aumento de la infección concomitante, que se calculó en 5,8% (IC95%; 5,3-6,4) en el 2006, aumentara a 10,3% (IC95%; 9,7-11) en el 2008, según el Sivigila.</p> <p>La tuberculosis en niños debe ser suficientemente priorizada dentro de los servicios de salud, y se deben fortalecer el diagnóstico y el tratamiento para los contactos pediátricos. Los casos en menores de 5 años</p>

	<p>es reflejo de la tuberculosis bacilifera del adulto y la dificultad en aspectos técnicos, clínicos y administrativos para el diagnóstico de tuberculosis infantil debe ser motivo para mejorar la coordinación interinstitucional, entre los distintos actores del SGSSS en Colombia.”</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La Tuberculosis como diversos estudios lo muestran continua siendo una enfermedad que amenaza la salud pública mundial, en Colombia se han implementado diversas estrategias para disminuir la morbilidad y mortalidad como lo es la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) sin embargo aún se debe fortalecer las actividades de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos ya que cuando se diagnostica tardíamente un caso el riesgo de transmitir la enfermedad en la comunidad aumenta al igual que el riesgo de morir por tuberculosis. En cuanto al diagnóstico en los niños, el seguimiento a contactos a través de la vigilancia epidemiológica es de gran importancia ya que es la oportunidad para evaluar la presencia de menores y evaluarlos a tiempo. La lucha contra la tuberculosis requiere de la participación activa y consiente de diferentes actores incluyendo a la comunidad.</p> <p>Para el manejo de la IMPLEMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS DOTS/TAES se debe fortalecer y dar continuidad al equipo básico responsable del programa, Dotar el programa de los documentos: normas, protocolos, documentar la ruta de captación de sintomáticos respiratorios, detección de casos, atención y manejo del paciente; socializarlo con el personal de la IPS, realizar seguimiento al cumplimiento de la programación de captación de sintomáticos respiratorios y detección de casos teniendo en cuenta la circular 058 de 2009, hacer seguimiento estricto a los casos que ingresen al programa con el fin de garantizar la curación y evitar tratamientos terminados y abandonos, verificar que a los pacientes del programa se le garantice la administración de tratamiento estrictamente supervisado,</p>

	<p>se deben registrar en el libro de pacientes trimestralmente actualizado y correctamente diligenciado, Verificar que las IPS de la red de servicios tengan actualizados y correctamente diligenciados los registros del programa, Verificar la adecuada conservación y almacenamiento de los medicamentos.</p> <p>También se debe hacer un TRABAJO INTERPROGRAMATICO donde se evalué la cobertura de PAI e implementar la detección de casos de Tuberculosis en niños a través de AIEPI, garantizar la prueba Elisa para VIH a todos los pacientes diagnosticados con Tuberculosis y seguimiento al resultado.</p>
Título	33. TUBERCULOSIS, UN RIESGO PRESENTE PARA LOS TRABAJADORES EN EL AREA DE LA SALUD
Autor y Año	PATRICIA HIDALGO MARTÍNEZ, ATILIO MORENO CARRILLO, TATIANA ROLDÁN OVALLE. 2005-2010
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802010000100005&script=sci_arttext SCIELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	TUBERCULOSIS, UN RIESGO PRESENTE PARA LOS TRABAJADORES EN EL AREA DE LA SALUD PATRICIA HIDALGO MARTÍNEZ, ATILIO MORENO CARRILLO, TATIANA ROLDÁN OVALLE. 2005-2010 Univ. Méd. Bogotá (Colombia), Pág., 227 – 236
Objetivo del artículo	Abordar la problemática de la infección por tuberculosis (TB) en Trabajadores de la Salud (TS) a través de la experiencia en un programa de prevención y tratamiento de la tuberculosis (TB) en un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires.
Palabras Clave	Tuberculosis, transmisión, riesgo, protección.

Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La tuberculosis es una enfermedad de gran impacto en nuestro país y en el mundo.</p> <p>Aunque las estrategias de la Organización Mundial de la Salud para controlarla pueden curar casi todos los casos, la resistencia a los medicamentos y el riesgo de transmisión, especialmente en los trabajadores del área de salud, cada día cobran un mayor valor.</p> <p>La tuberculosis representa un riesgo ocupacional significativo, con mayor incidencia en los trabajadores del área de salud sobre la población general, principalmente en los países en desarrollo.</p> <p>El personal de la salud es fundamental en la lucha contra la tuberculosis y, por lo tanto, debe estar protegido. Los factores de riesgo de contagio incluyen la frecuencia de pacientes con tuberculosis atendidos, la función y el lugar de trabajo del trabajador del área de salud, la demora en el diagnóstico, la presencia de pacientes con cepas multirresistentes, los inadecuados sistemas de ventilación, la falta de protección adecuada contra aerosoles y el personal con compromiso de su estado inmunológico o desnutrición.</p>
Muestra	<p>Un paciente con tuberculosis resistente</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se trató de un estudio descriptivo.</p>
Resultados	<p>Se da a conocer la problemática de la infección por Tuberculosis en Trabajadores de la Salud dando a conocer nuestra experiencia luego de diez años de trabajar en un programa de prevención y tratamiento de Tuberculosis en Trabajadores de la Salud en un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires. Los objetivos de dicho programa fueron: 1) implementar acciones de educación para la salud dirigida al personal expuesto y no expuesto a Tuberculosis, 2) pesquisar periódicamente al personal para detectar Trabajadores de la Salud infectados con mayor riesgo de enfermar, 3) detectar precozmente casos de Tuberculosis en Trabajadores de la Salud para su tratamiento, y 4)</p>

	efectuar acciones de control en los Trabajadores de la Salud y los contactos.
Discusión	<p>A pesar de las políticas desarrolladas para su control y para evitar su incremento en la comunidad, la tuberculosis continúa siendo en la actualidad un grave problema de salud pública en Colombia y en el mundo. El riesgo de tuberculosis hospitalaria, ya sea por transmisión a otros pacientes o hacia el propio personal de salud, ha sido un hecho bien conocido, y la aparición de casos de cepas resistentes ha desviado la atención sobre este tema a nivel mundial.</p> <p>El grupo de trabajadores de la salud es vulnerable a adquirir la enfermedad y su riesgo ocupacional está determinado directamente por la exposición a pacientes infectados. Esta situación es especialmente alarmante por el reporte de brotes de tuberculosis adquirida en los hospitales en países en desarrollo, tanto entre trabajadores de la salud como en pacientes.</p> <p>Los reportes provenientes de los países con elevadas tasas de tuberculosis han demostrado que los trabajadores de la salud a cargo de la atención de pacientes con tuberculosis presentan, actualmente, un elevado riesgo de adquirir la infección por <i>M. tuberculosis</i> y de desarrollar la enfermedad. Los trabajadores de la salud en los servicios de urgencias tienen hasta 20 veces más riesgo de desarrollar tuberculosis activa que el personal administrativo de la misma unidad, debido principalmente a que los pacientes con tuberculosis que allí acuden suelen presentar enfermedad avanzada asociada a baciloscopia positiva y típicamente no son diagnosticados ni aislados sino hasta varias horas o días después de su ingreso, o porque ocultan su diagnóstico por temor a ser rechazados, lo que incrementa el riesgo de contagio del personal laboral. Entre los factores que explican las diferencias en el riesgo de infección o desarrollo de tuberculosis activa, se destacan el volumen de pacientes con tuberculosis atendidos, la función u ocupación del personal de salud, el lugar de trabajo del</p>

	<p>trabajador del área de salud, la demora en el diagnóstico de los pacientes con tuberculosis, las deficiencias en la ventilación ambiental, la aplicación o falta de medidas de aislamiento para aerosoles, las barreras de protección que usa el personal clínico y la existencia de trabajadores del área de salud con alguna condición de inmunosupresión o desnutrición. La incidencia de tuberculosis en trabajadores del área de salud de los hospitales argentinos es 3,7 veces mayor que la de la población general. Diferentes condiciones del paciente aumentan el riesgo de contagio del personal de salud. Entre éstos se encuentran la presencia de tos, cavidades pulmonares, compromiso laríngeo, administración incorrecta o abandono del tratamiento y procedimientos que estimulen la producción de aerosoles, como fibrobroncoscopia, expectoración inducida y nebulizaciones. Debe incorporarse la enseñanza al trabajador del área de salud de los métodos para evitar la infección por tuberculosis y brindar capacitación general para el control de las infecciones en los hospitales y establecimientos sanitarios.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) a pesar que es un problema relativamente reciente, el número de pacientes está aumentando considerablemente y en forma progresiva, constituyéndose en un serio problema de salud pública. Se estima que cada año aparecen cerca de 500.000 casos nuevos de TB MDR en el mundo, en comparación con Argentina en Colombia se presentaron para el año 2011 un total de 131 casos de tuberculosis multirresistente, dada las condiciones inapropiadas y el deficiente cumplimiento de las actividades para el control de la enfermedad, la Tuberculosis multidrogorresistente y extensamente resistente representa en el mundo un reto que requiere de acciones sistemáticas y programáticas que deben ser planeadas, implementadas, supervisadas y evaluadas, por lo anterior es de gran importancia garantizar el seguimiento y monitoreo estrecho de estos casos,</p>

	<p>contribuyendo a la prevención la aparición de TB-MDR (Tuberculosis Multidrogoresistente) y TB-XDR (Tuberculosis Extremadamente Resistente). Igualmente este sistema permitirá la optimización de recursos tanto humanos como financieros al enfocarse en los pacientes no adherentes y proveerá información confiable y en tiempo real de la adherencia permitiendo su fácil análisis. La tuberculosis resistente se debe trabajar de una forma integral donde se le garantice al paciente un apoyo psicológico, enfermera, médico y auxiliar, es importante que cuente con el apoyo exclusivo de la familia para poder garantizar una buena adherencia al tratamiento que dura de 18 a 24 meses.</p>
Título	34. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DETECTADOS EN LA UNIDADES OPERATIVAS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE TULCÁN
Autor y Año	GONZÁLEZ ESTÉVEZ EDWIN JAVIER Junio 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://repositorio.utn.edu.ec/bits/tream
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	GONZÁLEZ ESTÉVEZ EDWIN JAVIER FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DETECTADOS EN LA UNIDADES OPERATIVAS DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE TULCÁN Junio 2012; Pág.: 1-161.

Objetivo del artículo	Identificar los factores asociados a la adherencia y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pertenecientes al área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán, y plantear una propuesta encaminada a solucionar a los problemas de salud detectados.
Palabras Clave	Tuberculosis, Adherencia tratamiento, Pacientes.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La tuberculosis es una enfermedad innecesaria, debido a que en la actualidad existe un tratamiento oportuno, adecuado, y técnicas que han demostrado ser útiles en diversos países del mundo, además tomando en cuenta que la curación y la prevención de esta enfermedad es el principal objetivo de la salud pública.</p> <p>El contagio ocurre con mayor frecuencia en el ámbito intradomiciliario, y le favorece la escolaridad básica no concluida, los recursos económicos bajos, la atención medica no oportuna, la falta de apoyo en esta enfermedad considerada crónica, provocando en algunos casos el abandono del tratamiento, complicando más la situación del paciente y favoreciendo la drogo resistencia y por consecuencia la prevalencia de la infección.</p>
Muestra	Se estudiaron 31 pacientes con tuberculosis simple y multidrogorresistente, pertenecientes al Área de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán desde el 2008 hasta el 2012
Intervención y proceso medición	La tuberculosis es un problema de salud pública de trascendental importancia ya que sus repercusiones en la salud de las personas infectadas y las demás que se encuentran a su alrededor son de gravedad. En Ecuador en el último año los casos de tuberculosis aumentaron en un 20.48% siendo los factores que más sobresalen como posibles tópicos, la pobreza, la desnutrición, el hacinamiento, ventilación deficiente de la vivienda, abuso de alcohol y otras drogas, embarazo, tratamiento prolongado con cortico esteroides, falta de acceso a los servicios de salud. Además de todo esto se está observando el aumento de casos de personas con Tuberculosis Multidrogorresistente, y por último el

	<p>tratamiento llevado de manera irregular siendo la causa principal. Este problema de salud pública representa una gran inversión económica al estado, conjuntamente con la creación de nuevas políticas de salud , para un adecuado y oportuno seguimiento de pacientes con esta patología, siendo un riesgo potencial entre las personas que viven o trabajan con enfermos tuberculosos, a personas que viven agrupadas en lugares residenciales, ya que son una fuente potencial de contagio directo, agravándose con el consumo y abuso del alcohol o drogas, personas inmunodeprimidas, trabajadores para el cuidado de la salud que están al cuidado de personas de alto riesgo, asociación con VIH/SIDA, aumento de la pobreza, y mal cumplimiento en el esquema de tratamiento adecuado.</p> <p>Por eso es tan importante que la tuberculosis se aborde a partir los determinantes sociales de la salud porque afecta gravemente a nuestro país, en todos los niveles, y a las personas afectadas por esta enfermedad, que debilita su calidad de vida.</p>
<p>Resultados</p>	<p>De acuerdo al estudio se evidencia el Área de salud N°1 de la ciudad de Tulcán en relación a las causas de abandono y adherencia al tratamiento de pacientes tuberculosos.</p> <p>La presentación y discusión de los resultados obtenidos en la investigación realizada, en base los resultados obtenidos de toda la población de tuberculosos a partir del 2008 hasta el año 2012, los resultados fueron procesados en programas, Microsoft Excel, y Epi Info los cuales nos permitieron elaborar en forma ordenada las tablas de frecuencia, representación grafica, para determinar el respectivo análisis e interpretación de resultados obtenidos, enfatizando la prueba de validación aplicada en la etapa correspondiente contando con la apertura y apoyo del grupo de pacientes incluidos en este proceso investigativo, quienes lo hicieron de forma voluntaria y espontánea al abrir sus puertas para la realización de la encuesta planificada.</p>

Discusión	<p>De acuerdo a los resultados se observa que la edad con mayor porcentaje de incidencia de tuberculosis fue el grupo de 39 – 50 años de edad, seguido del grupo 51 – 62 años con 18%, y de 27 – 38 años con 14%. Esto significa que la edad de prevalencia de esta enfermedad se encuentra en personas mayores de 40 años, edad en la que el organismo empieza a disminuir sus defensas, haciéndose mas sensible a adquirir este tipo de enfermedades infecciosas.</p> <p>Tambien se demuestra que el 54% de pacientes con tuberculosis residen en el área rural, y un 46% reside en el área urbana, lo que significa que la tuberculosis es más común en áreas marginadas, debido a las condiciones de vida que se caracterizan por la falta de servicios básicos, hacinamiento, nivel económico y cultural, haciendo más vulnerable a este tipo de pacientes a contraer la enfermedad.</p>
Análisis Personal	<p>Este artículo es de origen ecuatoriano donde muestra que los bajos niveles socioeconómicos, el aumento de la pobreza en la población, los hábitos alimenticios inadecuados, y la falta de recursos para cumplir correctamente las estrategias de control de la tuberculosis, son los principales factores que inciden directamente en el agravamiento y abandono de la tuberculosis.</p> <p>Los pacientes con tuberculosis la mayoría no cuentan con un trabajo estable donde deben satisfacer las necesidades básicas de apoyo familiar, lo que resulta insuficiente poder satisfacer las necesidades básicas del paciente, y que permita que este lleve un estilo de vida adecuado.</p>
Titulo	35. TUBERCULOSIS CUTÁNEA POR MESOTERAPIA, ESTUDIO DE SEIS CASOS
Autor y Año	Dora Orjuela, Gloria Puerto, Graciela Mejía, Claudia Castro, María Consuelo Garzón, Luz Mary García, Elkin Hernández, Wellman Ribón, Gerzaín Rodríguez. 2010
Ubicación del	http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-

artículo (base datos)	41572010000300003&script=sci_arttext SCIELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Tuberculosis cutánea por mesoterapia, estudio de seis casos Dora Orjuela, Gloria Puerto, Graciela Mejía, Claudia Castro, María Consuelo Garzón, Luz Mary García, Elkin Hernández, Wellman Ribón, Gerzaín Rodríguez. Grupo de Micobacterias, Instituto Nacional de Salud, Bogotá D.C., Colombia; Grupo de Microbiología Molecular, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia; Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia Pág. 321- 326 Año 2010 Revista Biomédica
Objetivo del artículo	Presentar seis pacientes con tuberculosis cutánea secundaria a tratamiento por mesoterapia.
Palabras Clave	Tuberculosis cutánea, Mycobacterium tuberculosis, estudios de casos.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La mesoterapia es un modo de tratamiento establecido desde la década de 1950. El tratamiento consiste en la inyección de varios medicamentos en la dermis media y se mezclan con anestésicos locales tales como procaina, que alcanza una concentración alta y persistente para permitir una actividad prolongada de hasta cinco días de duración, este método ha demostrado ser útil en áreas como la reducción del dolor, traumatología, ortopedia, fisiatra y reumatología. Sin embargo, las inyecciones cutáneas, aplicados por médicos o esteticistas, donde pueden causar complicaciones, como micobacterias atípicas o micobacterias no tuberculosas, las infecciones son reconocibles debido a la frecuencia de la lesión, profusión y tamaño. En el estudio realizado se evaluaron seis pacientes que se realizaron un tratamiento de mesoterapia estética y

	posteriormente de varios meses desarrollaron pápulas y nódulos cutáneos, en un principio diagnosticado por micobacterias no tuberculosas, el análisis molecular realizado a estos pacientes mostro que el agente causal de esto fue el Micobacterio tuberculosis.
Muestra	Fueron estudiados seis pacientes discriminados así: Cinco (5) mujeres y (1) un hombre que recibieron tratamiento de mesoterapia cosmética para la obesidad y la celulitis mediante la inyección en la piel glútea y abdominal de material no precisado, desarrollando pápulas, nódulos y senos de drenaje de material seroso en los sitios de inoculación, interpretados clínicamente como infección por micobacterias no tuberculosas; de los cuales 5 fueron sometidos a toma de biopsia de piel de la lesión.
Intervención y proceso medición	Se trata de un estudio evaluativo.
Resultados	Se realizaron varios estudios a los seis pacientes como: ZN tinción directa, el resultado de esta fue negativa para todas las muestras analizadas, se hizo una identificación fenotípica, arrojando como resultado en cinco de los seis casos, los cultivos positivos para el Micobacterio tuberculosis, dentro de un periodo de 4 a 9 semana, se realizaron pruebas de susceptibilidad y un caso mostro resistencia a la isoniazida y por ultimo son estudiados por la realización de biopsias de piel que mostraron inflamación granulomatosa con abundantes células epitelioides estaba presente, junto con un número de células gigantes de Langhans, numerosos linfocitos, unas pocas células plasmáticas y macrófagos vacuolado. En conclusión se demostró una nueva forma de adquirir la tuberculosis cutánea. Esta es la segunda demostración de tuberculosis cutánea por mesoterapia en Colombia.
Discusión	La mesoterapia es un tratamiento cosmético que es utilizado más por las mujeres que por los hombres, donde utilizan inyecciones para aplicarlas en el

	<p>abdomen, las nalgas y la cara, los pacientes no tienen en cuenta que esto puede producir serias complicaciones para la salud, estos son causadas por el Micobacterio tuberculosis que consiste en pápulas cutáneas de tejido profundo y nódulos que drenan a la superficie de piel, esto puede dejar notable cicatrices en el cuerpo de la persona, para la identificación de la bacteria causante se identifican métodos fenotípicos y genotípicos, sin embargo , el tratamiento con antibióticos ha demostrado ser eficaz. El personal que realiza este tipo de procedimiento, deben estar capacitadas y conocer los protocolos utilizados en la clínicas de mesoterapia, incluyendo una regulación de bioseguridad para evitar complicaciones en los pacientes.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>En este estudio logran identificar que la tuberculosis cutánea se obtiene a través de realizarse una mesoterapia las lecciones inducidas por inyecciones deben ser examinadas para detectar micobacterias incluir Micobacterio Tuberculosis.</p> <p>Las personas y en especial las mujeres por la vanidad se realizaron una mesoterapia para bajar de peso y a través de las inyecciones obtuvieron tuberculosis cutánea donde se le desarrollo en la piel manifestando varias reacciones como nódulos, úlceras, etc.</p> <p>La tuberculosis cutánea es una enfermedad infecciosa, bacteriana, crónica y granulomatosa, causada por el <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, el <i>M. bovis</i>, <i>M. africanum</i>, <i>M. microti</i>, y raramente por el Bacilo de Calmette Guerin, (BCG) en pacientes inmunológicamente predispuestos. Los anteriores microorganismos son fenotípica y genéticamente similares, aunque sólo el <i>Mycobacterium tuberculosis</i> tiene importancia epidemiológica; las otras micobacterias raramente producen enfermedad en los humanos.</p> <p>Muchas personas se infectan con el bacilo tuberculoso, pero solo unos pocos, alrededor del 10% desarrollarán la enfermedad.</p> <p>La prueba cutánea más común para el diagnóstico de la</p>

	tuberculosis es el PPD o de la tuberculina. Un resultado positivo de esta prueba significa que se ha estado expuesto a una persona que tiene tuberculosis y que se está infectado por la bacteria que causa la enfermedad. Una reacción positiva a esta prueba no indica si la enfermedad es activa o contagiosa.
Título	36.AISLAMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE MYCOBACTERIUM MARINUM EN INFECCIONES CUTÁNEAS
Autor y Año	Luz Mary García González, María Consuelo Garzón Torres, Dora Orjuela Gamboa, Claudia Llerena Polo, Graciela Mejía Restrepo, Juan Gabriel Bueno Sánchez. Año 2010.
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.actasdermo.org/es/infeccion-cutanea-por-mycobacterium-marinum-/articulo/13014801/
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Aislamiento e identificación de <i>Mycobacterium marinum</i> en infecciones cutáneas Luz Mary García González, María Consuelo Garzón Torres, Dora Orjuela Gamboa, Claudia Llerena Polo, Graciela Mejía Restrepo, Juan Gabriel Bueno Sánchez. Informe Epidemiológico Nacional. Volumen 15, Número 4, Pág. 50-64.
Objetivo del artículo	Identificar la presencia de <i>Mycobacterium marinum</i> en infecciones cutáneas correlacionando antecedentes e historia de exposición del paciente a agua, acuarios, peces.
Palabras Clave	Micobacteriosis, <i>Mycobacterium Marinum</i> , exposición, identificación de especie.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento)	El <i>Mycobacterium Marinum</i> hace parte de la categoría de micobacterias patógenas potenciales que tienen la característica de ser oportunistas y ocasionalmente causar enfermedad. La infección por este tipo de Micobacteria se produce por inculación, la principal

problema)	fuente de contaminación es el agua dulce de piscinas y acuarios. La característica típica de esta micobacteriosis es la presencia de Nódulos inflamatorios, únicos o diseminados y se ubican en las extremidades de nadadores o manos de manipuladores de peces. El diagnóstico se debe realizar por medio de cultivo e nidificación de especie.
Muestra	El análisis se realizó con 2 biopsias de piel y un cultivo de muestra de material purulento. Los tres casos presentaban signos clínicos y epidemiológicos compatibles con infección granulomatosa e impresión diagnóstica de “granuloma de acuarios” causada por MNT.
Intervención y proceso medición	Las biopsias y el material purulento se procesaron para cultivo por medio de la técnica del escobillón de Kudoh en los medios de Ogawa y Stonebrink modificado por Giraldo (STG); se incubaron a temperaturas de 37 °C y 32 °C durante cuatro semanas (12).
Resultados	Se presentó el desarrollo de un microorganismo Zielh Neelsen positivo, se determinó la producción de pigmento como fotocromógeno, (clasificación de Runyon) la velocidad de crecimiento, para clasificarlos como micobacteria de crecimiento lento (mayor de 7 días). La identificación fue complementada con las pruebas enzimáticas de catalasas, arilsulfatasa, pirazinamidasas, urea, fosfatasa ácida e hidrólisis del tween que fueron positivas, la prueba de reducción de nitratos fue negativa. No se evidenció crecimiento en los medios de agar MacConkey sin cristal violeta, ácido pícrico al 0,2% y cloruro de sodio al 5%, por lo cual se identificó como <i>M. marinum</i> .
Discusión	En Colombia los aislamientos que se han realizado de <i>M. Marinum</i> provienen de peces o de lesiones ocasionadas por traumas en acuarios. Se ha estimado una incidencia de la infección en 0.05 -0.27 casos por 100.000 habitantes, los cuales han sido asociados a traumas en medios acuáticos.

	<p>Por lo tanto para el diagnóstico de la infección por <i>M. marinum</i> es fundamental conocer los antecedentes y la historia de exposición del paciente al agua, acuarios y peces, además de la sospecha clínica o histopatológica y el aporte fundamental de la coloración de Zielh Neelsen, el cultivo y la identificación mediante las cuales es posible confirmar el agente etiológico. Se recomienda como tratamiento el medicamento claritromicina en combinación con un segundo agente como tetraciclina o trimetoprim sulfametoxazol.</p>
Análisis Personal	<p>Cuando se realiza un diagnóstico de micobacteriosis es muy importante la realización de cultivo e identificación de especie, esto permite conocer la real incidencia de enfermedad por este tipo de micobacterias, implementar medidas de protección para disminuir factores de riesgo e instaurar el tratamiento correcto.</p>

Título	37.CONSECUENCIAS GENERADAS A NIVEL FAMILIAR E INDIVIDUAL POR EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES DE GUADALAJARA DE BUGA AÑO 2013
Autor y Año	Ángela patricia lozano Piedrahita, Claudia marcela orduy, Leidy Jhoana Castrillón Betancourt. Año 2014
Ubicación del artículo (base datos)	http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/753
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Consecuencias generadas a nivel familiar e individual por el diagnóstico de tuberculosis en los pacientes de Guadalajara de Buga; Lozano A, Orduy C, Castrillón L. año 2013. Tuluá, Universidad Católica de Manizales, 26 junio de 2014.
Objetivo del artículo	Determinar cuáles son las consecuencias que genera a nivel familiar e individual el diagnóstico de tuberculosis en pacientes que se encuentran inscritos en el programa de TBC de las diferentes EPS en el Municipio de

	Guadalajara de Buga, periodo correspondiente de enero a diciembre de 2013.
Palabras Clave	Tuberculosis, familia, individuo, factores sociales, económicos y ambientales.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La tuberculosis es una patología que desde tiempo atrás ha sido una causa importante de muerte e incapacidad en personas de todo el mundo sin discriminar género, edad y raza, por lo que se considera una problemática mundial. Los cambios en la vida personal y en la dinámica familiar del enfermo, como producto de la Tuberculosis Pulmonar, son sumamente importantes. Entre las consecuencias está la disminución de los roles sociales desempeñados, debido a las limitaciones físicas que impone la enfermedad, al consumo de tiempo involucrado en las visitas al establecimiento de Salud, como al distanciamiento producido por el carácter infeccioso de la Tuberculosis y por las connotaciones sociales. Ante tal problemática en el contexto epidemiológico y de salud pública se considera necesario conocer los factores socioculturales, económicos y ambientales que influyen en la vida de las personas diagnosticadas con tuberculosis lo cual permite evidenciar las consecuencias generales que causa la aparición del diagnóstico con el fin de identificar cual es el comportamiento social y la causalidad.
Muestra	En la presente investigación no se aplicó ninguna fórmula para seleccionar la población objeto de estudio, ya que el número de pacientes que cumplen con los criterios de inclusión es reducido, contando con una muestra de 17 pacientes.
Intervención y proceso medición	La presente investigación se ubica en la modalidad de proyecto descriptivo, retrospectivo longitudinal.
Resultados	De los pacientes diagnosticados con TBC el 76% son hombres y el 24% mujeres. El promedio de edad para el diagnóstico de la TB es de 44 años. Dentro de la edad mínima encontramos paciente de 17 años y edad máxima 85 años. Encontramos que el 94% de la

población encuestada tienen un año de diagnóstico de la enfermedad y que el 6% menos de un año. El nivel de escolaridad mostro que el 11% de la población con diagnóstico de TB presentan avances en el nivel de escolaridad pasando uno de ellos de nivel técnico a universitario y otro de nivel de bachillerato a técnico, mientras que el 89% conservo su nivel educativo después del diagnóstico. El diagnóstico no afecto la ocupación, ni el apoyo socioeconómico recibido. El 35% de los encuestados referían ingresos menores a un salario mínimo, el 59% un salario mínimo y el 6% dos salarios mínimos. Después del diagnóstico se pasó a un 47% con ingresos menores al salario mínimo, el 47% un salario mínimo y se conservó el 6% con dos salarios mínimos. Se observa que hay una pequeña variación del 12% de personas que disminuyen sus ingresos que al analizarlo con ocupación se presentan por el cambio que se da en 2 pacientes que ingresan a la cárcel después del diagnóstico de la enfermedad. El 82% manifestó desconocimiento en la enfermedad y tan solo el 12% tienen conocimientos de la misma. Se evidencia que los encuestados consideran que el mejor método de prevención es cubrirse con el tapabocas, seguido de estar en tratamiento. De la población encuestada tan solo el 12% presenta abandono del tratamiento de tuberculosis. El 82% de la población encuestada refiere que la enfermedad la produjo comportamientos no saludables, mientras que 18% de la población tiene creencias en que algunas doctrinas como la brujería y el castigo divino son causantes de la aparición de la enfermedad. El 76% de los pacientes con tuberculosis no habían tenido contacto con pacientes de la misma enfermedad. Los pacientes diagnosticados con TBC sienten con su diagnóstico un aislamiento en el 76% de los casos, en un 46% por los amigos. Al analizar los conocimientos que tiene el cuidador del diagnóstico observamos que el 65% no tiene aún conocimientos claros de la enfermedad. En los cuidadores podemos

	<p>observar que el 65% considera que los hábitos no saludables son los causantes de la enfermedad y un 35% consideran otras doctrinas como la brujería y el castigo divino como causantes. Al analizar a los cuidadores sobre el rechazo hacia el familiar con TB encontramos que 6 de ellos es decir el 35% sienten rechazo mientras que 11 de ellos es decir el 65% no sienten rechazo hacia su familiar diagnosticado.</p>
<p>Discusión</p>	<p>En la actualidad todavía se siente temor de confesar por parte del enfermo y su cuidador sobre el diagnóstico de la tuberculosis debido a factores como: el desconocimiento de la enfermedad en la sociedad y el rechazo social. Existen tabú sobre las causas que generan la patología como: la hechicería, la brujería, castigo divino cuya forma de curar es por medio de doctrinas culturales como el chamán, curanderos, astrólogos, y en menor porcentaje la medicina. Sin embargo la adherencia al tratamiento farmacológico se conserva. El diagnóstico de la enfermedad genera en el paciente cambios en su conducta religiosa, llevando a un acercamiento espiritual gracias a dicha patología. Los pacientes diagnosticados con TBC presentan una percepción de aislamiento se evidencia principalmente por los amigos ya que estos temen el contagio de la misma. A pesar del diagnóstico el apoyo familiar, las condiciones sociales como: ocupación, apoyo económico, estrato social no presentan cambios.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La tuberculosis como enfermedad crónica infecciosa de fácil transmisibilidad, afecta no sólo al paciente que la padece sino a toda la comunidad, por lo tanto es de interés de todos, la búsqueda y detección de casos hasta la curación de los mismos. Dada la connotación cultural y social, el paciente diagnosticado con TB puede llegar a sentir rechazo en las diferentes áreas en la cuales se desenvuelve, como lo es el área académica y laboral, esto se presenta por desconocimiento de la comunidad acerca de la enfermedad y de la efectividad del</p>

	tratamiento y la implementación de medidas sencillas como la higiene respiratoria. Los programas de TB de la mano con los aseguradores y los entes territoriales, deben implementar proyectos estratégicos en los que se socialice regularmente la situación de TB, como se diagnóstica, como se transmite, el éxito del tratamiento y especialmente la importancia de brindar apoyo emocional, familiar, espiritual y económico a los pacientes, todo con el objetivo de mantener la adherencia al tratamiento, lograr la curación y evitar la transmisión.
Título	38. CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE LA TUBERCULOSIS EN UN GRUPO DE PACIENTES Y SUS FAMILIARES DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D. C. UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA
Autor y Año	LUZ EVELSY LADINO GIL Año:2011
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.bdigital.unal.edu.co/4325/
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Creencias y prácticas sobre la tuberculosis en un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá, D. C. Una aproximación cualitativa; LUZ EVELSY LADINO GIL; 2011; Universidad Nacional de Colombia. Bogotá (Colombia),Pág. 2 – 216
Objetivo del artículo	Analizar e interpretar las creencias y prácticas sobre la tuberculosis pulmonar que tienen un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá, D.C.
Palabras Clave	Creencias y prácticas, tuberculosis pulmonar, salud pública.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento)	El presente estudio proporcionará información acerca de los que las personas creen y hacen con respecto a la tuberculosis en el contexto de una ciudad como Bogotá, ganando así una mayor comprensión de este fenómeno, que sin duda, beneficiará tanto a pacientes, familiares,

problema)	<p>como a la Comunidad en general. Igualmente será una base para orientar procesos educativos y procesos de atención en salud más coherentes y de calidad. Con respecto a lo anterior un gran número de expertos consideran fundamental desarrollar estudios sobre la percepción que trabajadores de la salud, la familia y el paciente tiene acerca de la enfermedad, porque es posible que estas contribuyan a la adherencia al tratamiento, aspecto muy importante a tener en cuenta durante el control y seguimiento del paciente con tuberculosis. Álvarez, Correa y Ríos, en su estudio sobre tuberculosis en habitante de calle mencionan que “la familia y la red social se convierten en informantes de la enfermedad y el tratamiento, con visiones parciales e inapropiadas acerca de la transmisión, los cuidados y el tratamiento que se debe seguir” la desinformación y la mala información con respecto a la tuberculosis, son elementos centrales en el discurso de familiares y pacientes. Se resalta la necesidad de una información más clara y completa, pues son muchas las inquietudes y dudas que les genera una enfermedad de éstas y la forma como está se produce. Se evidencia la necesidad de recibir información respecto a la enfermedad en medios de comunicación, como la televisión, radio, por medio de campañas, comerciales, programas o propagandas, internet o a través de folletos y que ésta esté dirigida no solo a pacientes y familiares, sino a la comunidad en general. Cuando la enfermedad ya ha sido diagnosticada se resalta la importancia de información básica, sencilla, sobre cuidados con el tratamiento, estilos de vida saludables, medidas de prevención, entre otras. Solicitan que la información con respecto a la tuberculosis se aborde de manera similar a como lo hacen con otras enfermedades de interés general. Hay percepción de que no solo la gente del común se ha olvidado de la enfermedad, sino que también el personal de salud. Los familiares son enfáticos en mencionar que conocieron la tuberculosis a través de esta experiencia</p>
------------------	---

	<p>con la enfermedad. Sugieren una mayor divulgación de la tuberculosis en los medios de comunicación, para conocer más acerca de la enfermedad, lo que podría disminuir el estigma y el temor asociado, haciendo importante énfasis en campañas de prevención y detección oportuna de la enfermedad.</p>
Muestra	<p>El presente estudio se hizo a partir de un grupo de participantes, el muestreo fue por conveniencia y saturación de la información con respecto a las creencias y prácticas sobre la tuberculosis.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se trató de un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo, de tipo etnografía enfocada, se utilizó observación participante y entrevistas en profundidad</p>
Resultados	<p>La presente investigación, muestra que la tuberculosis aún continua siendo una enfermedad que estigmatiza a quien la padece, elementos como la muerte, el peligro, la incertidumbre, el sufrimiento, siguen vigentes incluso en la población que ya ha tenido contacto con el equipo de salud (pacientes y familiares). “El contexto cultural en el que se desenvuelven los participantes del estudio, como formador de creencias y prácticas frente a aspectos como la salud y la enfermedad, hace parte importante de los factores que siguen determinando lo que se cree y se hace frente a una enfermedad como tuberculosis. Así, dentro de los aspectos culturales que la rodean, en el imaginario social todavía coexisten creencias antiguas que han sido transmitidas de generación en generación y que determinan unas prácticas frente a la enfermedad. “Cuando estas creencias y prácticas son desconocidas y el personal de salud “impone” su discurso, las acciones en salud podrían no cobrar sentido dentro de la experiencia del sujeto y por lo tanto no ser efectivas.” Los hallazgos muestran que es necesario seguir indagando sobre las creencias y prácticas en torno a la tuberculosis en este grupo poblacional (pacientes y familiares) y en otros (población no enferma, personal de salud, grupos indígenas, población afrocolombianas, pacientes con VIH, pacientes no adherentes) que permitan ampliar la</p>

	<p>perspectiva frente a una enfermedad que aún está presente y que afecta especialmente a los grupos sociales más vulnerables”.</p>
Discusión	<p>Se identifican aspectos importantes de que hacer como personal de salud en el campo de la salud pública, ante estos hallazgos. En primer lugar, es necesario reconocer la existencia de creencias y prácticas frente a una enfermedad como la tuberculosis, que tiene una explicación y una lógica interna de acuerdo a una visión de mundo determinada por el contexto cultural; no obstante, dicho reconocimiento no implica que estén deban ser aprobadas en su totalidad. Así, es necesario identificar cuáles de estas creencias y prácticas son benéficas y cuales constituyen un riesgo para la salud, para reforzarlas o reorientarlas según sea el caso; de manera que se permita llegar a una atención en salud, que reconozcan lo cultural como aspecto fundamental en la experiencia humana. “Al respecto Vásquez plantea que “El cuidado cultural implica detenernos un poco para pensar (antes de juzgar a alguien), si una creencia o practica de cuidado podría permanecer, pues refuerza la autonomía de autocuidado, es inocua, o en el mejor de los casos, benéfica para su salud. Si, por el contrario, la creencia o práctica puede llegar a ser un riesgo para la salud, se podría negociar un acuerdo, posiblemente apoyando la creencia pero sugiriendo o reacomodando una práctica más benéfica”. Así como plantea esta autora, se requiere de un diálogo de saberes que parta del respeto de las diferencias en las concepciones culturales frente a la salud y la enfermedad de un grupo social determinado, para lograr acciones más efectivas, que en caso de la tuberculosis podría contribuir a la disminución del tabú y el estigma frente a la enfermedad”.</p>
Análisis Personal	<p>El programa de control de la TB, el diagnóstico y tratamiento de la TB tienen una gran componente clínico, sin embargo, la tuberculosis es entendida por pacientes y familiares como una enfermedad que trasciende el</p>

	<p>pulmón enfermo, la afectación va más allá de la dimensión biológica, para adentrarse en lo psicológico y lo sociocultural, donde las creencias y prácticas de las personas diagnosticada con tuberculosis y sus familiares permanezcan a lo largo del proceso salud enfermedad.</p> <p>El estudio mostro diferentes aspectos socioculturales alrededor de la enfermedad que deben ser tenidos en cuenta por el personal de salud que atiende a los pacientes. “Se identificaron creencias y prácticas sobre la TB, de pacientes y familiares, que podrían clasificarse como prescriptivas (seguir el tratamiento anti-TB, reforzar la alimentación), restrictivas (no fumar, no suspender el tratamiento anti-TB) o tabú (tener relaciones sexuales durante el tratamiento puede dañarlo), de acuerdo a los planteamientos de Purnell, que son aprendidas y modificadas en el contexto cultural en el que estos se desenvuelven los pacientes”.</p>
Titulo	39.LA PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA POR INMUNOTERAPIA COMBINADA
Autor y Año	Simona Buccheri , Rajko Reljic, Nadia Caccamo, Serena Meraviglia, Juraj Ivanyi, Alfredo Salerno, Francesco Dieli. Año: 2008.
Ubicación del articulo (base datos)	http://www.theunion.org/what-weo/publications/spanish/pub_interventions_spa.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	<p>La prevención de la recaída después de la quimioterapia de la infección tuberculosa por inmunoterapia combinada</p> <p>Simona Buccheri , Rajko Reljic, Nadia Caccamo, Serena Meraviglia, Juraj Ivanyi, Alfredo Salerno, Francesco Dieli. Elsevier. 2008, Pág. 91-94</p>
Objetivo del artículo	Conocer la efectividad de la inmunoterapia combinada suma a la quimioterapia de corto plazo

Palabras Clave	Tuberculosis, citoquinas, anticuerpos, inmunoterapia, recaída.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La quimioterapia de la tuberculosis (TB) puede tener una curación muy alta sin embargo si no hay adherencia por parte del paciente puede conducir a la recaída, a la transmisión de la infección y a la aparición de cepas resistentes a los fármacos.</p> <p>A través de varios modelos experimentales se ha intentado instaurar la inmunoterapia como un complemento de la quimioterapia. A través de un estudio se informó que el dipéptido de muramilo puede reducir la recaída parcialmente en los pulmones, pero no en los bazo de ratones. Teniendo en cuenta los avances y la importancia de los potenciales objetivos clínicos, la investigación sobre el concepto de inmunoterapia, como complemento de la quimioterapia de la tuberculosis, ha sido recomendada. El estudio se inició bajo la influencia directa de un anterior experimento que mostro que la vacunación pasiva con un anticuerpo monoclonal de ratón IgA (mAb) contra el antígeno a- crystallin (Acr) de Mtb, junto con IFNg, redujo la infección pulmonar y la patología en ratones BALB / c y la combinación de este régimen con la inoculación de la IL- 4 de anticuerpos neutralizantes fue aún de mayor protección. El régimen de inmunoterapia combinada compuesta de IFNg + IgA + anti-IL- 4 se evaluó en este estudio por su capacidad para reducir la recaída espontánea de la infección tuberculosa activa después de corto plazo (incompleta) de quimioterapia.</p>
Muestra	6 ratones se mantuvieron en condiciones libres de patógenos específicos. Se infectaron 6 ratones por grupo (emparejados por sexo y edad entre 8 y 10 semanas) y posteriormente se les aplico CIT.

Intervención y proceso medición	<p>La Quimioterapia de ' corta duración ' implicaba la entrega de 25 mg de Isoniazida (INH) y 10 mg de Rifampicina (R) por 100 ml de agua potable a partir del día 14 después de la infección, durante un período de 4 semanas. Este régimen se conoce porque disminuye los recuentos de CFU casi completamente en los pulmones y el bazo, pero seguido de una recaída rápida espontánea (' rebrote ') de bacilos de la tuberculosis dentro de un período de 2-4 semanas. Posteriormente se realiza inmunoterapia combinada (CIT), a través de un calendario de inoculaciones semanales de los agentes respectivos (IFNg, anti - IL4, IFNg y TBA61). A continuación a través de diferentes pruebas y métodos se evaluaron los resultados (Nitrito, de citoquinas y ensayos de quimioquinas, Histología y morfometría) y se realizó un análisis estadístico.</p>
Resultados	<p>Los resultados mostraron que al final de las 4 semanas de tratamiento con INH/R las UFC en los pulmones estaban por debajo de la detección en 4 de cada 6 ratones (85 UFC), favorecido por la inoculación en diferentes momentos de la infección.</p>
Discusión	<p>La CIT sustancialmente alivia una recaída espontánea, después de una quimioterapia a corto plazo con INH/R, en los ratones con pulmones infectados con MTB. Utilizar un calendario de tiempo para las inoculaciones influencio en la eficacia, evitando casi por completo la recaída. El mejor resultado de obtuvo cuando se administró el CIT en la quinta semana después de la infección por MTB, es decir en la tercera semana de quimioterapia.</p>
Análisis Personal	<p>La duración del tratamiento antituberculoso sumando a los efectos adversos, se constituye en un factor de riesgo para que los pacientes abandonen con la alta probabilidad de reingresar con un cuadro clínico más comprometido, favoreciendo la transmisión a sus contactos y en el peor de los casos el abandono puede ocasionar amplificación de cepas resistentes, que implica un tratamiento de mayor costo y mayor duración. La</p>

	<p>implementación de nuevas terapias con el objetivo de disminuir el tiempo del tratamiento sería un avance positivo en la lucha contra la tuberculosis, sin embargo métodos como los que muestra este estudio pueden tardar un largo periodo en ser implementados en seres humanos y su costo puede ser elevado.</p>
Título	40. LA RECAÍDA DE LA TUBERCULOSIS CONTRA LA TUBERCULOSIS PRIMARIA; POR SUPUESTO, PATOGÉNESIS Y TERAPIA EN RATONES
Autor y Año	<p>Jurriaan E.M. de Steenwinkel, Gerjo J. de Knecht a, Marian T. ten Kate, Henri A. Verbrugh, R. Hernandez-Pando, Pieter J.M. Leenen, Irma A.J.M. Bakker-Woudenberg</p> <p>Año:2012</p>
Ubicación del artículo (base datos)	http://intl.elsevierhealth.com/journals/tube
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	<p>La recaída de la tuberculosis contra la tuberculosis primaria; Por supuesto, patogénesis y terapia en ratones</p> <p>Jurriaan E.M. de Steenwinkel, Gerjo J. de Knecht a, Marian T. ten Kate, Henri A. Verbrugh, R. Hernandez-Pando, Pieter J.M. Leenen, Irma A.J.M. Bakker-Woudenberg</p> <p>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Departamento de Patología, Sección de Patología Experimental, Ciudad de México, México, Erasmus MC, Departamento de Inmunología, Rotterdam, Países Bajos</p> <p>Pág. 213- 321</p> <p>Año 28 noviembre 2012</p> <p>Revista Elsevier</p>

Objetivo del artículo	Evaluar las diferencias entre la tuberculosis primaria y la recaída de tuberculosis en términos de cargas de micobacterias en órganos infectados, (inmunoterapia) histopatología, y las concentraciones de citoquinas en plasma.
Palabras Clave	Mycobacterium tuberculosis, tuberculosis, recaída, La falta de adherencia, modelo marino.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La tuberculosis sigue siendo una enfermedad infecciosa que se requiere extremadamente un largo tratamiento, varios estudios están en curso para reducir la duración del tratamiento con nuevos medicamentos contra la tuberculosis, preservando eficacia en el tratamiento, sin embargo lo mínimo de un tratamiento es seis meses, terapia que con lleva a muchos problemas, entre los que la alta proporción de los pacientes no se adhieran fácilmente al tratamiento, la tuberculosis como resultado de este incumplimiento (falta de adherencia) de los pacientes, especialmente en Tuberculosis/VIH pacientes coinfectados parece que hay un mayor riesgo de fracaso de la terapia, lo que resulta en la recaída de la infección o desarrollo de resistencia a los medicamentos sensibles. Estos problemas son los que con llevan a buscar pacientes y darles una tratamiento de observación directa y esto lleva a que abandone la terapia y entonces la infección se vuelve recurrente en tuberculosis.
Muestra	Fueron estudiados 3 ratones con tratamiento de tuberculosis, para evaluar las diferencias entre la tuberculosis primaria y la recaída.
Intervención y proceso medición	Se trata de un estudio evaluativo.
Resultados	La tuberculosis Primaria y el incumplimiento tratamiento es una recaída de la tuberculosis, durante los La infección tuberculosa primaria en pulmón, el bazo y el hígado aumentaron respectivamente hasta 2,1/ 107 ,1.4/3.7, 107, 0.3, 105, 0.2e1.0, 105 y 0,6, 105, 0,2e, 1.3, 105, se inició órgano en la semana 4 de tratamiento de

	<p>tuberculosis, donde resulto en una disminución de la carga micobacterias tuberculosa, después de la semana 13 a la 17 el tratamiento se detuvo, y desde ese momento el tiempo de recaída de la tuberculosis tuvo una carga de 0,7, 103,0.1e1.6, 103 en el pulmón, en el bazo y en el hígado, respectivamente se mantuvo ese nivel hasta la semana 56. Alrededor de la mitad de los ratones con la recaída de la tuberculosis desarrolló TB extrapulmonar. En ninguno de los animales recayeron rifampicina resistente o resistente a la isoniazida, mutantes se cultivaron a partir de los órganos infectados. La histopatología de la tuberculosis primaria y la recaída de la tuberculosis mostraron infiltrados inflamatorios crónicos alrededor de los vasos sanguíneos de tamaño medio y en la pared de las vías respiratorias y, en una etapa posterior, parches neumónica en convivencia con granulomas de tamaño medio. En contraste, primaria infección se caracteriza histológicamente por la neumonía progresiva, con infiltrado inflamatorio leve esencialmente poblada por los linfocitos. Sin embargo, en el inicio de la recaída de la tuberculosis, los ratones mostraron granulomas pequeños rodeados por los hepatocitos.</p>
<p>Discusión</p>	<p>En el presente estudio se investigaron los rasgos característicos de la tuberculosis primaria frente a la recaída de la tuberculosis en un modelo murino imitando de cerca la infección natural de la tuberculosis humana. El fenómeno más prominente que observamos fue la carga micobacteriana sustancialmente menor en órganos infectados sin fluctuación significativa durante la recaída, en comparación con la infección primaria. Además, los ratones con recaída de tuberculosis no mostraron signos de enfermedad, y ninguno de los ratones murió.</p> <p>El éxito terapéutico del tratamiento estandarizado, el hallazgo de la recaída de tuberculosis es notable, ya que el tratamiento dio respuesta positiva de una baja susceptibilidad de infección cuando el tratamiento es cumplido. Sin embargo, durante todo el tratamiento y el</p>

	período post-tratamiento de la tuberculosis primaria y la recaída de la tuberculosis, rifampicina o isoniazida resistente mutantes micobacterias tuberculoso nunca fueron seleccionados.
Análisis Personal	En el presente estudio muestra que la tuberculosis primaria y la recaída son diferentes en términos de carga de micobacterias en órganos infectados, los niveles circulantes de citoquinas y la histopatología. Aunque la recaída de la tuberculosis el aumento de la carga micobacteriana en los órganos infectados, es lenta y limitada que refleja una baja población micobacteriana, anti tuberculosa de los seis meses de tratamiento estandarizado, lo importante es lograr una terapia curativa en tuberculosis, la aparición de resistencia a los medicamentos durante y después del tratamiento no volvieron a estar en recaída.
Título	41. LA SECUENCIACIÓN DEL GENOMA COMPLETO PARA ESTABLECER LA RECAÍDA O RE-INFECCIÓN CON MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: UNA RETROSPECTIVA.
Autor y Año	Josephine M Bryant, Simon R Harris, Julian Parkhill, Rodney Dawson, Andreas H Diacon, Paul van Helden, Alex Pym, Aziah A Mahayiddin, Charoen Chuchottaworn, Ian M Sanne, Cheryl Louw, Martin J Boeree, Michael Hoelscher, Timothy D McHugh, Anna L C Bateson, Robert D Hunt, Solomon Mwaigwisya, Laura Wright, Stephen H Gillespie, Stephen D Bentley Año:2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(13)70231-5
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	LA SECUENCIACIÓN DEL GENOMA COMPLETO PARA ESTABLECER LA RECAÍDA O RE-INFECCIÓN CON MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: UNA RETROSPECTIVA. Josephine M Bryant, Simon R Harris, Julián Parkhill,

	<p>Rodney Dawson, Andreas H Diacon, Paul van Helden, Alex Pym, Aziah A Mahayiddin, Charoen Chuchottaworn, Ian M Sanne, Cheryl Louw, Martin J Boeree, Michael Hoelscher, Timothy D McHugh, Anna L C Bateson, Robert D Hunt, Solomon Mwaigwisya, Laura Wright, Stephen H Gillespie, Stephen D Bentley.</p> <p>División de Neumología, Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sur África (Prof Rawson MD); DST / NRF Centro de Excelencia Biomédica Tuberculosis Investigación, Centro de MRC para Biología Molecular y Celular, División de Biología Molecular y Genética Humana, Universidad de Stellenbosch, Tygerberg, Sudáfrica</p> <p>Pág. 786- 792</p> <p>Año 21 noviembre 2013</p> <p>Revista Biomédica</p>
Objetivo del artículo	<p>Evaluar las diferencias entre la tuberculosis primaria y la recaída de tuberculosis en términos de cargas de micobacterias en órganos infectados, (inmunoterapia) histopatología, y las concentraciones de citoquinas en plasma.</p>
Palabras Clave	<p>Mycobacterium tuberculosis, tuberculosis, recaída, La falta de adherencia, modelo marino.</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La tuberculosis es una infección pulmonar crónica que puede reaparecer después del tratamiento con éxito inicial. La prevalencia de tuberculosis recurrente en todo el mundo se piensa que es baja; La OMS ha estimado que, de los 6 · 2 millones de casos de tuberculosis en 2011, aproximadamente el 5% eran recurrentes. La recurrencia puede ocurrir por dos medios: la recaída de la infección primaria que el tratamiento no ha logrado erradicar o re-infección con una cepa exógena no relacionado. Los investigadores evaluar la proporción de recurrencias causada por la re-infección; ambas infecciones mixtas (la presencia de más de una cepa) y la reinfección exógena ocurren a menudo y la tasa de reinfección es relacionado a la infección de la tuberculosis. Existen regiones de alta incidencia como</p>

	<p>por ejemplo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica-reinfección es común, con un estudio de clasificación de 77% de las recidivas como re-infección. Las tasas de reinfección se asocian con infección de VIH, por ejemplo, en la India, se estima que 88% de las recidivas en pacientes VIH-positivos fueron causados por la reinfección en comparación con sólo el 9% en pacientes VIH-negativo la resolución de tipificación molecular establecieron técnicas limitadas por la naturaleza altamente monomórfica de la población de Mycobacterium tuberculosis. Los genes en estas familias han sido excluidos de los análisis debido a su alta guanina y el contenido de citosina y su naturaleza repetitiva, que hacen que la secuenciación y ensamblaje del genoma dificulte. A pesar de que representa casi el 10% de la capacidad de codificación del genoma, la función de los genes PE y PPE es desconocido.</p>
Muestra	<p>Se evaluaron 50 pacientes que fueron seleccionados aleatoriamente en tratamiento previo y no tratados previamente con por Micobacterio tuberculosis de Malasia, Sudáfrica y Tailandia.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se trata de un estudio observacional</p>
Resultados	<p>La secuencia del genoma completo para muestra apareadas de 50 pacientes (11 de los cuales eran VIH positivos), ninguno de los aislados mostraron resistencia a los fármacos, como medido por tubo indicador de crecimiento de micobacterias las pruebas de sensibilidad del genoma. Para 96 de la muestras (47 pacientes-pares más dos pares donde el resultado fue no obtenido a partir de una muestra y otro par, donde Ambos aislados fallado en secuencia; se obtuvo una cobertura promedio de 120 veces. Se excluyeron cuatro muestras debido a la mala cobertura o la contaminación con una no Micobacteria tuberculosa.</p> <p>Cinco casos fueron definidas clínicamente como único aislado positivos. Estos casos se han definido por todo el</p>

	<p>genoma gestión. Nuestros hallazgos proporcionan la prueba de principio que cuando un paciente está infectado con una sola cepa, la secuenciación puede distinguir de manera inequívoca recaída y la re-infección. Durante los ensayos clínicos de tratamiento de la tuberculosis, una sola cepa se aisló durante la selección de pacientes, que se supone que es representativa. Aunque el método bacteriológicos de nuestro estudio se centraron en la aislamiento de una sola cepa, seis pacientes habían mezclado infección. Cuatro de estos pacientes habría sido clasificado como re-infectado utilizando tipificación Miru-VNTR solo. Para identificar la infección mixta que podrían ser incorrectamente identificado como re-infección.</p>
Discusión	<p>El estudio evalúa la secuencia de recaída y reinfección con tuberculosis con tuberculosis. Los ensayos clínicos para el manejo de la tuberculosis. Nuestros hallazgos proporcionan la prueba de principio que cuando un paciente está infectado con una sola cepa, la secuenciación puede distinguir de manera inequívoca una recaída y la re-infección.</p> <p>En general, la diversidad genética de la recaída y la reinfección en casos se superponen cuando se evaluó con Miru-VNTR loci, pero estaban claramente separados cuando usamos todo el genoma cribado. Nuestros datos sugieren que la relación entre los dos métodos para la tasa de variación es generada no lineal y que la acumulación regular de SNPs es un marcador más fiable de la relación genética entre cepas.</p> <p>Esto muestra que la diversidad en estos genes-descontados de la mayoría de los estudios previos del genoma puede ser capturada con tuberculosis primaria. No se detectaron variaciones-es decir, SNPs, inserciones, o detecciones entre cualquiera de los pares de recaída. La falta de la diversidad en estos genes sugiere que la variación dentro de pacientes es baja; lo que indica que tal diversidad no pueden ser el mecanismo de escape inmune, como anteriormente</p>

	<p>postulado. Los hallazgos encontrados deben ser objeto de seguimiento en estudios posteriores porque implica que la reinfección requiere la nueva cepa para ser significativamente genéticamente difícil de infectar la cepa originalmente. Si confirmó, podría indicar que reinfección se debe a la infección primaria lo que no proporciona una protección inmune suficiente contra cepas alejadas, lo cual es de importancia para el diseño de futuras vacunas.</p>
Análisis Personal	<p>Es importante resaltar la secuencia del genoma entero proporciona un nuevo enfoque para evaluar la evolución de tensión y la disponibilidad de los pares de una muestra que va a proporcionar una oportunidad única de evaluar el papel de la tecnología en el ámbito clínico, hay importantes hallazgos en este estudio como el diseño de ensayos clínicos, especialmente en relación con infecciones mixtas y contaminaciones que pueden resultar en el laboratorio, se resalta que la reinfección a los pacientes con tuberculosis podría ser causada por la ausencia de protección inmunológica, lo que podría pensarse en el diseño de vacunas para el control de la tuberculosis.</p>

Título	42.ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS: EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE SERVICIOS DE SALUD
Autor y Año	Tiemi Arakawa, Ricardo Alexandre Arcêncio, Beatriz Estuque Scatolin ³ , Lúcia Marina Scatena, Antônio Ruffino-Netto, Tereza Cristina Scatena Villa. Año: 2011
Ubicación del artículo (base datos)	www.eerp.usp.br/rlae Rev. Latino-Am. Enfermagem
Citación Bibliográfica del artículo en	ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS: EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE SERVICIOS DE SALUD Tiemi Arakawa, Ricardo Alexandre Arcêncio, Beatriz

Vancouver)	Estuque Scatolin ³ , Lúcia Marina Scatena, Antônio Ruffino-Netto, Tereza Cristina Scatena Villa. Año: 17 enero 2011 Pág. 2-9
Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio fue analizar la accesibilidad de los pacientes al tratamiento de tuberculosis (TB) en Ribeirao Preto, ciudad del interior del estado de Sao Paulo.
Palabras Clave	Tuberculosis; Terapia por Observación Directa; Evaluación de Servicios de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La Organización Mundial de Salud (OMS) destaca la importancia de la dimensión organizacional y de desempeño de los servicios de salud en las acciones de control de la tuberculosis (TB), afirmando que el <i>problema no está en las formas de detección y tratamiento, pero, si, en la forma de organización de los servicios de salud para detectar y tratar los casos de tuberculosis</i>. La estrategia DOTS (<i>Directly Observed Therapy, Short-course</i>), hoy expandida por el plano STOP-TB, refuerza esta idea al constituirse en una política para el control de la tuberculosis dentro del sistema de salud, en lugar de simplemente un protocolo de abordaje clínico.</p> <p>La atención a la TB implica, también, lidiar con una enfermedad considerada como condición crónica, que exige habilidades específicas para una atención diferenciada, por tratarse de una enfermedad de larga duración. Se sabe que la falta de adherencia al tratamiento de la tuberculosis, que dura, por lo menos 6 meses, consiste uno de los aspectos más desafiantes del control de la enfermedad, ya que repercute en el aumento de los índices de mortalidad, incidencia y multidrogarresistencia.</p> <p>Estudios nacionales e internacionales muestran que la obtención del suceso terapéutico se extiende más allá de la eficacia farmacológica, existiendo obstáculos a la continuidad del cuidado de la salud durante el</p>

	<p>tratamiento de la tuberculosis relacionados tanto a factores intrínsecos de la terapéutica, como al paciente, y al modo como el servicio se organiza para prestar asistencia. Se suma el hecho de que la adherencia al tratamiento extrapola el abordaje que reduce las necesidades de la salud de un individuo a los aspectos clínicos y biológicos, una vez que la tuberculosis es una enfermedad directamente asociada e influenciada por la estructura social experimentada por los que de ella se enferman.</p> <p>En esta perspectiva, es fundamental conocer como los usuarios evalúan la atención a ellos prestada, para repensar e intervenir sobre la forma de organización de los servicios, objetivando mejor calidad en la asistencia, una vez que, “cualquier definición de un sistema de asistencia a la salud debe considerar las dimensiones de la accesibilidad a fin de que los avances teóricos, relativos a la organización sectorial, se transformen en prácticas en el interior de los servicios”.</p>
Muestra	<p>Fueron entrevistados 100 pacientes que iniciaron el tratamiento de tuberculosis entre 2006-2007, utilizando un cuestionario estructurado basado en la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (PCAT).</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se trata de un estudio evaluativo, de recorte cuantitativo. De acuerdo con el referencial teórico utilizado. Este estudio fue desarrollado en Ribeirao Preto, un municipio de gran aporte en la región oeste del interior del estado de Sao Paulo - SP. En este municipio, la asistencia a individuos enfermos de tuberculosis es realizada por medio de equipos especializados del programa municipal de control de tuberculosis, actuantes en unidades de referencia (unidades básicas, unidades distritales de salud y centros de referencia) localizadas en cada uno de los 5 distritos de salud existentes. Cuatro unidades de referencia participaron del estudio. Previamente, un censo de la población de individuos enfermos de tuberculosis en tratamiento en el municipio fue realizado,</p>

	<p>resultando en 167 casos. Fueron excluidos pacientes de tuberculosis pertenecientes a la población carcelaria del municipio, los no residentes en el municipio de estudio y los menores de 18 años. En total, participaron del estudio 100 individuos en tratamiento en las unidades de referencia del municipio de 2006 a 2007.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Se realizó entrevistas con los individuos, por medio de la aplicación de un cuestionario semiestructurado basado en los instrumentos componentes del Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (PCAT), validado en Brasil y adaptado para las acciones de control de la tuberculosis. Este instrumento contiene cuestiones sobre cada dimensión esencial de la APS (puerta de entrada, acceso, vínculo, coordinación, enfoque en la familia, conjunto de servicios y formación profesional). Para análisis de la accesibilidad al tratamiento fueron consideradas cuestiones colocadas en las dimensiones acceso y conjunto de servicios. Cada pregunta del cuestionario fue respondida según una escala de posibilidades preestablecida - escala de Likert - en la cual los valores de 1 a 5 registraron el grado de relación de preferencia o concordancia de las afirmaciones. Los indicadores creados para cada pregunta corresponden al valor promedio obtenido por la sumatoria de todas las respuestas de todos los pacientes entrevistados y dividido por el total de encuestados. El desempeño de cada indicador fue clasificado como: valores promedios próximos de 1 y 2 - desempeño <i>insatisfactorio</i>, para valores próximos de 3 - <i>regular</i> y para valores próximos de 4 y 5 - desempeño <i>satisfactorio</i>. Los indicadores fueron entonces analizados individualmente y comparados entre las cuatro unidades de salud. Para evaluar la accesibilidad al tratamiento en las unidades de referencia, los datos fueron sometidos al análisis de varianza (<i>one-way ANOVA</i>). La suposición de igualdad de varianza (homocedasticidad) requerida por la ANOVA fue verificada por la prueba de Bartlett. El análisis de varianza fue aplicado, por lo tanto, en las variables que</p>

	<p>satisficieron las presuposiciones de independencia, homocedasticidad y normalidad. Para aquellas variables que presentaron violación de los criterios para el uso de la ANOVA se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskall- Wallis. El nivel de significancia estadística adoptado en todas las pruebas fue de 5%. Atendiendo a la resolución 196/96, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto (protocolo) y fue registrado en el SISNEP/ CONEP – Consejo Nacional de Ética en Investigación.</p>
Discusión	<p>“Cuando un problema de salud exige atención, el sistema de salud debe estar organizado de forma a garantizar que la atención al primer contacto sea alcanzada, y que esta atención sea continua y pueda satisfacer las aspiraciones del individuo que precisa de ella. El ofrecimiento de consultas médicas con facilidad, sean estas consultas de control (mensuales) o de emergencia (en el plazo de hasta 24 horas), pueden indicar que las unidades de referencia mantienen la regularidad de las consultas de control, garantizando el acompañamiento de la evolución del tratamiento de tuberculosis, y también garantizan agilidad en situaciones eventuales, posibilitando la atención cuando el individuo presenta la necesidad. El apareamiento de reacciones adversas a los medicamentos es una situación común en pacientes que se encuentran en la fase inicial del tratamiento, hecho que implica prestar cuidados y atención especial por parte del equipo de salud responsable. La espera por consulta médica, evaluada como satisfactoria en este estudio, también representa un elemento facilitador de la continuidad de la atención, una vez que estrechar la relación médico paciente y una mejor organización de la atención reducen el tiempo de espera para la consulta. La demora en la atención y horarios incompatibles con los turnos en el empleo pueden llevar a la pérdida del día de trabajo del paciente. La literatura resalta que la rigidez en la rutina de atención por parte de los servicios de</p>

	<p>salud agrava las dificultades económicas y sociales experimentadas por los individuos portadores de tuberculosis. El tratamiento de tuberculosis impone una carga financiera significativa en los enfermos, muchos de estos sin condiciones para arcar con gastos adicionales por ser responsables por el sustento de su familia. Cuando se reconoce la influencia de factores socioeconómicos en la adherencia al tratamiento de tuberculosis, se percibe que, mismo cuando el tratamiento es gratuito, la ausencia de beneficios o soporte para cubrir gastos con transporte, vivienda y comida puede obstruir la continuidad del tratamiento. El ofrecimiento de soporte como la ayuda para el desplazamiento y cesta básica exige de los servicios de salud una articulación con otros equipamientos de servicio social, y ejemplifica la interrelación entre accesibilidad organizacional y económica.”</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Los servicios de salud deben garantizar el acompañamiento del tratamiento de los enfermos con tuberculosis, deberían estar organizados de forma centralizada y contar con equipo especializados que garanticen una excelente atención a los usuarios, en este estudio se identificó que los pacientes muchas veces abandonan el tratamiento, porque no pueden asumir los gastos que les genera como en el desplazamiento hasta el servicio de salud e insuficiente ofrecimiento de acciones de soporte social (como ayuda de desplazamiento y canasta familiar básica para sobrevivir como ser humano).</p> <p>De lo anterior se ve la necesidad de efectuar Investigaciones evaluativas de modo a reorientar las prácticas de atención a la tuberculosis, auxiliando en el proceso de formulación de nuevas estrategias para identificación de barreras en la continuidad del cuidado por el paciente.</p>

Titulo	43. MARCADORES DE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO PARA LA PREDICCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA FASE INTENSIVA TERAPIA DE LA TUBERCULOSIS.
Autor y Año	Aalf Baumann a, b, c, *, Susanne Kaempfer b, Novela N. Chegou un Nonhlanhla F. Nene una, Hanne Veenstra una, Ralf Spallek b, Chris T. Bolliger c, Pauline T. Lukey d, Paul D. van Helden un Mahavir Singh b, Gerhard Walzl Año:2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://intl.elsevierhealth.com/journals/tube
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Marcadores de diagnóstico serológico para la predicción de los resultados de la fase intensiva terapia de la tuberculosis Aalf Baumann a, b, c, *, Susanne Kaempfer b, Novela N. Chegou un Nonhlanhla F. Nene una, Hanne Veenstra una, Ralf Spallek b, Chris T. Bolliger c, Pauline T. Lukey d, Paul D. van Helden un Mahavir Singh b, Gerhard Walzl Centro NRF DST de Excelencia para la Investigación Biomédica Tuberculosis y MRC Centro de Biología Molecular y Celular de la División de Biología Molecular y Genética Humana, Departamento de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Stellenbosch, PO Box 19063, Tygerberg 7505, Sudáfrica, Lionex Diagnóstico y Terapéutica, Braunschweig, Alemania, Unidad de Respiratorio de Investigación de la Universidad de Stellenbosch, Facultad de Ciencias de la Salud, Tygerberg 7505, Sudáfrica, GlaxoSmithKline I + D, Gunnels Wood Road, Stevenage SG1 2NY, Reino Unido Pág. 239- 245 Año 20 septiembre 2012 Revista Biomédica
Objetivo del	Proporcionar una prueba-de datos y encontrar una

artículo	combinación óptima de serología - diagnóstico de la tuberculosis que pueden tener potencial para la predicción de la respuesta al tratamiento temprano.
Palabras Clave	Tuberculosis, La conversión del cultivo de esputo, El fracaso del tratamiento, recaída y Serodiagnóstico.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La estrategia de tratamiento estándar actualmente más eficaz es "el tratamiento breve bajo observación directa" (DOTS) y consta de una fase intensiva de cuatro fármacos de dos meses, seguido por una fase de continuación de dos fármacos de cuatro meses. La Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (UICTER) recomienda que las muestras de esputo se evalúan en el final de la fase intensiva-2 meses de tratamiento con el fin de monitorear al paciente y no llevarlo a el fracaso de la terapia,</p> <p>Es importante realizar un cultivo de inicio al paciente y realizar prueba de sensibilidad a los fármacos para excluir la farmacorresistencia.</p> <p>Se ha demostrado que se correlaciona con el fracaso al tratamiento y la tasa de recaída después de la terminación de la terapia, y la identificación oportuna d aquellos pacientes que muestran un tratamiento intensivo, y si a esto lo asociado con los resultados adversos al tratamiento como fracaso al tratamiento y la recaída.</p>
Muestra	Se incluyeron 21 personas con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva y 15 controles de individuos sanos sin signos clínicos de tuberculosis en la zona metropolitana del Cabo Town en África del Sur.
Intervención y proceso medición	Se trata de un estudio observacional
Resultados	El estudio se realizó a una población de 21 pacientes pulmonares baciloscopia positiva, todos los pacientes con tuberculosis se curaron después de seis meses de tratamiento estrictamente supervisado, y después de la fase de dos meses intensivos de tratamiento, 15 de los 21 pacientes fueron baciloscopia negativa, pero sólo

	<p>ocho eran con cultivo negativo. Por lo tanto se utilizó la el cultivo del BACTEC, como el indicador más sensible de la respuesta al tratamiento temprano. Ocho pacientes que mostraron la conversión del esputo en el 2 mes (respuesta rápida) tenía un rango de edad de 18 a 51 años, edad media de 34,2 años y cinco eran mujeres (62,5%). Los 13 pacientes que permanecieron con cultivo de esputo positivo (respuesta lenta) tenían un rango de edad de 19 y 50 años, con una edad media de 30,9 años y se incluyeron cuatro mujeres (30.8%). Las diferencias significativas entre responder rápido y lento en la RX de tórax, no se encontraron resultados al momento del diagnóstico, incluyendo extensión de la enfermedad y la presencia, número o tamaño de las cavidades. Se encontraron a prueba el poder predictivo combinado de los diferentes anticuerpos para la identificación de pacientes que responden al tratamiento de forma lenta utilizando el análisis discriminante (DA). Es importante identificar los pacientes que tienen una evolución lenta para brindarles un monitoreo de tratamiento riguroso y permitir la estratificación de línea de base de pacientes para garantizar la igualdad entre los grupos de tratamiento del estudio clínico.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Existe una considerable variabilidad en la respuesta a la quimioterapia para la tuberculosis pulmonar, incluso en pacientes que se encuentran infectados con cepas sensibles del Micobacterio tuberculosis. Aunque varios estudios han indicado que el fracaso del tratamiento y la recaída son más probables en aquellos pacientes con esputo sin éxito la conversión del cultivo por 2 meses de tratamiento, y la respuesta al tratamiento es de forma lenta, antes de predecir el estado en el mes 2 con tuberculosis pulmonar, se debe enfocar en los resultados del tratamiento importantes del tratamiento fallido o la recaída, la evaluación futura de esta prueba debe centrarse en el fracaso del tratamiento y la recaída, en particular, la identificación precoz de los pacientes en mayor riesgo de mal resultado. Una prueba de este tipo</p>

	puede tener aplicación en clínica del manejo de pacientes individuales y en los ensayos clínicos nuevos de tuberculosis.
Análisis Personal	El fracaso y la recaída afectan mucho a los pacientes con tuberculosis, ya que al inicio se les brinda un tratamiento estandarizado que puede estar creando resistencia a los medicamentos y por eso la respuesta al tratamiento es lenta. Pero de acuerdo a varios estudios realizados se identificó que surgieron pacientes sin éxito y conversión del cultivo de esputo en el 2 mes de tratamiento (respuesta lenta) como factor de riesgo para el fracaso del tratamiento y la recaída. Sin embargo, antes que en el segundo mes sea positivo el paciente se debe identificar cual de ello se encuentra en un alto riesgo de resultados insatisfactorios para ofrecerles unas pruebas serológicas efectivas que identifican el medicamento a que el paciente está haciendo resistencia como son el cultivo y las pruebas de susceptibilidad.

Título	44.VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN TRATAMIENTO DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI EN EL AÑO 2013
Autor y Año	Adriana Pilar Chacón Maldonado y Vanessa Bustamante, MD. MPH. Año 2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://rapi.epn.edu.ec/index.php/record/view/50625
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Adriana Pilar Chacón Maldonado y Vanessa Bustamante, MD. MPH. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN TRATAMIENTO DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI EN EL AÑO 2013. 2013; Pag: 1 - 40.
Objetivo del	Determinar cuál es el nivel de calidad de vida de los

artículo	pacientes con tuberculosis que se encuentran en tratamiento de la provincia de Cotopaxi en el año 2013,
Palabras Clave	Tuberculosis, Calidad de vida, adherencia al tratamiento, pacientes.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La tuberculosis es una enfermedad transmisible que conlleva un problema de salud pública en Ecuador, por lo que se han instaurado múltiples estrategias para impulsar la detección precoz y el tratamiento directamente observado y gratuito de la enfermedad; sin embargo en algunas ocasiones se deja de lado los componentes social y emocional de la patología, centrándose en el desarrollo biológico, sin tomar en cuenta que estos factores son fundamentales para la adherencia al tratamiento y el éxito o fracaso del mismo. Por esta razón es necesario evaluar el nivel de calidad de vida de los pacientes, en este caso de la provincia de Cotopaxi, para determinar cuáles son los ejes afectados y así diseñar estrategias de intervención dirigidas a mejorar dicha calidad de vida, así promover la cura y cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.</p> <p>“A pesar de los cambios en cuanto a la visión de la atención sanitaria para los pacientes con tuberculosis, todavía la mayor parte de la atención que se brinda a los afectados está dirigida a la cura y la prevención sin tener un enfoque del impacto sobre la calidad de vida, sabiendo que si se considera estos aspectos se puede optimizar la adherencia y el éxito del tratamiento (Marra, Marra, & Cox, Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis, 2004).”</p>
Muestra	Se trabajará con el universo de los pacientes mayores de 18 años tanto hombres como mujeres, afectados por tuberculosis en cualquiera de sus formas como son pulmonar BK+, pulmonar BK- cultivo+, pulmonar BK-cultivo- y Extrapulmonar de la provincia de Cotopaxi, comprendiendo sus seis áreas de salud (Latacunga, Pujilí, Salcedo, Saquisilí, La Maná y Pangua), que hayan ingresado al tratamiento hasta el mes de julio del 2013.

	<p>Se han identificado 27 pacientes que cumplen los criterios antes mencionados por lo que al no ser un número grande se decide trabajar con dicho universo.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se han realizado varios estudios con respecto a la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis, por lo que se debe partir por revisar el concepto de <i>Calidad de vida</i> ya que es un término que se ha venido utilizando desde la segunda guerra mundial para conocer la percepción de las personas acerca de su vida y más extensamente desde los 60' cuando tenía más un enfoque objetivo acerca de ingresos económicos, educación y vivienda, posteriormente se añade el enfoque subjetivo y de ahí se han desarrollado varias definiciones.</p>
Resultados	<p>Se revisan tarjetas de tratamiento de pacientes con tuberculosis en las respectivas unidades de salud para lo cual se cuenta con la autorización correspondiente por parte de la autoridad sanitaria.</p> <p>Se utilizará la encuesta de salud Short Form 36 (SF-36) misma que fue diseñada para uso del Medical Outcomes Study, MOS (Estudio de Resultados Médicos) en Estados Unidos a inicio de la década de los 90's y que resulta de gran utilidad para evaluar la calidad de vida de la población ya sea en forma general o en grupo que presentan alguna patología. Como su nombre lo indica está compuesta por 36 preguntas y valora ocho ejes que son: <i>función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental</i>. No se han encontrado investigaciones que validen este cuestionario en Ecuador pero sí en países latinoamericanos como Colombia y México (Vilagut, Ferrer, & Rajimil, 2005). Aunque se recomienda su autoadministración, también se acepta que sea aplicada por un encuestador, metodología que incluiremos en esta investigación debido a posibles equivocaciones en la interpretación de las preguntas y respuestas, ya que a pesar de que se utilizará la versión en español existen términos que deberán ser explicados para una adecuada</p>

	comprensión y para que se puedan obtener datos confiables.
Discusión	<p>Una vez obtenida la información se procesarán los datos obtenidos mediante los programas Excel 2007 y Epi Info 3.5.4, se realizará análisis univariado a través de frecuencias y gráficos como barras y pasteles, bivariado mediante tablas y se calculará el Alfa de Cronbach para comprobar la validez del instrumento utilizado, en este caso el cuestionario SF-36.</p> <p>Los cuestionario en físico se guardarán en un archivador personal con las debidas seguridades y el almacenamiento de la información digitalizada se hará en una base de datos de Excel y en el programa Epi-Info, en un computador con clave de acceso a través de un número asignado a cada paciente para garantizar la confidencialidad. Solo la investigadora principal tendrá acceso a los datos durante el proceso y los resultados serán compartidos con las unidades del Ministerio de Salud correspondientes y la Fundación Alli Causai financiadora del mismo y organización que brindará el apoyo requerido a los pacientes según las condiciones encontradas. Los datos serán guardados durante 5 años una vez finalizada la investigación y en la publicación se hará referencia al análisis de los datos sin detallar por ningún motivo nombres de los participantes, esta información sólo será compartida a las instituciones antes detalladas en el caso de ser necesario brindar soporte social.</p>
Análisis Personal	<p>Con este artículo de origen ecuatoriano que busca identificar acerca de la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis de la provincia de Cotopaxi, determinar los componentes más afectados en cuanto a los ejes físico, emocional y social y así determinar cuál sería la red de soporte social adecuada para ser estructurada e impartida a las personas afectadas.</p> <p>Lo importante es conocer que piensan los pacientes sobre la enfermedad en cuanto a su componente social y emocional, recordando y reforzando la importancia que</p>

	tienen estos aspectos en la vida de las personas que padecen Tuberculosis y poder brindar una atención integral que asegure el compromiso y responsabilidad que tienen tanto los pacientes como el personal de salud y la comunidad en general para luchar contra esta enfermedad.
Título	45. IMPORTANCIA CLÍNICA DEL NIVEL DE NEOPTERINA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR.
Autor y Año	Salih Cesur, Turan Aslan, Nevin Taci Hoca, Filiz C, imen , Guñ Inur Tarhan, Aydın C, ifc,i, Ismail Ceyhan, Tugñ rul S_ipit 2014.
Ubicación del artículo (base datos)	http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmyco.2014.01.002
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Importancia clínica del nivel de neopterin en pacientes con tuberculosis pulmonar. Salih Cesur, Turan Aslan, Nevin Taci Hoca, Filiz C, imen , Guñ Inur Tarhan, Aydın C, ifc,i, Ismail Ceyhan, Tugñ rul S_ipit Año: 13 de febrero 2014 pág. 5 – 8 ELSEVIER
Objetivo del artículo	Determinar la importancia clínica de los niveles de neopterin en pacientes con tuberculosis y se comparan con los niveles de los sujetos sanos.
Palabras Clave	Tuberculosis pulmonar, neopterin, Diagnóstico y Seguimiento.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La neopterin es un compuesto perteneciente a la pirazino pirimidina la clase de pteridina, que solo produce células vivas, la neopterin se produce a partir de trifosfatos de guanosina por interferón gamma. La neopterin es un importante marcador que juega un papel clave en la interacción de los monocitos/la

	<p>activación de los macrófagos, la neopterinina se demostró que ser un marcador sensible de reacciones inmunes medidas por células; por lo tanto, la identificación de los niveles de neopterinina en varios fluidos corporales tiene importancia diagnóstica en numerosas enfermedades incluyendo las enfermedades de los linfocitos T y los macrófagos. El <i>Mycobacterium tuberculosis</i> es un patógeno intracelular con la capacidad de vivir durante mucho tiempo en los macrófagos. La tuberculosis los bacilos que son fagocitados por los macrófagos no pueden ser asesinados por los leucocitos polimorfo nucleares. neopterinina es liberada por la estimulación de los virus intracelulares y bacterias, como la tuberculosis, y proporciona información sobre el estado de inmunidad mediada por células.</p>
Muestra	<p>Durante el período de estudio, 60 pacientes con tuberculosis (46 casos recién diagnosticados, 15 casos de recaída, y 9 casos de tuberculosis resistentes a múltiples fármacos) y 18 individuos adultos sanos fueron incluidos en el estudio.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se trata de un estudio evaluativo.</p>
Resultados	<p>Los niveles séricos promedio de neopterinina fueron de 23.74 ± 21.8 nmol / L (mediana: 18,3) en recién pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar; 28.69 ± 21.2 nmol / L (mediana: 21,2) en pacientes que recaen y 31.28 ± 14 nmol / L (mediana: 25,4) en la tuberculosis multirresistente de los casos, respectivamente. Los niveles séricos de neopterinina media eran $4,03 \pm 5,12$ nmol / L (mediana: 5,1) en sujetos sanos. Se encontró que los niveles de neopterinina en suero son significativamente mayor en los pacientes con tuberculosis que el grupo control. Hubo una correlación estadísticamente significativa entre la positividad neopterinina (neopterinina fue aceptado P10 nivel nmol / L es positivo) y los síntomas clínicos de la</p>

	<p>hemoptisis y pérdida de peso. Además de las correlaciones estadísticamente significativas entre la positividad y la neopterinina nivel de hemoglobina, velocidad de sedimentación, significa recuento de leucocitos y la implicación radiológica (localizada o difusa) se determinó. Los niveles de neopterinina en suero pueden ser utilizados como un hallazgo de laboratorio ayudante para el diagnóstico de los pacientes con tuberculosis. Para este fin, se necesitan más estudios controlados. ” Los resultados de este estudio son concordantes con el estudio de Gu ler et al”.</p>
Discusión	<p>La detección de concentraciones de neopterinina en los fluidos corporales proporciona información sobre la respuesta inmune mediada por células. Neopterinina es una molécula biológicamente estabilizada, por lo tanto los mensajes generados durante las respuestas inmunes pueden ser detectados fácilmente. Es ampliamente utilizado en el seguimiento de la infección por VIH. Neopterinina es producido por los macrófagos como respuesta a estimulación gamma interferón, y las concentraciones de neopterinina mostrar la activación inmune celular, La tuberculosis es una de las principales enfermedades infecciosas que causan mortalidad y morbilidad en el mundo. La inmunidad celular (activación de los macrófagos y la proliferación de linfocitos T) desempeña un papel importante en la patogénesis de la tuberculosis. Elevada niveles de neopterinina se presentan en pacientes con tuberculosis. .Informó de que los niveles de neopterinina en broncoalveolar lavado (BAL), las muestras de suero y orina de pacientes con TB fueron significativamente más altos que los que tenían cáncer de pulmón, neumonía y el grupo de control sano.</p>
Análisis Personal	<p>Este estudio se concluye que neopterinina de niveles eran marcadores inmunológicos de seguridad para evaluar la activación, situación y respuesta al tratamiento de los pacientes con tuberculosis, es importante evaluar los niveles de neopterinina tratamiento previo de los pacientes de tuberculosis (recién diagnosticados, los pacientes de</p>

	<p>recaída y la tuberculosis multidrogorresistente), resultaron ser significativamente mayor que el grupo control. La neopterina es un marcador útil en el diagnóstico y seguimiento de la tuberculosis, además es necesario realizar ensayos controlados para evaluar la eficacia de niveles de neopterina en el seguimiento de la enfermedad.</p>
Título	46. CONSTRUCCIÓN DE LA ADHERENCIA. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS EN TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS.
Autor y Año	AUTOR: Cecilia Dominguez diciembre 2012
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.margen.org/suscri/margen67/dominguez.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Cecilia Dominguez Comunicación educativa del personal de enfermería en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis, Microred Chiclay CONSTRUCCIÓN DE LA ADHERENCIA. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS EN TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS. Año 2012 Pag. 1 – 12
Objetivo del artículo	Reflexionar en torno a las estrategias de intervención del Trabajo Social en la adherencia al tratamiento de personas con tuberculosis que se atienden en el Consultorio Infanto Juvenil y de Control de Contactos y en el Servicio de Neumotisiología del Hospital Tornú en el período Noviembre 2011 / Marzo 2012.
Palabras Clave	Comunicación educativa, Enfermería, Tuberculosis.
Conceptos manejados en el artículo	El presente trabajo surge a partir de la rotación, durante el período Noviembre 2011 a Marzo 2012, por el Consultorio Infanto Juvenil y de Control de Contactos en

(Introducción-planteamiento problema)	<p>tuberculosis del Hospital Dr.E. Tornú, en el marco del primer año de la Residencia de Servicio Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.</p> <p>El trabajo se estructurará de la siguiente manera: en primer término se presentará la fundamentación de la importancia de este análisis, los objetivos que lo guían y una caracterización del espacio de trabajo. Dentro del desarrollo, en el primer apartado, se precisará una conceptualización de la adherencia y las variables de influencia. En el segundo se analizarán las estrategias de intervención aplicadas desde el Trabajo Social para contribuir a generar posibilidad de adherencia. Por último se desplegarán las conclusiones arribadas.</p>
Muestra	<p>Pacientes que son niños, niñas o adolescentes y realizan los controles de salud de los contactos de los/as adultos en tratamiento en el servicio de neumonología.</p>
Intervención y proceso medición	<p>La adherencia suele ser definida como el grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el equipo de salud. Esta definición, que hace hincapié en la posibilidad de cada paciente de obedecer las indicaciones del profesional, se encuentra relacionada con otro concepto, el de “cumplimiento terapéutico” (Betancurt y Pedraza, 2009: 62). Para definir acabadamente el concepto de adherencia se torna necesario partir de diferenciar estos dos términos. La definición de coincidencia entre actuaciones del paciente y recomendaciones médicas se ajusta más a la idea de cumplimiento terapéutico. Siendo la adherencia un concepto más abarcativo y atravesado por múltiples factores, debe ser pensada como un proceso que involucra la construcción de una relación singular entre el sujeto y el equipo de salud.</p> <p>La adherencia es un proceso mediante el cual el paciente y el equipo de salud, tomando en cuenta las particularidades del primero y los factores de influencia, pueden establecer un plan de acción que redunde en la consecución del tratamiento. Los factores de influencia son aquellas variables que pueden obstaculizar el</p>

	<p>proceso, que se relacionan entre otros, con las condiciones de vida, las representaciones del sujeto, las dificultades de acceso al sistema de salud, características clínicas particulares.</p>
Resultados	<p>Se realizaron entrevistas a los/as pacientes en tratamiento se desprende que al momento de recibir el diagnóstico las sensaciones más usuales son el miedo a la muerte, la vergüenza y la sorpresa por haber contraído esta enfermedad. Estas sensaciones inciden de manera diversa en la posibilidad de adherencia.</p> <p>El miedo a la muerte y la idea de que la tuberculosis es una enfermedad que no tiene cura se corresponde con la sensación de inevitabilidad. A la pregunta ¿qué conoces de la enfermedad?, Algunas respuestas fueron: <i>“sólo sé que si te contagias te morís”, “lo que siempre supe es que no tiene cura”, “para mi tuberculosis es como decir cáncer, es sinónimo de muerte”</i>. Puede observarse a partir de estas verbalizaciones que los sujetos no conocen la situación actual de la enfermedad y es usual que manifiesten creencias acerca de la tuberculosis como un padecimiento erradicado en el país. Este desconocimiento y los temores reseñados inciden en la posibilidad de adherencia ya que pueden implicar un obstáculo a la realización de las consultas o el inicio del tratamiento. Esto se observa sobre todo en aquellas situaciones en las cuales se comunica el diagnóstico sin brindar otro tipo de información más allá de la indicación de la medicación. Si no se conocen y retoman los supuestos de los sujetos en torno a la enfermedad y no se trabajan estos miedos puede ocurrir que la persona no logre iniciar su tratamiento o no se presente a la próxima consulta.</p>
Discusión	<p>La incidencia del diagnóstico además, se encuentra en vinculación con las representaciones en torno a la salud, la enfermedad y la atención y éstas influyen en la posibilidad de acceso al sistema de salud. Con relación a esto podemos mencionar la situación de E., paciente mujer de 45 años con tuberculosis pulmonar quien fue</p>

diagnosticada por los estudios de contactos de su hijo, quien había iniciado tratamiento un mes atrás. Al momento de la consulta a E. se la observa con resistencia y con una actitud de tensión y desconfianza hacia el equipo. Durante la entrevista social E. refiere que no cree estar enferma de tuberculosis, que considera necesario realizar más estudios y que de todas maneras no confía en que la medicación le vaya a hacer bien *“yo la voy a tomar pero me va a hacer mal y los responsables van a ser ustedes”*. Al indagar sobre la manera en la que resolvía sus situaciones de salud refiere que no creía en los médicos sino que confiaba en un *“padre que yo veo que cura gente cuando voy los sábados a la misa”*. La estrategia que se utilizó fue, en principio, no deslegitimar las creencias de la paciente más allá de no ser coincidentes con las del equipo de salud. En segundo lugar se planteó a E. la posibilidad de llegar a un acuerdo y que ella realizara ambas prácticas, es decir la toma de la medicación conjuntamente con la asistencia a las *“misas de curación del padre”*, reforzando la idea de que se le recomendaba la medicación porque según la experiencia del equipo el tratamiento concluía en su curación. Por último, se trabajó con el equipo tratante la necesidad de brindar espacio a las dudas de la paciente y que se interviniera en pos de generar mayor confianza, a partir de una explicación más precisa de las evidencias sobre las cuales se había realizado el diagnóstico y aplicado el tratamiento. Se considera que lo que resultó fundamental y lo que modificó la actitud de E. en relación a la confianza en el equipo, es el espacio abierto a la posibilidad de que compartiera sus creencias sin que sean desvalorizadas. Si bien es cierto que la paciente se había acercado, pese a su desconfianza en la medicina tradicional, a los estudios de contacto y las primeras consultas, se cree que una deslegitimación de su discurso o de sus creencias la habrían alejado del sistema de salud.

Análisis Personal	<p>Este artículo nos enseña que en la experiencia que obtuvieron con los contactos de tuberculosis, definen que la adherencia tiene múltiples variables de construcción en el proceso donde resulta fundamental la intervención con trabajador social para que los pacientes no tenga la idea de abandono o no cumplimiento de tratamiento y comenzar a pensar en posibilidad de una excelente adherencia al tratamiento.</p> <p>Donde es responsabilidad el paciente terminar su tratamiento y cumplir con las indicaciones medicas, pero la verdad para que un paciente cumpla en sus tratamiento el usuario debe ser trabajado con un equipo integral que brinde apoyo y una buena relación, que sea tratado con igualdad y que la política pública garantice en los derechos humanos y dentro de estos el derecho a la salud.</p>
--------------------------	---

Título	47. TUBERCULOSIS EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. ESTUDIO DESCRIPTIVO
Autor y Año	Elsa Bisero* a, Graciela Luque* a, María Elena Borda* b, Karina Melillo* a, Alejandra Zapata* c, Silvana Varela* AÑO: 2013
Ubicación del artículo (base datos)	elsibisero@yahoo.com.ar
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	<p>TUBERCULOSIS EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. ESTUDIO DESCRIPTIVO</p> <p>Elsa Bisero* a, Graciela Luque* a, María Elena Borda* b, Karina Melillo* a, Alejandra Zapata* c, Silvana Varela*</p> <p>AÑO: 2013</p> <p>Pag: 184 – 189</p>

Objetivo del artículo	Contribuir con la estrategia de reducción de la tuberculosis.
Palabras Clave	Tuberculosis, abandono de tratamiento, no- adherencia.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecto-contagiosa, granulomatosa crónica. Es prevenible, curable y su prevalencia tiende a disminuir naturalmente, sin embargo en las últimas décadas hubo un aumento, tanto en su incidencia como en su gravedad, es una enfermedad social que obedece a múltiples causas, donde las políticas de control de la enfermedad no pueden estar limitadas solo al tratamiento médico ⁷ . El estado actual de la tuberculosis infantil, desde el punto de vista epidemiológico, parece sobre todo atribuible al número de personas en convivencia estrecha con el caso índice, 2/3 de los niños que enferman lo hacen a través de esta situación. Los niños suelen ser el “evento centinela” de la TB, por fallas del sistema en el control de la enfermedad ⁷ . Cuando un niño presenta TB indica que la infección ha sido transmitida recientemente y que la persona que la transmitió puede ser todavía infectiva.
Muestra	Pacientes <16 años con diagnóstico de TB entre los años 2008 y 2009, atendidos en forma ambulatoria o en internación. Se incluyeron los niños con VIH.
Intervención y proceso medición	Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Población: Pacientes <16 años con diagnóstico de TB entre los años 2008 y 2009, atendidos en forma ambulatoria o en internación. Se incluyeron los niños con VIH. No se excluyó ningún paciente. Se utilizaron datos primarios, volcados en una planilla “ <i>ad hoc</i> ” de notificación de casos. Los datos de los pacientes que no fueran notificados se obtuvieron del registro de estudios bacteriológicos del Laboratorio de Microbiología en formato EPI 6 para dicho fin. Se consideraron las variables: edad, sexo, lugar de procedencia, grado de nutrición (peso para talla), vacunación con bacilo de Calmet-Guerin (B.C.G.), signos, síntomas al ingreso,

	<p>evolución. Para presentar variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión (media con SD y/o mediana con rangos) y para las variables cualitativas medidas de frecuencia (porcentajes).</p>
Resultados	<p>Durante los años 2008-2009, se diagnosticó tuberculosis en 30 niños. Mediana de: 56 meses (rango 1m-14 años). Índice de masculinidad: 0.87. Al ingreso 80% eran sintomáticos, 86% eran eutróficos. El foco de contagio se detectó en el 72%. La prueba tuberculínica fue positiva en el 63%. Predominó la forma pulmonar. La forma pulmonar grave se registró en 12/23 y la común o moderada 11/23. La pleural fue más frecuente entre las extrapulmonares. La radiografía de tórax mostró predominio de infiltrado unilateral sin cavidad 11/23. El rendimiento bacteriológico fue del 36,</p>
Discusión	<p>Se desconoce la prevalencia y la incidencia de la TB en la población infantil a nivel mundial. Nuestro país mantiene aún una incidencia relativamente elevada. En el año 2000 fue de 24.3/100 000 habitantes en niños de 0 a 4 años, siendo la tasa para todas las edades de 31.8/100.000. Entre los muchos factores que hacen difícil estimar la cantidad de tuberculosis en la población infantil se encuentran: la inespecificidad clínica y radiológica, la dificultad para establecer el diagnóstico bacteriológico definitivo, la escasa prioridad en materia de salud pública, la inexistencia de vínculos entre los pediatras del sector privado y los programas nacionales de tuberculosis, y la intermitencia de las políticas nacionales en torno a la enfermedad.</p> <p>La no adherencia al tratamiento de la tuberculosis fue muy alta en esta población. Decidimos formar un equipo multidisciplinario para implementar intervenciones en las futuras poblaciones tuberculosas atendidas, con la finalidad de disminuir las tasas observadas. Creemos que cualquier esfuerzo dirigido a mejorar esta situación y sus consecuencias se traducirían en beneficio de la población y en el control de la enfermedad. Se requiere</p>

	voluntad política, esfuerzos masivos, recursos suficientes y perdurables.
Análisis Personal	Este estudio nos da a conocer que existe una baja detección de casos por antecedentes de contacto. Donde se da a conocer que predomina la tuberculosis pleural como forma extrapulmonar. El abandono de tratamiento fue muy alto en esta población por lo que se propuso realizar intervenciones en el abordaje de los nuevos casos. Son necesarios trabajos epidemiológicos de campo para tratar de identificar los problemas del abandono en cada área y sus eventuales soluciones.
Titulo	48. ESTUDIO MORTALIDAD POR TB MUNICIPIO DE PASTO 2009
Autor y Año	Elizabeth Trujillo de Cisneros Año:2011
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v13n1/v13n1a04.pdf
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	ESTUDIO MORTALIDAD POR TB MUNICIPIO DE PASTO 2009 Elizabeth Trujillo de Cisneros Año:2011 REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD Pag: 38 – 45
Objetivo del artículo	conocer e identificar los factores de riesgo de los pacientes y las posibles acciones de mejora para evitar la mortalidad relacionada a la tuberculosis.
Palabras Clave	Tuberculosis, mortalidad por tuberculosis, seguridad del paciente
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, producida por el mycobacterium tuberculosis, descubierto por Roberto Koch en 1886, actualmente considerada reemergente en el mundo por su asociación con el VIH/ SIDA y por la resistencia de la bacteria a los medicamentos comúnmente utilizados. En el año 2006 la tasa de mortalidad por tuberculosis fue

	<p>de 2.5 POR 100.000 habitantes, representando la cuarta causa de mortalidad por enfermedades transmisibles en el país. La mortalidad tiene una fuerte asociación con el VIH-SIDA indicando que a medida que aumenta la mortalidad por VIH aumenta la mortalidad por TB en estos pacientes. La resistencia del bacilo tuberculoso a los medicamentos más efectivos (Isoniacida y Rifampicina), se ha convertido en una amenaza para el control de la tuberculosis en el mundo, por ello todos los países han adoptado programas de prevención y control con muchas estrategias entre las cuales se propone que la captación del sintomático respiratorio sea superior al 85%, se utilice el cultivo como la prueba de oro para el diagnóstico, el tratamiento ideal sea el acortado estrictamente supervisado (DOTS-TAES) y los procesos de movilización social promuevan el conocimiento de la enfermedad como prevenible y curable con un diagnóstico temprano y tratamiento estrictamente supervisado. Las estrategias descritas han sido impulsadas por OMS- OPS, en Colombia, Nariño y el municipio de Pasto son centros demostrativos desde el año 2002 para el país y América Latina, esto por la eficiencia y la eficacia en la implementación de DOTS-TAES y los procesos de participación comunitaria sobre todo en poblaciones indígenas.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Se realizó un estudio observacional, con un diseño de serie de casos sobre la morbilidad y mortalidad de siete pacientes procedentes del municipio de Pasto que murieron y tuvieron diagnóstico de tuberculosis, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2009.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>La recolección de los datos se realizaron a partir de la revisión de las historias clínicas, las fichas de notificación obligatoria y certificados de defunción y se consignó en una base en Excel. Para el análisis de las variables de interés se revisaron los registros médicos incluidos en las historias clínicas de las atenciones de consulta externa y hospitalaria de los pacientes con previa autorización de las IPS que atendieron los casos y acatando los</p>

	<p>procedimientos de custodia y discrecionalidad de historia clínica, de cada IPS. Al no haber obtenido todos los datos necesarios para analizar la historia natural de la enfermedad de estos pacientes en los registros médicos se buscaron las fichas de notificación obligatoria de eventos del SIVIGILA para completar los mismos y también los certificados de defunción para conocer las causas de la misma. Se estudiaron variables socio demográficas (edad, sexo, procedencia, seguridad social, ocupación, procedencia), así como variables clínicas que permitirán estudiar la historia natural de la enfermedad de cada paciente y se valoró la calidad de historia clínica administrativa y de calidad técnico/científica. Con los datos se obtuvieron porcentajes, medidas de tendencia central, tasas y proporciones aplicables al estudio..</p>
<p>Resultados</p>	<p>De los 7 pacientes que murieron y tuvieron diagnóstico de tuberculosis en el año 2009, 4 (60%) eran del sexo masculino y 3 (40%) del sexo femenino. Una paciente era afro y 6 mestizos. La edad mínima era de 18 años y la máxima de 88 años, un Promedio de ± 55 años. Los siete pacientes procedían de Pasto. Todos tenían seguridad social, dos al régimen contributivo (COOMEVASALUDVIDA) y 5 al régimen subsidiado (Tres a Emssanar y dos Cóndor EPS). Con relación a la ocupación, seis fueron descritas como cesantes y hogar, y una era albañil. Se trató de relacionar el inicio de síntomas, la consulta médica y la fecha de notificación del caso al SIVIGILA, pero no fue posible debido a la inexistencia de datos, por lo que se recurrió a la ficha de notificación obligatoria de los casos que lo realizaron 1 Medicoop, 1 Clínica Fátima y 5 el Hospital San Pedro, con lo cual se complementó la información para el análisis propuesto. Al revisar los antecedentes consignados y considerados como obligatorios en pacientes con diagnóstico de tuberculosis se comprobó que la identificación de sintomático respiratorio (SR) se registró solo en una (14%) historia clínica, en 6 de los 7</p>

	<p>casos se verificó antecedente vacunal, cinco tenían cicatriz de vacuna BCG, en uno no se evidenció cicatriz de la vacuna BCG. Frente al sitio de contagio se reconoció que en 2 de los 7 casos fue por contacto en la familia, los 5 restantes no tenían identificado sitio de contagio.</p>
Discusión	<p>Este estudio se realizó para conocer las condiciones socio-económicas y los riesgos de los pacientes del programa de tuberculosis y definir acciones correctivas aplicables en los casos de mortalidad presentados en pacientes con diagnóstico de tuberculosis (TB), tomando en cuenta que es un proceso infeccioso que generalmente no produce de manera directa la muerte pero que se encuentra vinculado a muchas defunciones. Al evaluar la calidad administrativa de los registros médicos estos se encuentran incompletos, ilegibles, con tachones y enmendaduras en todas las Instituciones, alcanzando una calificación de 6 sobre 10 según formato establecido para evaluar historia clínica en Pasto Salud ESE. Este es un problema recurrente y frecuente en las instituciones de salud que demuestra la falta de calidad e integralidad de la historia clínica y el incumplimiento de la resolución 1995, que se encuentra documentada en varios estudios realizados para evaluar la calidad de los registros clínicos.⁷ La calidad técnico científica (racionalidad del diagnóstico, pertinencia del tratamiento y remisión en caso de ameritarlo) fue congruente en 2 de los 7 casos (28,5%), en 3 de los 7 casos hospitalizados nunca se sospechó de tuberculosis, en la paciente con diagnóstico de Tb multidrogoresistente, su caso se puede considerar como una complicación grave que le causó la muerte al parecer debido a la presencia de cavernas pulmonares y microaneurismas de Rasmussen, por lo que ingresó en franco shock hipovolémico, un (1) caso recibió tratamiento oportuno una vez diagnosticada durante su hospitalización, pero sin conocer causa, presenta deterioro de su estado general y muere, esto relacionado tal vez con su enfermedad de base. Todos</p>

	<p>los pacientes fueron sintomáticos respiratorios, pero solo en un caso que representa el (14%) fue consignado tal estado, en la historia clínica. Si se toma en cuenta que la identificación del sintomático respiratorio es la base del programa para realizar un diagnóstico, que permita iniciar el tratamiento oportuno y así controlar la enfermedad, el estudio evidencia este hallazgo como fundamental para tener una falta de pertinencia en el manejo del Programa de Tuberculosis adoptado por Colombia.</p>
Análisis Personal	<p>Este estudio nos da a conocer que el diagnóstico de tuberculosis se realiza con baciloscopia (BK), no se puede olvidar que la prueba de oro diagnóstica es el cultivo y debe ser la primera elección ante pacientes crónicos y hospitalizados. Es importante realizarle los exámenes oportunos a una persona que se encuentre sospechoso de ser sintomático respiratorio ya que puede estar enfermo de tuberculosis y si se demora en el diagnóstico oportuno del paciente puede morir.</p>

Título	49. UNA VACUNA TERAPÉUTICA CONJUNTA CONTRA REACTIVACIÓN Y POST-TRATAMIENTO TUBERCULOSIS RECAÍDA.
Autor y Año	Toshiko Miyataa, b, Chan-Ick Cheigha, c, Nicola Casali a, d, Amador Goodridgea, Olivera Marjanovica, Lon V. Kendalle, Lee W. Riley. Año:2011
Ubicación del artículo (base datos)	www.elsevier.com/locate/vaccine
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Una vacuna terapéutica conjunta contra reactivación y post-tratamiento tuberculosis recaída Toshiko Miyataa, b, Chan-Ick Cheigha, c, Nicola Casali a, d, Amador Goodridgea, Olivera Marjanovica, Lon V. Kendalle, Lee W. Riley. División de Enfermedades Infecciosas y Vacunología, 201 Hildebrand Hall, Escuela de Salud Pública de la

	<p>Universidad de California, Berkeley, CA 94720, EE.UU. Departamento de dermatología, Facultad de Medicina, Kitazato, Minami, Sagamihara, Kanagawa 252-0374, Japón Universidad Kitasato, Departamento de Ciencia de los Alimentos e Ingeniería, la Universidad Femenina Ewha, Seúl 120-750, República de Corea, Centro de Inmunología y Enfermedades Infecciosas, Blizzard Instituto de Ciencia Celular y Molecular, Universidad Queen Mary de Londres, London, E1 2AT, Reino Unido, Laboratory Animal Resources, la Universidad Estatal de Colorado, Fort Collins, CO 80523, EE.UU Pág. 459-465 Año : 8 noviembre 2011 Revista Biomédica</p>
Objetivo del artículo	<p>Evaluar un nuevo enfoque para prevenir la reactivación y la tuberculosis recaída que combina el tratamiento farmacológico y la vacunación.</p>
Palabras Clave	<p>Tuberculosis, La infección latente de TB, Vacuna adyuvante TB, Vacuna terapéutica TB.</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2008, 8,9 hasta 9,9 millones de nuevos casos de tuberculosis (TB) y 1,1-1700000 se produjeron muertes entre personas VIH-negativas. Estos casos incluyen a las personas que evolucionaron con enfermedad activa en cuestión de meses después de una nueva infección exógena con Mycobacterium tuberculosis (enfermedad primaria), los que desarrollaron la enfermedad muchos años después de una infección (reactivación tuberculosis), y aquellos cuya tuberculosis a recurrido después de completar un tratamiento (recaída con tuberculosis). Todos ellos fueron a través de un período de incubación o infección latente antes de desarrollar enfermedad activa. La prevención de estos infectados o inadecuadamente tratadas individuos de desarrollar la enfermedad activa durante esta "ventana" latente período tiene el potencial de tener un impacto enorme en el control de la tuberculosis en todo el mundo; no sólo va</p>

a prevenir la enfermedad activa en los infectados, sino también a las futuras transmisiones de estos individuos. Uno de estos métodos puede ser la vacunación post-exposición. En este tiempo, la vacuna sólo es aprobada el bacilo tuberculoso de Calmette-Guerin (BCG), que es recomendado por la OMS que ha de darse al nacer para prevenir la nueva enfermedad en los niños. No es eficaz en la prevención de reactivación o la recaída de la tuberculosis. Casi todas las nuevas vacunas en desarrollo o pruebas clínicas están diseñadas para prevenir la tuberculosis desde una nueva infección. En 1999, Lowrie et al. Informado de que una vacuna basada en ADN Hsp60 Mycobacterium leprae tenía un efecto terapéutico en ratones infectados con M. tuberculosis. Okawa et al. M. tuberculosis usado Hsp60 ADN y IL12 entregados en virus hemaglutinante del Japón (HJV) - envelope y liposomas que muestran patología reducida y prolongada monos de supervivencia de los ratones y macacos desafiado con M. tuberculosis antes de la vacunación. Ninguno de estos estudios probado su vacuna en un modelo animal en el que la infección latente fue establecido. A principios de este año, Aagaard et al. Mostraron que una combinación de 3 proteínas secretadas - Ag85B, ESAT-6, y Rv2660c (colectivamente llamada vacuna H56) - redujo significativamente bacteriana carga en comparación con los controles en una versión modificada de la Cornell modelo de ratón. Sin embargo, H56 no era capaz de esterilizar completamente la infección en los pulmones del ratón. Desafortunadamente, no existe un modelo animal ideal de la ITL o reactivación enfermedad. Por lo tanto, hemos propuesto que este mutante puede ser utilizado para detectar de manera eficiente para las vacunas o medicamentos candidatos para prevenir reactivación de la enfermedad en el modelo de Cornell. Aquí, hemos tratado para identificar una vacuna que impida o se replique después del tratamiento. Este estudio fue diseñado así como una prueba de estudio

	para demostrar que una vacuna adyuvante utilizada junto con fármacos - podría evitar la reactivación y la recaída de tuberculosis.
Muestra	Se incluyó a 12 ratones infectados con el Micobacterio tuberculosis.
Intervención y proceso medición	Se trata de un estudio observacional
Resultados	<p>El propósito de este estudio fue evaluar un nuevo enfoque para prevenir la reactivación y la recaída de tuberculosis que combinando el tratamiento farmacológico y la vacunación.</p> <p>Mycobacterium tuberculosis alberga un gen llamado mce1R que, in vivo, regula negativamente un grupo 13-gen llamado el operón mce1. En un modelo de ratón de Cornell, los ratones BALB / infectados con M. tuberculosis interrumpido en mce1R desarrollan constantemente la infección latente y la enfermedad de reactivación. Se utilizó este nuevo modelo de ratón para probar una proteína recombinante de la pared celular de Micobacterio tuberculosis (Mce1A), codificada por un gen en el mce1 operón, por su capacidad para prevenir la tuberculosis post-tratamiento. A las 32 semanas de seguimiento, una esterilización completa, se observó protección en los pulmones de los ratones vacunados. Mce1A pero solución salina tamponada administrado por vía intraperitoneal durante el período de la infección impidió el progreso de la enfermedad latente y proliferación de Micobacterio tuberculosis mce1R mutante. Las únicas lesiones pulmonares visibles en ratones vacunados incluyeron pequeños grupos de linfocitos, granulomas mientras que los ratones no vacunados mostraron un aumento progresivo de macrófagos espumosos rodeados de linfocitos. La combinación de medicamentos contra la</p>

	tuberculosis y una vacuna puede servir como una poderosa modalidad de tratamiento contra la tuberculosis de reactivación y la recaída.
Discusión	<p>El Micobacterio tuberculosis interrumpió en el regulador negativo mce1R establece una infección latente y causa predecible enfermedad activa tras el curso de 8 semanas de antibióticos en la Cornell modelo del ratón. Durante un período de al menos 3 semanas después del final del tratamiento, no se pueden recuperar de los pulmones o bazo (fase latente). Posteriormente, se reanuda la replicación bacteriana y progresa, lo que resulta en enfermedad manifiesta después de menos de 20 semanas de la infección. Estos resultados se reprodujeron en este estudio, en los ratones que recibieron sólo PBS. El número de bacterias se recuperó después de 32 semanas en los ratones no vacunados fue similar (~103) para que en ratones infectada durante 32 semanas con el mutante mce1R, lo que demuestra la consistencia de este nuevo modelo de infección. En el de 8 semanas de tratamiento modelo de ratón que utiliza Cornell tipo salvaje Micobacterio tuberculosis, la recuperación de bacilos de los pulmones o bazo es impredecible y no hay bacilos pueden cultivarse durante muchos meses, en todo caso. La verdadera reactivación de la enfermedad rara vez ocurre, la tuberculosis, el modelo de Cornell no puede ser utilizado eficientemente para evaluar modalidades terapéuticas o preventivas. En este estudio, el efecto más llamativo de la vacuna fue la bacteriana de la esterilización en los pulmones. No hay bacterias se recuperaron a partir de 10 pulmones de los ratones vacunados de más de un período de 32 semanas. De hecho, sólo 1 se recuperó a partir del bazo de un ratón vacunado entre 5 los ratones a las 32 semanas. Hasta la fecha, no hay candidatos de vacunas han demostrado una esterilización efecto en los pulmones de ratones contra la exposición del Mycobacterio tuberculosis.</p>
Análisis	La enseñanza de este estudio es que se está pensando

Personal	<p>crear una vacuna para el Mycobacterio tuberculosis Por lo tanto, si una vacuna puede aumentar la inmunidad y despejar la carga bacteriana residual después del tratamiento, tales un enfoque podría ser utilizado como un tratamiento adyuvante para reducir en gran medida la probabilidad de reactivación de una recaída en los que completaron el tratamiento. Tal vacuna también se puede utilizar para acortar la duración del tratamiento de la enfermedad activa o infección latente desde los 6-9 meses estándar. Además, puesto que una gran proporción de las personas que desarrollan la tuberculosis resistente a múltiples fármacos tiene una historia de tratamiento previo de tuberculosis, una vacuna después del tratamiento podría ser potencialmente en prevenir y controlar la tuberculosis resistente a los medicamentos. Es importante analizar tan importantes estudios con enfoques que utilizan el modelo ratón para desarrollar protocolos para tratar de manera más eficaz la tuberculosis y prevenir la recaída por tuberculosis. .</p>
-----------------	--

Título	50. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN DE TUBERCULOSIS LATENTE EN UNA POBLACIÓN CLÍNICA EN LA CIUDAD DE NUEVA YORK
Autor y Año	Jiehui Li, Sonal S. Munsiff, Tania Tarantino, Marie Dorsinville Mayo, 2009
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712%2809%2900212-4/abstract
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Li J, Munsiff SS, Tarantino T, Dorsinville M. Adherence to treatment of latent tuberculosis infection in a clinical population in New York City. International Journal of Infectious Diseases. 2010;14(4):e292-e7.

Objetivo del artículo	El objetivo de este estudio es examinar los rangos de finalización de tratamiento en personas infectadas con tuberculosis latente y los factores asociados con la adherencia al mismo.
Palabras Clave	Latent TB infection, treatment, tuberculosis prevention, adherence
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El tratamiento de las infecciones de tuberculosis latente es una medida adoptada con el fin de reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad en una gran cantidad de individuos infectados. En Estados Unidos es, generalmente, recomendado un régimen de 9 meses con isoniazida o una variación de 4 meses con rifampicina para adultos y 6 meses para niños, si se presenta intolerancia a los tratamientos con isoniazida.</p> <p>A pesar que en Estados Unidos los objetivos nacionales se encaminen a lograr que entre el 75-85% de las personas con infección latente completen el tratamiento, al no presentar síntomas no se logra la adherencia esperada. Además, las personas con coinfección por VIH, tienden a no adherirse o abandonar el tratamiento. Sin embargo, cuando administra tratamiento con un menor tiempo de duración, las tasas de adherencia suelen aumentar.</p> <p>En la ciudad de Nueva York, las tasas de adherencia al tratamiento son muy bajas, a pesar de los esfuerzos de agencias como la CDC, quienes recalcan que de no lograr un control, se verán afectados los esfuerzos por prevenir los casos de enfermedad de tuberculosis.</p>
Muestra	Se tuvieron en cuenta todos los pacientes a los que se les receto isoniazida o rifampicina para el tratamiento de tuberculosis latente en alguno de los diez departamentos de enfermedades pulmonares en las clínicas de Nueva York, durante enero de 2002 y agosto de 2004.
Intervención y proceso medición	<p>Se extrajo toda la información necesaria con respecto a los pacientes, de la base de datos de las clínicas incluidas en el estudio.</p> <p>El diagnóstico se basó en la información recogida por</p>

	<p>medio de pruebas de tuberculina, radiografía de tórax, exámenes físicos y exámenes de esputo, además del uso de las guías publicadas por la CDC.</p> <p>A los pacientes que aceptaron el tratamiento, se les suministro el medicamento para un mes, además de recibir instrucciones acerca de los efectos a lo largo del mismo.</p> <p>Las tasas de finalización del tratamiento para tuberculosis latente se describieron y se compararon de acuerdo a las características demográficas y clínicas de los pacientes mediante análisis univariados y regresiones log-binomiales.</p>
Resultados	<p>Un total de 15035 pacientes comenzó el tratamiento y 6788 (45,2%) lo completaron. De estos pacientes, 14030 (93,3%) fueron tratados con isoniazida y 1005 (6,7%) con rifampicina.</p> <p>De los pacientes que completaron el tratamiento, la mayoría era mayor de 35 años (52,5%), tenían contactos que habían tenido tuberculosis pulmonar (57.4%), fueron tratados con terapia preventiva directamente observada (DOPT) (71,4%), y habían recibido el tratamiento basado en rifampicina (60.0%). La tasa de finalización del tratamiento con régimen de isoniazida no presento una variación significativa entre las personas infectadas y las no infectadas por VIH.</p> <p>De los 8247 pacientes que fallaron en completar el tratamiento, 40,5% se reusaron en continuar, se perdió el contacto con el 38,9%, el 2,4% detuvieron el tratamiento por reacciones al tratamiento y 14.4% descontinuaron por otras razones.</p>
Discusión	<p>El rango de continuidad y finalización de tratamiento, correspondiente al 45,2%, se puede contrastar con el de otros estudios, en los que se han obtenido resultados similares. De igual forma, y como se nombraba inicialmente, aquellos pacientes tratados con rifampicina durante unos 4-6 meses, presentaban mayor adherencia que aquellos que eran tratados con isoniazida durante 9 meses. Sin embargo, y a diferencia de otros estudios, se</p>

presentaron más reacciones adversas en los pacientes que usaban rifampicina que los que usaban isoniazida. Para los pacientes que presentaban también VIH, se encontró que eran necesarios más estudios a fin de entender como interactuaban los medicamentos utilizados.

A pesar de las bajas tasas de adherencias, los estudios muestran que es más eficaz el tratamiento de 9 meses con isoniazida.

De acuerdo con lo encontrado en el estudio, la adherencia al tratamiento se encontraba más relacionada con la edad, el riesgo de sufrir la enfermedad y el seguimiento mediante la aplicación del DOPT.

En el estudio también se puede observar que es necesario tener en cuenta al paciente desde el inicio de la evaluación médica, ya que esto puede ser crucial para evitar una posible interrupción en el tratamiento. Los especialistas deben tener en cuenta y reconocer que las habilidades de decisión del paciente, se debe preocupar por los problemas que este presenta e incentivar su participación en el momento de decidir la medicación a tomar. La comunicación es fundamental para que el paciente reconozca su condición, las consecuencias que trae el mantener la infección latente y la importancia de seguir y completar el tratamiento.

Así mismo, y con el fin de asegurar la adherencia, es necesario que sea utilizado el DOPT siempre que sea posible, especialmente en niños, aquellos con posibles contactos y los pacientes infectados con VIH.

Finalmente, es necesario destacar que este estudio presenta importantes deficiencias: se utilizan datos retrospectivos, lo que limita la cantidad de información que se puede conseguir de los pacientes, no se tienen en cuenta aquellos grupos vulnerables, como los habitantes de la calle, por falta de información, no se aplica una terapia de prevención al paciente, alterando la percepción que se obtiene del tratamiento y finalmente, se excluye la información de muchos menores de 18

	<p>años, debido a que estos son transferidos a otros departamentos en los centros médicos, por lo que no se tienen los registros adecuados.</p>
Análisis Personal	<p>El tratamiento de la infección latente, reduce considerablemente el riesgo de que la persona desarrolle la infección y se le convierta en enfermedad, ciertos grupos de personas tienen un riesgo muy alto de desarrollarla y si estos grupos como son los pacientes inmunosuprimidos, habitantes de calle, pobreza extrema, indígenas etc. están infectados, se den hacer todos los esfuerzos posibles para comenzar un tratamiento adecuado y asegurarse de que estas personas finalicen todas las dosis del tratamiento contra la tuberculosis.</p> <p>El tratamiento contra la infección de tuberculosis latente se debe iniciar después de que se descarte la posibilidad de que la persona tenga enfermedad activa de tuberculosis. Una vez que se haga el diagnóstico de la infección latente, el personal de salud debe elegir el esquema de tratamiento adecuado y eficaz para el paciente, estos deben ser brindados de 6 a 9 meses de acuerdo al esquema que le defina su médico de cabecera por el que es atendido el paciente.</p>

9. CONCLUSIONES

1. La utilización de la metodología cualitativa permitió aproximarse a la conceptualización de los diferentes aspectos que conllevan al diagnóstico tardío de la tuberculosis, adherencia al tratamiento y socioculturales que rodean la patología. Los hallazgos de esta revisión bibliográfica proporciona herramientas al equipo de salud para proveer acciones más coherentes con el contexto social los pacientes con tuberculosis y su familia, que reconoce la existencia en torno a la enfermedad.
2. La realización de la revisión bibliográfica mundial, nacional y local sobre el diagnóstico tardío y adherencia al tratamiento de la tuberculosis, permitió conocer que los factores de riesgo asociados al aumento de la prevalencia de esta patología son similares en diferentes regiones a pesar de la diferencia social, cultural y económica que existen.
3. Se identificaron determinantes sociales que están afectando negativamente la adherencia al tratamiento, tales como estigmatización social, para tal fin se deben implementar programas que permitan a las personas conocer más sobre la enfermedad de tuberculosis.
4. Se identificaron barreras geográficas y deficiencias en los servicios de salud para ofrecer oportunidad en las acciones diagnósticas y calidad en la educación que minimice los riesgos asociados al nivel educativo y la informalidad laboral. Para tal fin se debe implementar un programa de educación continuada asociado a un pacto político local que elimine las barreras geográficas para la administración de la terapia y garantice la permanencia del recurso humano del programa entrenado que a su vez debe ser supervisado regularmente por la dirección local de salud.
5. Existe desconocimiento por parte de los pacientes y los contactos sobre la tuberculosis multidrogorresistente, ya que identifican la

enfermedad como infecciosa y los contactos ignoran cuales son los medicamentos para esta patología.

6. El abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar es hoy en día una de las principales causas de recaída en pacientes. Aunque el tratamiento antituberculoso es totalmente asequible a todos los usuarios, no se ha podido detener esta enfermedad que está afectando a una gran cantidad de personas.
7. Se logra identificar por parte de las entidades sanitarias, que si no se le realiza un buen seguimiento a los pacientes que son diagnosticados oportunamente con tuberculosis que son los que reciben medicamento sensible donado por el estado. y el usuario abandona estos medicamentos, el se puede convertir el multidrogorresistente, donde esta medicina le cuesta comprarlo a la EPS, siendo este muy costoso, ya que se le debe manejar de una forma integral con medico, especialistas, psicólogos, trabajador social, auxiliar de enfermería, y si el paciente requiere de que el tratamiento sea brindado en casa, la EPS debe asumir el valor económico que este representa.
8. La tuberculosis es vista por pacientes y familiares como una enfermedad poco conocida, distante, estigmatizada, lo que conduce a que ante la presentación de los primeros signos y síntomas no se piense en la enfermedad y se crea que se trata de otras afecciones más comunes como la neumonía y esto conlleva a que los pacientes no asistan oportunamente al servicio de salud más cercano.
9. La incertidumbre frente a la tuberculosis es un elemento central durante todo el proceso salud – enfermedad, la cual puede ser debida a la falta de información clara y precisa con respecto a la misma. Dentro de los aspectos que causan mayor preocupación e inquietud en pacientes y familiares están: no saber porque enfermaron de tuberculosis y no saber qué hacer para evitar la trasmisión de la enfermedad a otros, que se evidencia en las múltiples explicaciones que dan a la causación de la tuberculosis y la variedad de prácticas

realizadas cuando reciben el diagnóstico.

- 10.**La tuberculosis es identificada por las personas como una enfermedad grave, peligrosa, que debe cuidarse, para evitar desenlaces como la muerte, que migre a otras partes del cuerpo y que pueda transmitirse a otros, por lo tanto, el cumplimiento del tratamiento juega un papel fundamental, siendo un elemento esencial en el cuidado de la enfermedad. Los signos y síntomas como la tos y la fiebre, generalmente son confundidos y se atribuyen a otras afecciones pulmonares, situación que tiene una influencia considerable sobre el cuidado que realizan los usuarios antes de conocer el diagnóstico, muchas de las veces centradas en indicaciones transmitidas de generación en generación por familiares, vecinos, amigos y farmaceutas, etc.
- 11.**A nivel mundial la tuberculosis continua siendo considerada una enfermedad estigmatizada, una enfermedad tabú, una enfermedad estereotipada. Eso hace que el diagnóstico de la enfermedad sea una situación que genera un fuerte impacto en pacientes y familiares, generándose sentimientos de temor, sufrimiento, vergüenza, desesperación y preocupación.
- 12.**El conocimiento que se debe tener para evitar la trasmisión de la enfermedad son: el seguimiento del tratamiento, el aislamiento y el uso del tapabocas. Con respecto a los familiares, esto los conlleva a proteger a los demás miembros de la familia, de esta manera, apartan la loza, la ropa de cama, elementos personales del enfermo, limpian, desinfectan y ventilan los espacios. Las prácticas de cuidado son inherentes a la condición humana, dentro de las prácticas realizadas por pacientes y familiares durante todo el proceso salud-enfermedad se encuentra una combinación entre el saber popular y el saber profesional, que realizan con el fin de mantener la salud, evitar la enfermedad o recuperar su salud según sea el caso.
- 13.**Se identifico que los pacientes deben tener una red de apoyo primaria, que es la familia, es la que asume un papel fundamental para la adherencia al tratamiento de tuberculosis y así evitar que el paciente abandone el tratamiento, ya que el paciente se siente

acompañado y cuidado por los miembros de la familia.

- 14.**El profesional de enfermería juega un papel muy importante en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad incluyendo individuo, familia y comunidad, puesto que todos influyen en el proceso salud enfermedad, es necesario una adecuada educación ya que a través de esta se puede disminuir el porcentaje de abandono en la patología diagnosticada.
- 15.**En la revisión bibliográfica realizada se encontró que existen varios estudios en diferentes modelos animales, donde se quiere obtener una vacuna que prevenga la enfermedad, pero a la fecha la única vacuna contra la tuberculosis es la BCG.
- 16.**Si bien el programa tratamiento estrictamente supervisado (TAES), de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud ha disminuido la progresión de la tuberculosis en varios países de América latina y el mundo, la combinación de tuberculosis con uno o dos de los factores anteriormente expuestos han influenciado de manera negativa en muchos otros países, a tal grado que ha forzado a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a manifestar la imposibilidad de alcanzar las metas propuestas, recomendando a los países a establecer planeaciones más enérgicas y ajustes presupuestales con metas concretas y medibles a corto plazo y encontrar mecanismos de financiamiento privado para la extensión del tratamiento estrictamente supervisado (TAES).
- 17.**Es necesario fortalecer las alianzas entre los países a fin de establecer programas multinacionales de colaboración en salud que permitan dar seguimiento y tratamiento continuo al paciente con tuberculosis y así evitar que lo abandone.
- 18.**Los programas a nivel mundial deben ser organizados donde deben contar con líneas de acción a fin de actuar de manera preventiva contra la tuberculosis. Tan solo se estima que a nivel mundial la asociación VIH/SIDA-Tuberculosis causará en 10 años la muerte de 130 millones de personas y afectará principalmente a población joven, económicamente activa, por lo que serán los padecimientos

infectocontagiosos con las más serias repercusiones en la salud pública, y en consecuencia un gran reto para las entidades responsables de la salud. Queda pues un buen trecho que recorrer antes de que podamos erradicar a nuestra compañera de los últimos 10 mil años, la tuberculosis.

- 19.** Se observa que la tuberculosis y el VIH/sida son enfermedades de interés en salud pública, son alarmantes las graves fallas evidenciadas en el sistema de información que, como consecuencia, llevan a un inadecuado seguimiento de los casos y desconocimiento del estado final del paciente e indirectamente, estarían mostrando irregularidades en el acceso y atención en los servicios de salud.
- 20.** Es importante para un programa de tuberculosis fomentar la notificación de los casos que se diagnostiquen, la calidad de los registros y llevar el sistema de vigilancia epidemiológica activa, en el cual se comparan y analizan los registros de tuberculosis y de VIH/sida, con el fin de tomar oportunamente las medidas de intervención.
- 21.** La determinación de la demora diagnóstica y su origen deben ser minimizadas ya que es un tiempo en el cual el paciente está contagiando a la comunidad y, en el caso de la coinfección, aumenta la probabilidad de muerte del paciente. Para evitar estos problemas, es importante la información y la educación del personal de salud y del público en general sobre los síntomas y signos de la tuberculosis y el VIH/sida, junto con la atención en salud para todos los enfermos.
- 22.** En el programa de salud control de la tuberculosis, su diagnóstico y tratamiento tienen un gran componente clínico, no obstante, la tuberculosis es concebida por pacientes y familiares como una enfermedad que repercute en el pulmón del enfermo, la afectación va más allá de lo biológico, para adentrarse en lo psicológico y lo sociocultural, donde las creencias y prácticas de los pacientes con tuberculosis y sus familiares permean a lo largo del proceso de tratamiento del paciente.

- 23.** Los pacientes y familiares identifican la tuberculosis como una enfermedad grave, que debe adquirir cuidados especiales para evitar desenlaces como la muerte, diseminación a otras partes del cuerpo y la transmisión a otras personas, por lo tanto, el cumplimiento del tratamiento acompañado de las recomendaciones médicas juega un papel fundamental, en la curación, convirtiéndose en un elemento esencial que evita el abandono al tratamiento seguido de la multirresistencia
- 24.** La disponibilidad de tratamientos actuales para la tuberculosis se entregan de forma gratuita pero los pacientes deducen que les genera reacciones adversas por tal motivo abandonan el tratamiento, agravándose su condición de salud, debido a la multirresistencia que esta situación genera.
- 25.** Los pacientes acuden a los centros de salud en busca de curación de los síntomas que presentan, los profesionales de salud muchas veces confunden con otras patologías debido a que dichos síntomas son bizarros, retrasando el diagnóstico real del paciente con tuberculosis
- 26.** Las condiciones sociales generadas por las guerras y la situación económica de algunos países han traído consigo el fenómeno de los desplazamientos y las migraciones consiguiendo que los pacientes con tuberculosis no reciban la atención integral por tanto no completen su tratamiento dando pie a la multirresistencia
- 27.** Se identifican países como Cuba, China, EEUU, han podido lograr ejecutar la estrategia de alto a la tuberculosis donde muestran un elevado porcentaje de curación del 85%, prevención de nuevas Infecciones, disminución en multirresistencia y un buen sistema de información.
- 28.** En México se logra identificar que es necesario fortalecer las alianzas entre los países a fin de establecer programas multinacionales de colaboración donde permita hacer un seguimiento oportuno y dar continuidad al paciente con tuberculosis, ya que se observa el intenso flujo migratorio ilegal de mexicanos, centro y sudamericanos hacia los Estados Unidos, donde esto afectaría dicho país, ya que la consecuencia es que las autoridades sanitarias de los E.U, erradiquen

la tuberculosis.

29. Se identifica que un país como África la gran parte de los pacientes aparte de tener tuberculosis, están acompañados de otra patología como es el VIH, para esto es importante diagnosticar a tiempo esta clase de casos, para evitarle la muerte.
30. Se identifica que la prevalencia de la tuberculosis recurrente en todo el mundo es baja; pero la Organización Mundial de la Salud ha estimado que de los 6.2 millones de casos de tuberculosis en el año 2011, aproximadamente el 5% eran recurrentes, lo que significa que la cepa de esos pacientes no se pudo erradicar con los medicamentos que dona el estado.

10.RECOMENDACIONES

1. Hay coherencia entre las creencias y las prácticas alrededor de la Tuberculosis. Por esta razón las creencias y las percepciones que resultan alrededor de la enfermedad, tienen implicaciones importantes en las prácticas que el paciente realiza en busca de la curación y por tanto deben ser identificadas y reconocidas por el equipo de salud, logrando promover una atención en salud, a partir del contexto sociocultural de las personas que padecen tuberculosis, más humana, congruente y de calidad logrando la adherencia de los pacientes.
2. Se evidencia un marcado arraigo cultural en relación a las creencias y prácticas acerca de la tuberculosis que se persiste y va pasando de generación en generación, a partir de la concepción de lo que es la enfermedad, concepto que se va modificando como resultado de la experiencia vivida, donde la familia, los amigos, conocidos y la sociedad en general cumplen un papel fundamental en la adherencia al tratamiento.
3. Teniendo en cuenta los aciertos evidenciados en los estudios, poder aproximarse a la construcción de modelos conceptuales en torno a la Tuberculosis, que permitan llegar a una aproximación integral a los distintos aspectos como las creencias y prácticas de esta situación de salud. Donde se aborde lo global, lo local y lo particular de cada

persona, familia o grupo cultural mejorando la adherencia tanto de los pacientes como de las personas que los rodean.

4. Se hace necesaria la creación de nuevas estrategias en torno a la enfermedad en la población en general, teniendo en cuenta la concepción cultural de la tuberculosis, podrían con el fin de disminuir el tabú y reorientar las creencias erróneas frente a la enfermedad. Haciendo énfasis en que la Tuberculosis es una enfermedad trasmisible, pero curable, que aún se encuentra presente en nuestra sociedad y debemos aprender a convivir con ella.
5. Establecer acciones preventivas para evitar el contagio por tuberculosis y tuberculosis multidrogorresistente, proporcionando educación para los pacientes y en extensión a sus contactos, con información permanente, oportuna, directa y clara sobre la enfermedad
6. Realizar un perfil epidemiológico de drogorresistencia para identificar a los contactos de los pacientes una probable adquisición de una cepa multidrogorresistente.
7. En América latina se hace necesario fomentar estrategias en busca del acompañamiento integral del paciente con tuberculosis, su entorno familiar y comunidad en general, promoviendo el apoyo de los profesionales de la salud altamente capacitados como: el médico, la enfermera, psicólogo, trabajador social y auxiliar de enfermería buscando la disminución de la aparición de casos nuevos, el abandono al tratamiento y así la multirresistencia.
8. Se debe contar con una a excelente red de laboratorios, con un laboratorio central nacional que dirija las acciones técnico-administrativas para el tamizaje de toda persona sintomática respiratoria que asista a los centros de salud integrados de la red.
9. La decisión política a los gobiernos para el control, de la enfermedad, lo cual se debe manifestar en el suministro adecuado y permanente de recursos, para llevar un adecuado programa de tuberculosis en los servicios de salud.

10. En América latina se hace necesario fomentar en los programas de tuberculosis de las diferentes entidades de salud, espacios académicos, donde los profesionales de la salud y la comunidad puedan interactuar evidenciando hallazgos, proporcionando espacios de debate para continuar profundizando acerca de la tuberculosis.
11. Esta revisión bibliográfica de países como Chile, Perú, Colombia, México proporciona información útil en miras a la formación del recurso humano dentro de los programas de tuberculosis, buscando siempre promover una visión más humana de la tuberculosis, reconociendo el contexto sociocultural donde la enfermedad es conceptualizada, logrando que trascienda favorablemente en la adherencia al tratamiento de dichos pacientes.
12. Teniendo en cuenta los aciertos evidenciados en los estudios, como es el tratamiento directamente observado, los programas de tuberculosis de las diferentes entidades de salud pueden aproximarse a la construcción de modelos conceptuales en torno a la Tuberculosis, que permitan llegar a una aproximación integral a los distintos aspectos como las creencias y prácticas en torno a la enfermedad. Donde se aborde lo global, lo local y lo particular de cada persona, familia o grupo cultural mejorando la adherencia tanto de los pacientes como de las personas que los rodean.
13. Se hace necesaria en América Latina implementar como política nacional de cada país, la creación de espacios donde el personal de salud que conforma los diferentes programas de tuberculosis esté capacitado en el diagnóstico logrando tener las herramientas necesarias para detectar los posibles sintomáticos respiratorios, evitando la propagación de la tuberculosis.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione M. Global Burden of Tuberculosis Estimated Incidence, Prevalence, and Mortality by Country. for the WHO Global Surveillance and Monitoring Project JAMA 1999,282:668-77.

2. Murray CJL. Epidemiology and demography of tuberculosis. 1996. In Ahlburg, D.A. The Economic impacts of tuberculosis. University of Minnesota, USA. A report for WHO. October 1999.
3. Murray CJL., K, Styblo, and A. Rouillon. Tuberculosis in developing countries. Burden, cost and intervention. Bulletin of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 65:6-26. 1993.
4. Guía de Atención Integral de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar. Ministerio de la Protección Social República de Colombia.
5. Plan Estrategico Colombia Libre de Tuberculosis 2010 – 2015.
6. WHO b. "Tuberculosis". WHO Fact Sheet No.104. Geneva. 1998.
7. OPS. Reunión Regional de Directores de Programa de Control de TBC. Informe final. OPS7HCP7HTC7132798-99.
8. Needham DM, Foster SD, Tomlinson G, Godfrey-Faussett P. Socio-economic, gender and health services factors affecting diagnostic delay for tuberculosis patients in urban Zambia. Tropical Medicine and International Health. Volume 6 No.4 pp 256-259, april 2001.
9. Jaramillo E. Pulmonary tuberculosis and health-seeking behaviour: how to get a delayed diagnosis in Cali, Colombia. Tropical Medicine and International Health 1999; 1(2): 138-144.
10. Mori T, Shimao T, Jin BW, Kim SJ. Analysis of case-finding process of tuberculosis in Korea. Tubercle Lung Dis 1992; 73: 225-231.
11. Wobeser W, Yuan L & Naus M. Outcome of pulmonary tuberculosis treatment in the tertiary care setting – Toronto 1992/93. Canadian Medical Association Journal 160: 789-794.
12. Lawn SD, Afful B & Acheampong JW. Pulmonary tuberculosis: diagnostic delay in Ghanaian adults. International Journal of tuberculosis and Lung Disease 1: 326-332.
13. Asch S, Leake B, Anderson R, Gelberg L. Why do symptomatic patients delay obtaining care for tuberculosis? Am J Respir Crit Care Med 2000; 157: 1244-2148.
14. Gibson N, Boillot F & Jalloh H. The cost of tuberculosis to patients in Sierra Leone's war zone. International Journal of tuberculosis and Lung Disease 2: 726-731.
15. Sadiq H, Muynck AD. Health seeking behavior of pulmonary tuberculosis patients visiting TB center Rawalpindi. J Pak Med Assoc. Vol.51 No1. January 2001.
16. Saunderson PR. "An economic evaluation of alternative programme

designs for tuberculosis control in rural Uganda”, *Social Science and Medicine* 1995; 40: 1203-1212.

17. Pirkis JE, Speed BR, Yung AP, Dunt DR, Macyntire CR, Plant AJ. Time to initiation of anti-tuberculosis treatment. *Tubercle and Lung Disease* (1996) 77, 401-406.
18. Chrisman NJ. The Health Seeking Process: An approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1997(1):351-377.
19. Sudha G, Nirupa C, Rajasakhivel, Sivasubramanian S, Saundaram V, Bhatt S, Subramanian K, Thiruvalluvan E, Mathew R, Renu G, Santha T. Factors influencing the care-seeking behaviour of chest symptomatics: a community-based study involving rural and urban population in Tamil Nadu, South India. *Tropical Medicine and International Health* 2003; 8(4):336-341.
20. Long NH, Johansson E, Lönnroth K, Eriksson E, Winkvist A, Diwan VK. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis* 3(5):388-393. 1999.
21. Laserson KF, Osorio L, Sheppard JD. Et. Clinical and Programatic mismanagement rather than community outbreak as the cause of chronic, drug – resistant tuberculosis in Buenaventura, Colombia 1988. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2000; 4(7): 673-683.
22. Rajeswari R, Chandrasekaran V, Suhadev M, Sivasubramaniam S, Sudha G, Renu G. Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6(9):789-795.
23. Shepard DS, Ettlign MB, Brinkmann U, Nougara A, Diesfeld HJ. Estimating the direct and indirect economic costs of malaria in rural district of Brurkina Faso. *Tropical Medicine and Parasitology* 1991; 42: 219-223
24. República de Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. XVI Censo nacional de población y de vivienda. Santa fe de Bogotá, 1993.
25. Urrea F. La Pobreza en Cali y las Políticas Sociales para su Disminución. 1.996. [s.n
26. Santiago de Cali . Secretaría de Salud Municipal. Informe de Gestión 1995 – 1997.
27. Triana A. Informe epidemiológico anual de tuberculosis. Secretaría

de Salud Municipal. Santiago de Cali. 1997.

28. CDC - Center for Disease Control and Prevention. Epi-Info 3.01. Atlanta. 2003.
29. Dolin PJ, Raviglione MC , Kochi A: la incidencia mundial de la tuberculosis y la mortalidad durante el periodo 1990-2000 . Bull World Health Organ 1994 ,72 (2) :213 - 220 .
- 30.OMS : Global Tuberculosis Control : vigilancia, planificación ,Financiación: informe de la OMS de 2005. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (WHO/HTM/TB/2005.349); 2005
- 31.Tinte C , Scheele S , P Dolin , Pathania V , Raviglione MC: Consenso comunicado. Carga mundial de la tuberculosis : incidencia estimada ,prevalencia y mortalidad por país . Mundial de la OMS Vigilancia y Monitoreo del Proyecto . Jama 1999 , 282 (7) :677-686
- 32.Bjune G: La tuberculosis en el siglo 21 : una pandemia emergente ? Norsk Epidemiológico 2005 , 15 (2) :133 -139.
33. Madebo T, Lindtjørn B: El retraso en el tratamiento de la pulmonar Tuberculosis : un análisis de los síntomas Duración Entre Los pacientes etíopes . 1999 : [<http://www.medscape.com/viewarticle/407989>] . Medscape Medicina general.
34. Retraso en el diagnóstico y tratamiento : Yimer S , Bjune G, T Alene entre los pacientes con tuberculosis pulmonar en Etiopía : una cruz estudio de corte . BMC Infectious Diseases, 2005 , 5:112 .7. Lewis KE , Stephens C , Shahidi MM , Packe G: retraso en el inicio tratamiento de la tuberculosis en el este de Londres. Commun Dis Pública Salud 2003 , 6 (2) :133 -138 .
- 35.. Pronyk RM, Makhubele MB, Hargreaves JR , Tolimán SM , Hausler HP : La evaluación de la salud del comportamiento de búsqueda entre la tuberculosis pacientes en zonas rurales de Sudáfrica . Int J Tuberc de pulmón Dis 2001, 5 (7) :619 - 627
- 36.. Rojpibulstit M , Kanjanakiritamrong J , Chongsuvivatwong V : Paciente y retrasos en el sistema de salud en el diagnóstico de la tuberculosis en El sur de Tailandia después de la reforma de salud . Int J Tuberc pulmón Dis 2006 , 10 (4) :422-428 .
- 37.Needham DM , Foster SD, Tomlinson G, Godfrey - Faussett P : factores socioeconómicos , factores de género y de los servicios de salud que afectan de diagnóstico retrasar los enfermos de tuberculosis en Zambia urbana. Trop Med Int Salud 2001 , 6 (4) :256 -259 .

38. SD del césped, Afful B, Acheampong JW: La tuberculosis pulmonar : el retraso diagnóstico en los adultos de Ghana. *Int J Tuberc de pulmón Dis* 1998 , 2 (8) : 635 - 640 .
39. Franco J , Blanquer R , Flores J , Fernández E, Plaza P , Nogueira JM: [Análisis del retraso en el diagnóstico de la tuberculosis] . *Med Clin (Barc)* 1996 , 107 (12) :453 -457 .
40. Ngamvithayapong J , H Yanai , Winkvist A, Diwan V : la búsqueda de la salud el comportamiento y el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en una VIH- epidemia zona montañosa de Tailandia. *Int J Tuberc pulmón Dis* 2001 , 5 (11) :1013-1020 .
- 41.. Yamasaki - Nakagawa M , Ozasa K , Yamada N , Osuga K , Shimouchi A, Ishikawa N, Bam DS , Mori T: Diferencia de género en los retrasos en el diagnóstico y el cuidado de la salud del comportamiento de búsqueda en una zona rural de Nepal. *Int J Tuberc pulmón Dis* 2001 , 5 (1) :24 -31.
- 42.. Pirkis JE , Velocidad BR , Yung AP, Dunt DR, MacIntyre CR , Planta AJ : Tiempo de iniciar el tratamiento contra la tuberculosis . *Tuber pulmón Dis* 1996 , 77 (5) :401-406 .
- 43.. Guneylioglu D, Yilmaz A, S Bilgin , Bayram U, Akkaya E: Factores que afecta a los retrasos en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar tuberculosis en un hospital de tercer nivel en Estambul, Turquía. *Med. Sci. Monit* 2004 , 10 (2) : CR62 -7.
44. Farah MG , Rygh JH , Steen TW , Selmer R, Heldal E, Bjune G: Paciente y retrasos en el sistema de atención médica en el inicio de la tuberculosis tratamiento en Noruega. *BMC Infectious Diseases*, 2006 , 06:33 .
45. Demissie M , Lindtjorn B, Berhane Y: servicio del paciente y la salud la demora en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en Etiopía. *BMC Public Health* 2002 , 02:23 .
46. Odusanya OO, Babafemi JO: Patrones de retrasos entre pulmonar pacientes con tuberculosis en Lagos , Nigeria . *BMC Public Health* 2004 , 04:18 .
- 47.. Ward, J , V Siskind , Konstantinos A: sistema del paciente y atención de la salud retrasos en los pacientes con tuberculosis en Queensland , 1985-1998 . *Int J Tuberc pulmón Dis* 2001 , 5 (11) :1021-1027 .
- 48.. Hooi LN: La detección de casos de tuberculosis pulmonar en Penang. *Med J Malasia* 1994 , 49 (3) : 223 -230.

49. Golub JE , Bur S , Cronin WA, Gange S , Baruch N, Comstock GW , Retraso en el diagnóstico de la tuberculosis y de la tuberculosis : Chaisson RE transmisión . Int J Tuberc pulmón Dis 2006 , 10 (1) :24 -30.
50. Kiwuwa MS , Charles K , Harriet MK : El paciente y el servicio de salud retraso en pateints tuberculosis pulmonar que asisten a una derivación hospital: un estudio transversal . BMC Public Health 2005 ,5 (122).
- 51.. Altet Gómez MN, Alcaide Megias J , Canela Soler J , Mila Auge C ,Jiménez Fuentes MA, de Souza Galvao ML , Solsona Peiro J : [Pulmonar estudio el retraso diagnóstico de la tuberculosis sintomática] . arco Bronconeumol 2003 , 39 (4) :146 -152
- 53.. Rajeswari R , Chandrasekaran V , Suhadev M , Sivasubramaniam S ,Sudha G, Renu G: Los factores asociados con el paciente y la salud retrasos en el sistema en el diagnóstico de la tuberculosis en la India del sur .Int J Tuberc pulmón Dis 2002 , 6 (9) :789-795 .
- 54.. Steen TW , Mazonde GN: La tuberculosis pulmonar en Kweneng Distrito , Botswana : retrasos en el diagnóstico en 212 frotis positivo pacientes . Int J Tuberc pulmón Dis 1998 , 2 (8) :627 -634.
- 55.. OMS : retraso en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis .Ginebra, Organización Mundial de la Salud ; 2006 .
- 56.. Bai LQ , Xiao SY : [Factores asociados con el retraso diagnóstico para pacientes con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva en el medio rural Hunan , China] . Zhonghua Jie He He Xi Hu Za Zhi 2004 ,27 (9) :617 - 620
- 57.. Wandwalo ER , Morkve O: Retraso en la búsqueda de casos de tuberculosis y el tratamiento en Mwanza , Tanzania. Int J Tuberc de pulmón Dis 2000 , 4 (2) :133 -138 .
- 58.. Largo NH, Johansson E, Lonroth K, Eriksson B, Winkvist A, Diwan VK : retrasos más largos en el diagnóstico de la tuberculosis entre las mujeres de Vietnam. Int J Tuberc pulmón Dis 1999 , 3 (5) : 388 -393 .
- 59.. Mori camiseta , Shimao T, Jin BW, Kim SJ : Análisis del proceso de detección de casos de la tuberculosis en Corea. Tuber pulmón Dis 1992 , 73 (4) :225-231 .
- 60.. Lienhardt C , Rowley J , K Manneh , Lahai G, Needham D, Milligan P , McAdam KP: Los factores que afectan al tiempo de retardo de

tratamiento en un programa de control de la tuberculosis en un África subsahariana país : la experiencia de Gambia. *Int J Tuberc pulmón Dis* 2001 , 5 (3) :233 - 239 .

- 61.. Anastasatu C , D Burnea , Avramescu D, Varachiu I: [Causas de retraso en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar] . *Rev Ig Bacteriol Virusol Parazitol Epidemiol Pneumoftiziol Pneumoftiziol* 1989 ,38 (4) :317 - 331 .
- 62.. Okur E, Yilmaz A, Saygi A, Selvi A, Sungun F , E Ozturk , Dabak G: Patrones de retrasos en el diagnóstico entre los pacientes con smearpositive la tuberculosis pulmonar en un hospital universitario en Turquía. *Clin Microbiol Infect* 2006 , 12 (1) :90 -92.
- 63.. Enkhbat S , Toyota M , N Yasuda , Ohara H: influencia diferente sobre retrasos en el proceso de búsqueda de casos de tuberculosis entre médicos generales y especialistas en Mongolia . *J Epidemiol* 1997 , 7 (2) :93 - 98 .
- 64.. Liam CK , Tang BG: El retraso en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar tuberculosis en los pacientes que asisten a una enseñanza universitaria hospital. *Int J Tuberc pulmón Dis* 1997 , 1 (4) :326 -332.
- 65.. Xu B, Jiang QW , Xiu Y, Diwan VK: El retraso diagnóstico en el acceso a atención de la tuberculosis en los condados con o sin el Nacional Programa de Control de la Tuberculosis en la China rural . *Int J Tuberc Pulmón Dis* 2005 , 9 (7) :784-790 .
- 66.. Gagliotti C , D Resi , Moro ML: El retraso en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar TB en un escenario demográfico cambiante. *Int J Tuberc pulmón Dis* 2006 , 10 (3) :305 -309 .
- 67.. Sherman LF, Fujiwara PI , Cook SV , Bazerman LB, Frieden TR : Paciente y retrasos en el sistema de atención de salud en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis . *Int J Tuberc pulmón Dis* 1999 , 3 (12) :1088-1095
- 68.. Asch S , Leake B , Anderson R, Gelberg L : ¿Por qué sintomática pacientes retrasan la obtención de atención para la tuberculosis ? *Am J Respir Crit Care Med.* 1998 , 157 (4 Pt 1) :1244 -1248 .
- 69.. Ouedraogo M , Kouanda S , Boncounou K, M Dembele , Zoubga ZA, Ouedraogo SM , Coulibaly G: El tratamiento del comportamiento de búsqueda de pacientes tuberculosos bacilíferos diagnosticados en Burkina Faso. *Int J Tuberc pulmón Dis* 2006 , 10 (2) :184 -187 .
- 70.. Wang WB, Wang FD , Xu B, Zhu JF, Shen W , Xiao XR , Jiang QW

: [A estudio de coste -efectividad de un programa de detección de casos de tuberculosis a través de la detección a los sospechosos con la tos crónica síntomas en las ricas zonas rurales] . Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2006 , 27 (10) :857-860 .

- 71.. Calder L: Tuberculosis: razones de la demora diagnóstica en Auckland.N Z Med J 2000 , 113 (1122) :483 -485.
- 72.. Masjedi MR, Cheragvandi A, Hadian M , Velayati AA: Razones para la demora en el tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar .Este Mediterr Salud J 2002 , 8 (2-3) :324 -329 .
73. . Sasaki Y, Yamagishi F , Yagi T, Yamatani H, F Kuroda , Shoda H: [A estudio de la paciente y de la demora del médico en pacientes con pulmonario tuberculosis descubierto por los médicos que visitan con síntomas en particular, sobre la demora del médico] . Kekkaku 2000 ,75 (9) :527 - 532 .
- 74.. Chávez T: Demora en el Diagnóstico y Su correlato Clínico ,Radiológico y Bacteriológico en TBC Pulmonar . Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 1998 ,Vol. . 59 (3) :166 – 177.
- 75.. Saly S , Onozaki I, Ishikawa N: Descentralizados DOTS se acorta retrasar el tratamiento de TB significativamente en Camboya. Kekkaku 2006 , 81 (7) :467-474 .
- 76.. Nkhoma WA, Harries AD , Wiriama JJ: La tuberculosis pulmonar en Adultos de Malawi : ¿por qué la demora en el diagnóstico ? Med Trimestral J Med Assoc Malawi 1988 , 5:22-23 .
- 77.. Tesena N, N Chuin , Supannawong P , K Buphatrakul : Retraso en el caso encontrando en sexto centro de tuberculosis zonal. Tailandesa J Tuberc Dis Pecho1991 , 12:187-194 .
- 78.. Pungrassami P , Hirunayapa J , Tunsawai V , Pongpanich S , Petchborisut O: El estudio de la paciente y la demora del médico de la tuberculosis la detección de casos de TB Zona Centro 12 Yala. Tailandesa J Tuberc Pecho Dis 1993 , 14:73-83 .
- 79.. Nijima Y, Yamagishi F , K Suzuki , Yasuda J , Shirai T, N Satoh , Tougou N, S Wakayama , Ihara S : retardo [del paciente y la demora del médico en los casos de tratamiento primario de la tuberculosis pulmonar detectado por los síntomas subjetivos] . Kekkaku 1990 , 65 (10) :609 - 613 .
- 80.. Salaniponi FM, Harries AD , Banda HT , Kang'ombe C , Mphasa N,Mwale A, B Upindi , Nyirenda TE, Banerjee A, Boeree MJ :

Cuidado de la búsqueda comportamiento y los procesos de diagnóstico en pacientes con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva en Malawi. Int J Tuberc Pulmón Dis 2000 , 4 (4) :327 - 332 .

- 81.** Rodger A, Jaffar S , S Paynter , Hayward A , J , Maguire Carless H : Retraso en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar , Londres , 1998 -2000 : análisis de los datos de vigilancia. BMJ 2003 ,326 (7395) :909 -910 .
- 82.** Chiang CY, Chang CT , Chang RE , Li CT, Huang RM: Paciente y retrasos en el sistema de salud en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en el sur de Taiwan. Int J Tuberc pulmón Dis 2005, 9 (9) :1006-1012 .
- 83.** Deng HJ , Zheng YH, Zhang YY , Xu B: [Estudio sobre los factores que causan el retraso del acceso al diagnóstico de tuberculosis y su influencia factores en la migración de los pacientes con tuberculosis en el distrito de Putuo ,Shanghai] .Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2006 ,27 (4) :311 - 315 .
- 84.** Gulbaran Z, Pretet S , Dusser D: [desde el primer síntoma hasta el diagnóstico y desde el diagnóstico hasta el tratamiento de la tuberculosis : sigue siendo un largo retraso] . Rev Clin Pneumol 1996 , 52 (1) :20 -25.
- 85.** Sadiq H, Muyenck AD: Cuidado de la salud del comportamiento de búsqueda de la pulmonar pacientes con tuberculosis que visitan el centro TB Rawalpindi.