



Evaluación de la calidad del seguimiento al paciente con Tuberculosis, Municipio de Zarzal, 2006 – 2008

Quality evaluation of patient monitoring with TB, Municipality of Zarzal, 2006 - 2008

Mauricio Estrada Martínez **
Margarita María Gálvis Arbeláez **
María del Rosario Iburguen Manyoma **
Ana Liliana Zabala Sáenz **
Carmen Luisa Betancur Pulgarín*

Recibido Agosto 02 de 2011, Aprobado Septiembre 13 de 2011

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad del seguimiento de los pacientes del programa de Tuberculosis en la E.S.E Hospital Departamental San Rafael del Municipio de Zarzal-Valle del Cauca del 1 de Enero de 2006 a 31 de Diciembre de 2008.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, de tipo censal donde a partir de un instrumento de recolección de datos, se estudiaron 30 pacientes que ingresaron al programa. Se calcularon los indicadores de porcentaje, abandono, curación y fracaso, variables de oportunidad del inicio del tratamiento y de visitas; y se definieron estándares de calidad que permitieron evaluar la calidad del seguimiento de los pacientes. En programa SPSS versión 15.0, se realizó análisis univariado y bivariado.

Resultados: Se encontró que la población afectada pertenece a: estratos socioeconómicos bajos, niveles inferiores educativos; régimen subsidiado y vinculados; predominando la población en edad productiva y el género masculino. En el estudio se encontró un porcentaje de curación del 23.3%, tratamiento terminado del 26.7%, fracaso 10%, fallecidos 20%, no se presentó abandonos del tratamiento. Se identificó el no cumplimiento de la calidad del seguimiento a los pacientes con tuberculosis.

Conclusiones: esta investigación sugiere que el seguimiento de los pacientes de tuberculosis en el Municipio de Zarzal, no cumple con los estándares de calidad definidos por la norma nacional.

Palabras Clave

Calidad de la atención en salud, tuberculosis, tratamiento de tuberculosis, programa de tuberculosis.

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of patient monitoring at the TB program in San Rafael ESE Departmental Hospital of the Municipality of Valle del Cauca Zarzal, 1 January 2006 to December 31, 2008.

Methods: A quantitative and descriptive study, census-type from a instrumental data collection, we studied 30 patients who entered the program. The indicators were calculated as a percentage, abandonment, and failure recovery, variable timing of initiation of treatment and visits, and defined standards that allowed us to evaluate the monitoring quality of patients. It was conducted a univariate and bivariate In SPSS 15.0 program.

Results: We found that the affected population belongs to: lower socioeconomic strata, lower levels of education; subsidized and linked, dominated by the population of working age and male gender. The study found a cure rate of 23.3% over the treatment 26.7%, failure 10%, 20% died, did not show withdrawal from treatment. Non-compliance was identified in the monitoring quality of patients with tuberculosis

Conclusions: This study suggests that the monitoring of tuberculosis patients in the Municipality of Zarzal, does not meet the standards defined by national standards

Key Words

Quality of health care, Tuberculosis TB, TB treatment, TB program

* Epidemióloga Docente Centro de Posgrados Fundación Universitaria del Área Andina

**Estudiantes Especialización de Epidemiología IV cohorte Fundación Universitaria del Área Andina

Correspondencia: Margaraga@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es probablemente la más vieja epidemia que afecta a la especie humana, estudios recientes dan a esta vieja enfermedad una antigüedad cercana a los tres millones de años y durante este tiempo ha sido la enfermedad infecciosa humana más importante. En el siglo XXI sigue siendo una de las tres enfermedades infecciosas con mayor mortalidad junto con el SIDA; causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, en la que generalmente se encuentran comprometidos los pulmones, pero puede también verse afectado el sistema nervioso central, el sistema linfático, circulatorio, genitourinario, gastrointestinal, sistema óseo, articulaciones y aún la piel. (1)

La OMS aun estima una prevalencia mundial de 14 millones de afectados, una incidencia de cerca de 9 millones y la mortalidad de 1.5 millones de personas. (2)

Se calcula que en el año 2007 hubo 9,27 millones de casos incidentes de TB en todo el mundo, es decir más que los 9,24, 8,3 y 6,6 millones registrados en los años 2006, 2000 y 1990, respectivamente. En el año 2007 la mayoría de esos casos se registraron en Asia (55%) y África (31%); en las regiones del Mediterráneo Oriental, Europa y las Américas donde las cifras correspondientes fueron del 6%, 5% y 3%, respectivamente. (2)

Los casos prevalentes de TB en el año 2007 fueron 13,7 millones (206 por 100.000), es decir, menos que los 13,9 millones (210 por 100.000) estimados en 2006. (2)

En Colombia, específicamente en el departamento del Valle del Cauca la tuberculosis en su forma pulmonar para el 2007, presentó una tasa de 30 casos por 100.000 habitantes, ligeramente superior a la del 2006 que fue 26,6 por cien mil habitantes. Se estima en el departamento un 12% de abandono de tratamiento, un 52% de curación y la presencia de resistencia a medicamentos antituberculosos en 15 Municipios y multiresistencia en cuatro, la detección temprana de sintomáticos respiratorios ha mejorado y se mantiene el porcentaje de detección por baciloscopia BK en un 70% y en cuanto a curación no se logró la meta esperada de 80% al período 2007. Los municipios con tasas de notificación más altas fueron Anserma nuevo, El Águila, Buenaventura y el Dovio. Los municipios con más bajas tasas son: La Cumbre, Argelia, Ulloa, Yotoco y Calima Darién. El municipio de Zarzal, en el año 2007 presentó una tasa general de 16,8 por 100.000 habitantes, notificados y confirmados en el SIVIGILA. (3)

A pesar de los esfuerzos en los últimos años, la tuberculosis continúa siendo una importante causa de mortalidad en el mundo y un reto para todos los países en términos de salud pública. El resurgimiento de la enfermedad o el mantenimiento de la endemia, acentuada por la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud de calidad, el debilitamiento de los programas de control y estructuras sanitarias poco coordinadas, llevaron en 1993 a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar la tuberculosis como una emergencia de salud pública y recomendar como estrategia fundamental para la lucha contra ella la Directly Observed Therapy Short course (DOTS) (terapia acortada con supervisión directa). (4)

Sin embargo en Colombia, a partir de la Ley 100 de 1993, que instauró el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en el país, los programas de tuberculosis se vieron seriamente afectados en las acciones de demanda inducida, detección de casos, seguimiento de pacientes durante su tratamiento, supervisión de las actividades del programa y capacitación al personal de salud.

Se ha evaluado la calidad de la asistencia médica en el Programa para el Control de la Tuberculosis, por medio de indicadores contemplados en la evaluación de la calidad en la atención primaria en salud, evidenciándose evaluación inadecuada: toma de la primera muestra (71,7 %), realización de cultivos (47,2 %), toma de la segunda muestra (65,3 %) y casos diagnosticados en APS (12,5

%). Entre los indicadores negativos figuraron: casos diagnosticados en la atención secundaria de salud (87,5 %) y diagnóstico tardío (87,5 %). (6)

Otros autores, han encontrado una demora significativa entre el diagnóstico y la notificación, lo que evidencia cierto descuido en este aspecto en el programa que puede contribuir a la transmisión de la enfermedad en la población; así mismo se documentó la inexistencia de datos, ya que los registros no estaban completos en las historias clínicas de muchos casos, detectando dificultades en el cumplimiento de algunos indicadores del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. (7)

También se han evaluado los indicadores operativos del programa, con respecto a la tasa de curación, donde se observó la falta de registro de la baciloscopia de final de tratamiento lo cual impide determinar esta tasa. De igual manera, se evidencia un porcentaje de abandonos muy alto y luego desciende rápidamente cuando se implementa la estrategia TAES/TDO en 1995 hasta llegar ningún abandono (0%) en el último año evaluado (8)

A pesar que existen estudios sobre la evaluación del programa de tuberculosis, en Colombia son muy pocos, por lo que se hace necesario realizar un estudio propio en el Hospital San Rafael de Zarzal, y poder así sugerir recomendaciones concretas que contribuyan a mejorar la calidad en el seguimiento a los pacientes del programa de tuberculosis y por ende disminuir la incidencia del evento en la población.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la calidad del seguimiento de los pacientes del programa de Tuberculosis en la E.S.E Hospital Departamental San Rafael del Municipio de Zarzal-Valle del Cauca del 1 de Enero de 2006 a 31 de Diciembre de 2008.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo cuantitativo descriptivo retrospectivo. La población objeto de estudio fueron 30 pacientes que ingresaron al programa de tuberculosis del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal, en el período comprendido del 1 de enero de 2006 a diciembre 31 de 2008; los criterios de inclusión fueron: datos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el municipio de Zarzal y pacientes que ingresaron al programa y terminaron su tratamiento en el Municipio y como criterios de exclusión: pacientes inscritos en el programa, con evidencia de historia clínica, con inexistencia de tarjeta individual. Esta información fue recolectada de fuentes de datos de tipo indirecto: historias clínicas de los pacientes y tarjeta individual de tratamiento. Como fuente directa se utilizó un instrumento diseñado por los investigadores que permitió recolectar la información requerida de las fuentes indirectas de acuerdo a los objetivos y variables contempladas en este estudio las cuales fueron: variables sociodemográficas, variables para medir el grado de cumplimiento del tratamiento; variables de medición de la calidad del seguimiento a contactos.

Se creó una base de datos en Excel a partir del instrumento de recolección de los datos, con la cual se realizó también la respectiva digitación, análisis y diseño de los gráficos.

Se obtuvieron las variables de oportunidad del inicio del tratamiento y de visitas, restando las fechas para obtener el tiempo de demora en la realización de la actividad y se calcularon los indicadores de porcentaje, abandono, curación y fracaso dividiendo el número de pacientes que presentaron la condición sobre el número de pacientes que iniciaron tratamiento multiplicado por 100.

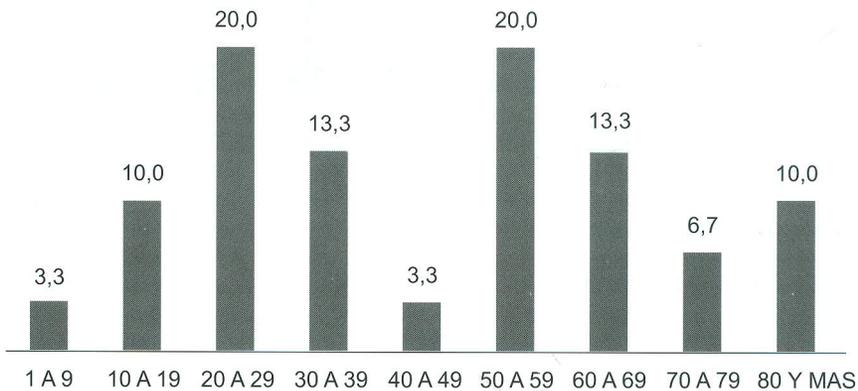
En el programa SPSS versión 15.0, se realizó análisis univariado teniendo en cuenta la Operacionalización de variables y por último, se hizo el análisis bivariado de acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis univariado.

Se definieron estándares de calidad en el seguimiento a los pacientes con tuberculosis, teniendo

en cuenta la Guía de atención de la tuberculosis del Ministerio de la Protección Social. El cual se dividió en tres bloques temáticos: cumplimiento en el tratamiento, controles por laboratorio y personal de salud y calidad según indicadores del programa, con un total del ítems de 10, evaluados con una escala de cumple o no cumple; donde cumple significa cumplimiento igual o superior a lo establecido en la guía de atención y no cumple equivale a: incumplimiento inferior a lo establecido en la guía de atención.

RESULTADOS

El total de pacientes del programa de tuberculosis fue 30, de estos se identificó que la edad mínima de esta población es de 6 años y la máxima de 87, con una mediana de 48 años y una moda de 58 años (ver gráfica 1); de estos el 43,30% pertenecen al género femenino y el 56,70% al género masculino. Se observó que solo una mínima parte (1/7) de la población estudiada son afrocolombianos e indígenas y Cerca de la mitad de la población se encuentra en unión libre, una tercera parte son solteros y el resto corresponde a pacientes casados y separados.



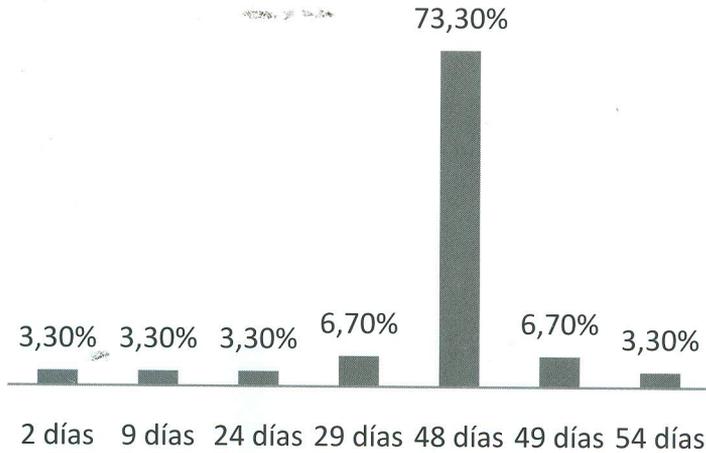
Gráfica 1 Distribución por edad de los pacientes del programa de tuberculosis entre los años 2006 a 2008 de Zarzal Valle. n=30

Más de la mitad de la población estudiada tiene un nivel de escolaridad bajo (sin escolaridad 27,27% y primaria incompleta 18,18% y completa 27,27%); casi la totalidad de los pacientes proceden del área urbana, solo una quinta parte son del área rural y las cuartas quintas partes son vinculados y subsidiados, el resto son contributivo. (Ver gráfica 2)

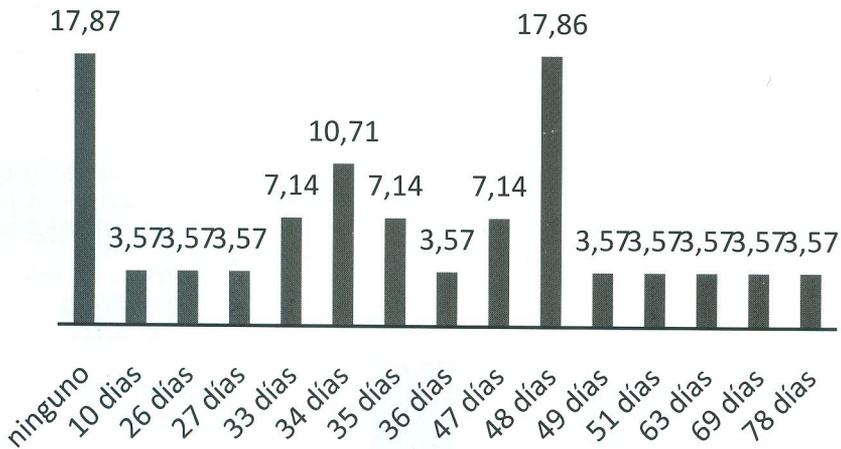


Gráfica 2 Distribución según el tipo de seguridad social De los pacientes del programa de tuberculosis entre los Años 2006 a 2008 del Municipio de Zarzal Valle N=30

Con respecto a la medición del grado de cumplimiento de tratamiento, se encontró que en el número de días de tratamiento recibido en la primera fase, el mínimo de dosis recibidas fue de 2 y el máximo 57, con una mediana y moda de 48 (ver gráfica 3), y con respecto a los días de tratamiento recibido en la segunda fase, el mínimo de dosis recibidas fue de cero y el máximo fue de 78, con una media de 35 y una moda de 0. (Ver gráfica 3)

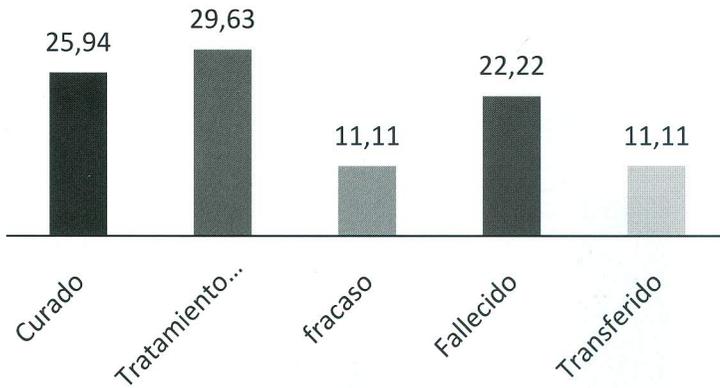


Gráfica 3 Distribución según número de días de Tratamiento recibido en la primera fase en los pacientes del programa de tuberculosis de Zarzal. N=30



Gráfica 4 Distribución según número de días de tratamiento recibido en la segunda fase en los pacientes que pertenecen al programa de tuberculosis del Municipio de Zarzal. N=28

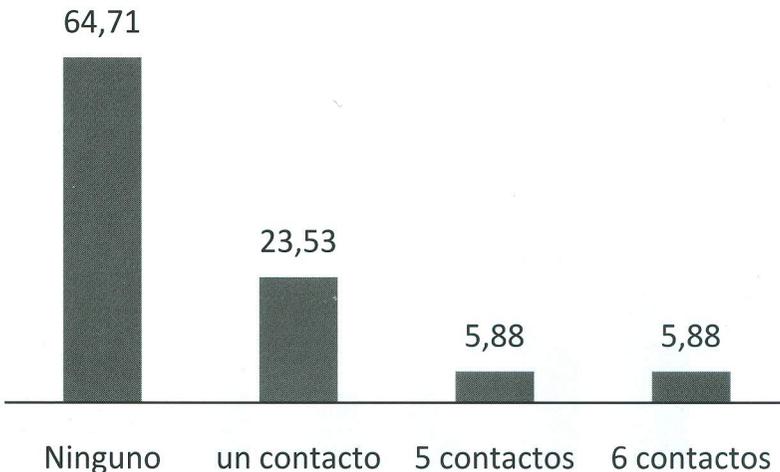
Con relación a la condición final del paciente se encontró que el porcentaje de curación de los mismos es muy bajo (25,95%), de acuerdo a lo establecido en norma, igualmente, se identificó que el número de pacientes con tratamientos terminados y transferidos es alto, con un porcentaje de 29,63% y 11,11% respectivamente. (Ver gráfica 5)



Gráfica 5 Distribución según condición final de los pacientes que pertenecen al programa de tuberculosis del Municipio de Zarzal. N=27

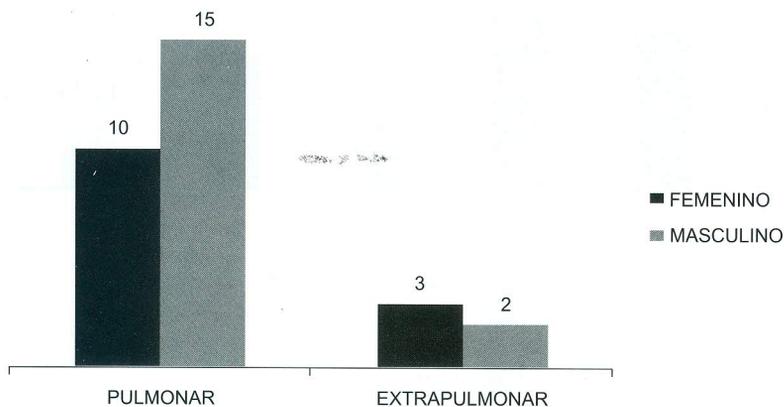
En la medición de la calidad del seguimiento realizado a los contactos detectados, se encontró, que solo 7 pacientes tenían el registro en la historia clínica de la realización de visita domiciliaria; el número de pacientes que inician su tratamiento de forma inmediata es bajo (16,67%) y un alto número lo inician al día siguiente del diagnóstico (33,33%), Cabe anotar que al 100% de los pacientes se les realizó seguimiento a contactos, identificando que la mitad de la población, no tenían contactos menores de 5 años, siendo difícil la identificación de los que se les inmunizaron con BCG; y un tercio tenían un solo contacto y el resto 2 contactos.

Del total de los pacientes estudiados, un tercio de la población, tenían de 4 a 6 contactos, otro tercio, de 1 a 3 contactos, y el resto de 7 a 13 contactos, también se identificó que una quinta parte tenían un solo contacto sintomático respiratorio y el resto más de 5 contactos sintomáticos respiratorios.(ver gráfica 6)



Gráfica 6 Distribución según número de contactos Sintomáticos respiratorios. N=17
El análisis bivariado arrojó los siguientes resultados:

Con respecto a la relación del tipo de tuberculosis y género, la cantidad de hombres excede al de mujeres en una proporción de 3 a 2 en los pacientes con tuberculosis pulmonar, en tanto que en la tuberculosis extrapulmonar la proporción entre géneros se invierte. (Ver grafica 7)



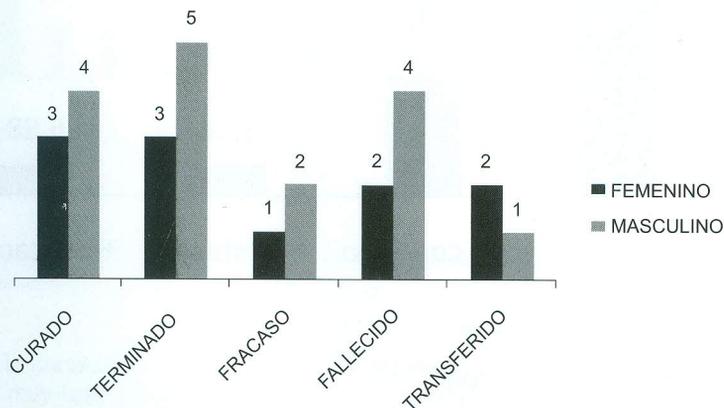
Gráfica 7 Distribución por género y tipo de tuberculosis de los pacientes del programa en Zarzal Valle entre los años 2006 a 2008. n=30

En la relación entre estado civil y tipo de tuberculosis se encontró, que la proporción entre pacientes con pareja y sin ella es de 1 a 1; y entre los solteros y en unión libre representan la mayor parte de la población.

En la relación de estrato socioeconómico y tipo de tuberculosis, se evidencia, que todos los pacientes con estrato registrado pertenecen a los 2 niveles inferiores socioeconómicos del Municipio de Zarzal.

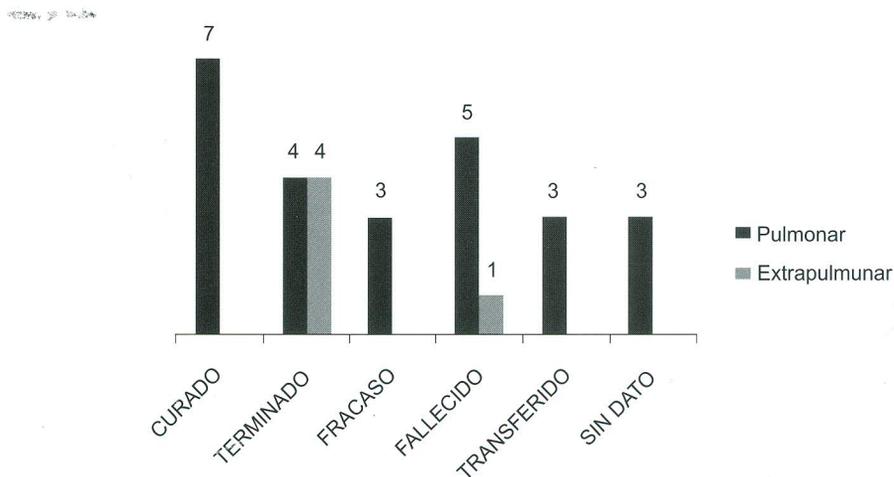
Con respecto a la relación entre seguridad social y tipo de tuberculosis, el régimen contributivo solo cubre la sexta parte de los enfermos; el grupo restante está repartido en forma equivalente entre el régimen subsidiado y la población pobre no asegurada.

Al analizar la relación entre género y condición final de los pacientes, se encontró, que fallecieron 2 hombres por cada mujer, proporción que se conserva en los pacientes con fracaso y que se invierte en los transferidos, en tanto que en los curados y tratamiento terminado la proporción hombre mujer son de 4 y 5 a 3 respectivamente. (Ver gráfica 8)



Gráfica 8 Distribución por género y condición final en los pacientes del programa de tuberculosis en Zarzal Valle Entre los años 2006 a 2008. n=27

En la relación entre condición final de los pacientes y tipo de tuberculosis, se infirió, que la sumatoria de pacientes curados, terminados y transferidos representa más de la mitad del total, se presentó una mortalidad de la quinta parte de los enfermos y se confirmó que la tuberculosis extrapulmonar tiene como condición final predominante el tratamiento terminado. Hay un 10%, todos con tuberculosis pulmonar, en que se desconoce la condición final del paciente. (Ver gráfica 9)



Gráfica 9 Distribución por condición final y tipo de tuberculosis de los pacientes del programa en Zarzal Valle entre los años 2006 a 2008. n=30

Se calcularon los indicadores de evaluación del control de la tuberculosis, para lo cual se obtuvieron las siguientes cifras:

- Grado de fracaso = $3/30 \times 100 = 10 \%$
- Grado abandono = $0/30 = 0 \%$
- Grado curación = $7/30 \times 100 = 23,33 \%$
- Grado de tratamiento terminado = $8/30 \times 100 = 26,7 \%$.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, se encontró que la población afectada pertenece a estratos socioeconómicos bajos, niveles inferiores educativos; régimen subsidiado y vinculado, predominando la población en edad productiva y el género masculino.

La presencia de la tuberculosis acompaña a la población pobre de este estudio, situación también descrita por Kart Toman en "Tuberculosis: Detección de casos, tratamiento y vigilancia" y reiteradamente por la OPS, cuando resalta que la pobreza ocasiona desnutrición y hacinamiento, que confluyen en mayor presencia de la enfermedad y esta a su vez afecta la productividad de los enfermos y la situación socioeconómica.

A pesar de la declaratoria de la tuberculosis como un problema prioritario de salud pública en 2007, merced al Decreto 3039, y a pesar del compromiso en Colombia con los objetivos de desarrollo del milenio y la estrategia DOTS, por lo cual es una meta curar el 85% de los casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, en el estudio se encuentra un porcentaje de curación cercano a la tercera parte de este objetivo. No se presentó en éste, abandono del tratamiento, lo que permitió alcanzar la meta de obtener cifras cercanas a cero en abandonos.

Se puede inferir del estudio, una tasa anual promedio de 24 por 100.000 habitantes coincidente con las cifras dadas por la Secretaría Departamental de Salud en "Situación de Salud Valle del Cauca 2007", donde reporta que la tuberculosis en su forma pulmonar para el 2007, presentó una tasa de 30 casos por 100.000 habitantes, ligeramente superior a la del 2006 (26,6 por cien mil habitantes).

Las dificultades denotadas en la Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar del Ministerio de salud, tal como incapacidad para incluir los enfermos una vez identificados es coincidente con el subregistro documentado en el estudio.

Comparativamente con los resultados obtenidos en el estudio: Evaluación del Programa de Control de la Tuberculosis en el Instituto Pedro Kouri 1994-1995 realizado por Susana Borroto Gutiérrez y otros, publicado por la Rev. Cubana Salud Pública en 1999, se encuentran grandes coincidencias tales como el promedio de 3,5 días entre el recibimiento de los resultados en la institución y el inicio del tratamiento, que para el caso de este estudio, fue de 4,1 días, así como el no poderse obtener algunos datos de todos los pacientes. En el caso del estudio de Zarzal, son múltiples las variaciones en el porcentaje de datos registrados del total de los pacientes y van de 33 % al 100 %, detectándose dificultades en el cumplimiento de los indicadores de evaluación de la guía de atención a la tuberculosis.

Otras coincidencias en los resultados de este estudio con el realizado en Argentina en 2004, "Evaluación del programa de control de tuberculosis en la ciudad de Lujan" por Laura Borrajo, y otros; fue la forma de presentación pulmonar como la más frecuente: 76% en el estudio argentino y 80% en los resultados de éste estudio. También se encuentran contrastes en los indicadores operativos, en ellos se observó la falta de registro de la baciloscopia de final de tratamiento no acontecido a nivel local lo cual nos permitió determinar la condición final del paciente. De igual manera, se ve un menor porcentaje de abandonos que para ellos alcanzó el 51.3 % frente a esta experiencia en la cual se encontró ausencia de abandonos.

CONCLUSIONES

Según lo observado y descrito en los resultados del presente estudio se halla.

El análisis realizado al seguimiento de los pacientes del programa de tuberculosis en la ESE Hospital Departamental San Rafael, demuestra que no se cumple con los estándares de calidad definidos en el estudio, con base en lo establecido por la norma técnica.

Se encontró que la población afectada pertenece a estratos socioeconómicos bajos, niveles inferiores educativos; régimen subsidiado y vinculado; predominando la población en edad productiva y el género masculino.

Se observa un bajo grado de cumplimiento en indicadores de evaluación del control de la tuberculosis.

A la totalidad de los contactos del paciente del programa de tuberculosis del municipio de Zarzal se les realizó seguimiento, no se encontró ningún resultado positivo de baciloscopia entre ellos, a pesar de que la tercera parte de los contactos era sintomático respiratorio.

AGRADECIMIENTOS

Al personal asistencial del Hospital San Rafael de Zarzal Valle.

A la Dra. Claudia Marcela González gerente de la ESE Hospital San Rafael de Zarzal Valle, quien nos abrió las puertas de su institución para la realización de la investigación.

REFERENCIAS

- 1 Stein J H. Internal medicine. 4 ed. St Louis: CV Mosby, 1997: 2193-8.
- 2 Organización Mundial de la Salud, Informe de tuberculosis 2009.
- 3 Secretaría Departamental de Salud, Situación de Salud Valle del Cauca 2007, Santiago de Cali, abril de 2008.
- 4 Castiblanco Cesar Augusto, Llerena Polo Claudia, Epidemiologic Situation of tuberculosis in Colombia, 2006
- 5 Castillo Núñez Bárbara, Díaz Cruz Luisa María , Bauzá Díaz Manuel, Llanes Cordero María Josefa, Evaluación de la calidad del programa para el control de la tuberculosis pulmonar en el Policlínico " Julián Grimaú García" (parte II), Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, MEDISAN 2001;5(1):10-19.
- 6 Rueda Pérez Gilberto, M.D. Expresidente Academia Nacional de Medicina. Representante ante el Comité Asesor del Ministerio de Salud para el control de la TBC. Miembro de la Junta Directiva Nacional de la Liga Antituberculosa Colombiana, Evaluación y manejo de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.
- 7 Borroto Gutiérrez Susana, Moya Jústiz Gilberto y Padilla Pérez Orlando, Evaluación del Programa de Control de la Tuberculosis en el Instituto Pedro Kouri 1994-1995, Rev. Cubana Salud Pública; 1999; 25(1):39-43.
- 8 Borrajo M.C., Celia Laura, Parrello Claudia, Evaluación del programa de control de tuberculosis en la ciudad de Lujan, Buenos Aires, Argentina, 2004.