

FACTORES ASOCIADOS A LA TUBERCULOSIS EN POBLACIONES
INDIGENAS DE AMERICA DURANTE EL PERIODO 2005 A 2015

ARGUMEDO RIOS MARIA MARCELINA

SOLANO ROSSI MARIA ANGELICA

FUNDACION UNIVESITARIA DEL AREA ANDINA

ESCUELA DE POSGRADOS

PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGIA

MONTERIA

2016

FACTORES ASOCIADOS A LA TUBERCULOSIS EN POBLACIONES
INDIGENAS DE AMERICA DURANTE EL PERIODO 2005 A 2015

ARGUMEDO RIOS MARIA MARCELINA

SOLANO ROSSI MARIA ANGELICA

Monografía para optar al título de Especialista en Epidemiología

Asesor metodológico y Temático:

Andrea Alvarado Parada

FUNDACION UNIVESITARIA DEL AREA ANDINA

ESCUELA DE POSGRADOS

PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGIA

MONTERIA

2016

CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	8
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. OBJETIVOS.....	9
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
5. METODOLOGIA	10
6. PROCESO DE SELECCIÓN DE INFORMACION.....	10
7. TIPO DE ESTUDIO:	11
8. ALCANCE:	12
9. POBLACIÓN:	12
10. ORGANIZACIÓN CATEGORIAL:	12
11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	12
12. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	13
13. ASPECTOS ÉTICOS	13
14. CAPITULOS:	14
14.1. CAPITULO I: FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS	14
14.2 CAPITULO II: DETERMINANTES INTERMEDIOS Y TUBERCULOSIS	18
14.3 CAPITULO III: MEDIDAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN IMPLEMENTADAS EN LAS AMÉRICAS EN EL PERIODO 2005 AL 2015 PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS	21
CONCLUSIONES:.....	29
REFERENCIAS.....	30
TABLAS	34

RESUMEN

En este documento se recopilaron artículos de estudios publicadas entre los años 2005 y 2015 sobre Tuberculosis, con el objetivo de describir a la luz de la literatura los factores asociados a esta enfermedad en las poblaciones indígenas de América, el cual se desarrolló en tres fases: 1. búsqueda en fuentes primarias y secundarias relacionadas con las palabras claves; 2. Análisis de la información a partir de la depuración de fuentes con priorización primaria. 3. Síntesis y análisis de la información ordenado por categorías.

La búsqueda se realizó en inglés y español, estableciendo una visión general de la temática mediante la exploración en Google académico, información institucional de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, así como en bases de datos como: PubMed; ScienceDirect; Scielo; RedALyC; e-libro; Dialnet; LILACS.

Los resultados mostraron que los procesos migratorios, los altos índices de pobreza, la marginación, la desnutrición, el hacinamiento y las necesidades básicas insatisfechas, así como el difícil acceso a los servicios de salud son los principales factores que inciden en la prevalencia de la Tuberculosis al interior de las comunidades indígenas de América.

PALABRAS CLAVE: TB, Tuberculosis, Indígenas, Factores asociados, Prevalencia, Determinantes intermedios.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo busca describir a la luz de la literatura los factores asociados a la Tuberculosis (TB) en los pueblos indígenas de América a través de una revisión de fuentes documentales (artículos de investigación, informes, memorias de congresos y de cualquier fuente valida, pertinente y seria) publicada en bases de datos como PubMed; ScienceDirect; Scielo; RedALyC; utilizando los descriptores MeSH de Medline y DeCS, que describan la Tuberculosis (TB) y su prevalencia en comunidades indígenas.

Con fines operativos, el tema general se desagrega en unidades temáticas como: factores asociados a la prevalencia de tuberculosis; determinantes intermedios y tuberculosis y medidas de promoción y prevención implementadas en las américas, las cuales sirvan de base en la formulación de recomendaciones en futuras investigaciones e intervenciones de la Tuberculosis (TB) en poblaciones indígenas.

Este documento espera ser un elemento importante para reconocer los principales determinantes socioculturales que influyen en la prevalencia de la Tuberculosis (TB) en las poblaciones indígenas del continente americano y con ello hacer intervenciones eficaces que contribuyan con su erradicación en este grupo poblacional.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Tuberculosis (TB) ha sido catalogada por la Organización Panamericana de la Salud como una de las enfermedades infecciosas que más ha afectado a la humanidad en toda su historia, es causada específicamente por una bacteria llamada *Mycobacterium Tuberculosis*, que compromete principalmente a los pulmones, pero que puede propagarse a otros órganos como el sistema nervioso central, los riñones o la columna vertebral. (Márquez, Escartín, Milián, & Pérez, 2008)

Habitualmente una persona que ha sido contagiada con Tuberculosis presenta síntomas como cansancio generalizado o sensación de fatiga, debilidad, fiebre, pérdida de peso corporal y sudores nocturnos. (Márquez, Escartín, Milián, & Pérez, 2008). Estos primeros síntomas pueden ser leves muchos meses, pero puede infectar a lo largo de un año a entre 10 y 15 personas por contacto directo. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad, la Tuberculosis es considerada un problema de salud pública, se estima que un tercio de la población mundial ha sido infectada y/o está en riesgo de enfermar en algún momento de su vida. (Gonzales Cotrina, 2014). En 2014, 9.600.000 de personas enfermaron de tuberculosis y 1.500.000 murieron por esta enfermedad; más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos y esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

En 2014, alrededor del 80 % de los casos de tuberculosis se presentaron en 22 países. Los seis países con el mayor número de incidencias en 2014 fueron la India, Indonesia, Nigeria, Pakistán, la República Popular de China y Sudáfrica. En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el número de casos están descendiendo muy lentamente. En Brasil y China, por

ejemplo, se cuentan entre los 22 países con un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Del total de casos de tuberculosis presentados en el mundo en el año 2013, el Sudeste asiático y las Regiones del Pacífico Oeste reportaron el 56%. Por su parte en el continente africano la mayoría de las infecciones y muertes son producidas por esta enfermedad, y en países China y la India son los países que tienen el mayor número de casos en el continente asiático. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

En las Américas, se estima que en el 2011 hubo unos 337.000 casos prevalentes de Tuberculosis, lo que equivale a 36 por 100.000 habitantes. El número estimado de casos prevalentes fue de 116.000 en la subregión de América del Sur-otros (34% de la cifra regional total calculada); 103.000 (31%) en la subregión andina de América del Sur; 59.000 (18%) en México y Centroamérica; 42.000 (11%) en el Caribe; y 17.000 (5,1%) en América del Norte. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Según datos de la ONU, en el mundo hay unos 370 millones de personas indígenas, distribuidas en 90 países, quienes hablan alrededor de 7.000 lenguas y representan cerca de 5.000 culturas. (Organización de las Naciones Unidas, 2013).

En la Región de las Américas, existe una gran diversidad cultural determinada, en gran parte por la presencia de aproximadamente 45 millones de personas indígenas pertenecientes a 400 grupos indígenas diferentes (OPS,2002). El 94% de de las poblaciones indígenas de Latino América habitan en países priorizados para Tuberculosis. En 4 países prioritarios cerca del 40% de su población es indígena y por su puesto la incidencia de Tuberculosis es hasta 10 veces mayor al de la población general por cada 100 mil habitantes, convirtiéndolos en uno de los grupos de riesgos para Tuberculosis debido en gran parte a las desigualdades sociales y la marginalización. (Caminero Luna, 2008)

2. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores asociados a la prevalencia de Tuberculosis en comunidades indígenas de América según estudios realizados en el periodo 2005 a 2015?

3. JUSTIFICACIÓN

Los lineamientos estratégicos de Organización Panamericana de la Salud OPS (2003-2007) incluyen fortalecer los sistemas de información y la capacidad de análisis y gestión de los países de América para la priorización y atención de la población indígena, tomando en cuenta el perfil epidemiológico y las características socioculturales de cada comunidad. Ello implica la adaptación de servicios a los modelos socio-culturales y la generación de conocimiento a través de la investigación operativa.

Según Jurado Zambrano, L. F. (2013) “En el área de investigación aplicada aunque se han hecho esfuerzos, persisten dificultades en la integración de las líneas de investigación que contribuyan a las prioridades y necesidades en salud pública en Tuberculosis. La investigación operativa es incipiente y no se ha identificado como una necesidad para generar evidencia que apoye las decisiones del Programa Nacional Control de Tuberculosis”.

Con este documento se pretende hacer una búsqueda para conocer lo que se ha investigado sobre factores asociados a la prevalencia de Tuberculosis en poblaciones indígenas de América durante el periodo 2005 a 2015, y espera ser un elemento importante para mejorar el estado de salud de estas poblaciones.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir a la luz de la literatura los factores asociados a la Tuberculosis en comunidades indígenas de América durante el periodo 2005 a 2015

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Detallar los factores asociados a la prevalencia de Tuberculosis en Comunidades Indígenas.
2. Analizar la relación entre Tuberculosis y los determinantes intermedios de la salud en comunidades indígenas de América.
3. Especificar las medidas de promoción y prevención en salud implementadas para el control de la tuberculosis en comunidades indígenas.

5. METODOLOGIA

El desarrollo de este documento se llevó a cabo mediante una revisión sistemática de artículos publicados en bases de datos reconocidas, bajo una estrategia organizada y coherente de búsqueda y análisis de la información.

La sistematización se hizo en tres fases:

- Fase Heurística: consistió en la búsqueda, recopilación y organización de las fuentes de información para conformar la base de datos bibliográfica utilizando las palabras claves establecidas para este estudio.
- Fase Hermenéutica: constituida en dos partes, en la primera se hizo revisión y elaboración de las fichas bibliográficas y en la segunda se analizó la información registrada en las fichas para construir las unidades temáticas.
- Fase de consolidación monográfica: Consistió en la redacción del documento final a través de unidades temáticas.

6. PROCESO DE SELECCIÓN DE INFORMACION

6.1. Selección de Bases de Datos: Entre las bases de datos disponibles (PubMed, ScienceDirect, Scielo, RedALyC, e-libro, Dialnet, Medline y Lilacs), se consultaron aquellas relacionadas con las palabras claves seleccionadas (TB, Tuberculosis, Indígenas, Factores asociados, Prevalencia, Determinantes intermedios), reconociendo y utilizando los tesauros Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

Un tesoro es una herramienta terminológica compuesta por un conjunto de términos relacionados entre sí sobre un tema o materia determinada, son utilizados en

bases de datos o sistemas de información automatizados para controlar el vocabulario. (Maldonado Martinez, 2010)

6.2 Términos de búsqueda: De acuerdo con estos los resultados, se seleccionaron los siguientes términos de búsqueda considerados más apropiados según los sistemas de indización (MeSH y DeCS). Ver Tabla 1

6.3 Diligenciamiento de la matriz de sistematización y análisis de información: Los aspectos diligenciados en la matriz de sistematización y análisis de la información fueron los datos bibliográficos; el tipo de Investigación; la síntesis del documento o estudio donde se hizo una breve descripción del objetivo y los resultados de los mismos; los capítulos que conformarían el cuerpo del documento final.

6.4 Resultados generales de la búsqueda: Los resultados de la estrategia de búsqueda fueron consolidados en matrices de resultados, en donde se especifica el número de las referencias por cada base de datos, con los criterios seleccionados. Ver tabla 2.

7. TIPO DE ESTUDIO:

Monografía de compilación consistente en la presentación y análisis de los resultados de la revisión bibliográfica encontrada sobre el tema seleccionado: Tuberculosis en población indígena, cuyo objetivo general es describir a la luz de la literatura los factores asociados a la Tuberculosis en comunidades indígenas de América durante el periodo 2005 a 2015.

8. ALCANCE:

Documento descriptivo aplicable a todas las comunidades indígenas del continente americano.

9. POBLACIÓN:

Documento producido sobre población indígena y análisis de los factores asociados a la Tuberculosis en comunidades indígenas de América.

10. ORGANIZACIÓN CATEGORIAL:

- Factores asociados a la prevalencia de tuberculosis
- Determinantes intermedios y tuberculosis.
- Medidas de promoción y prevención implementadas en las américas

11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Documentos en idioma español, inglés y portugués publicados entre los años 2005 y 2015, relacionados con el tema: Tuberculosis en pueblos indígenas

12. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Documentos incompletos y documentos con restricción definitiva de reproducción.

13. ASPECTOS ÉTICOS

a) Respeto por los derechos de autor.

b) Solicitud o autorizaciones, asociaciones si se requiere adaptaciones o uso de documentos para los que oficialmente este prohibida su reproducción sin autorización.

Se tiene en cuenta en esta investigación el principio de beneficencia como la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios y el principio de no maleficencia de abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros, por lo tanto a partir de lo que aquí consignamos se rige bajo estos principios, exige fidelidad y confiabilidad técnica, científica y será de uso para promover mayor investigación, buscando el bienestar de la sociedad.

14. CAPITULOS:

14.1. CAPITULO I: FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS

Según Álvarez Hernández et al. (2013), A pesar de que en México se han realizado investigaciones epidemiológicas con el objetivo de estudiar la distribución de la tuberculosis en grupos indígenas, las cuales han mostrado tasas elevadas de morbilidad y mortalidad, asociadas a pobreza y marginación social, poco se conoce acerca del efecto de esta última en la carga de la enfermedad.

Por su parte, Romero-Amaro et al. (2008).Describieron que en el Estado Zulia, por razones geográficas, predomina la presencia de población indígena, representada por cuatro grupos: Yukpas, Baríes, Paraujanos y Guajiros y que por causas no bien establecidas, pero que podrían estar asociadas a la desnutrición, al hacinamiento y a factores genéticos, tienen una alta prevalencia de la enfermedad y por ende, sea uno de los Estados con mayor morbilidad y mortalidad por tuberculosis.

Así mismo Romero-Amaro et al. (2008) hacen referencia a que en el estado de Zulia, “El perfil epidemiológico presente en población indígena está asociado a altos índices de pobreza, desempleo, analfabetismo, migración, marginación, falta de tierra y territorio, destrucción del ecosistema, alteración de la dinámica de vida, y necesidades básicas insatisfechas”.

Álvarez Hernández et al. (2013), También concluyen que “Los indígenas que migran del sur de México, para laborar en campos agrícolas de Sonora, tienen una carga de morbilidad por TB superior a los estándares nacionales y estatales y que el hecho de ser indígenas y migrantes los hace más vulnerables a la enfermedad, lo que puede agravarse porque no se registra su condición étnica y, no obstante que son tratados y se les da seguimiento, el personal de salud es lejano a su cultura”.

Por otro lado, Montero Mendoza, Nazar Beutelspacher, & Vázquez García, (2007), encontraron en la sierra Santa Marta, Veracruz México la existencia de una elevada prevalencia de tuberculosis pulmonar, asociada en gran parte a pobreza y ausencia de servicios locales de salud.

Para Sáez, A. (2008), no es desconocido el hecho que tanto el desarrollo como la eventual cura de la Tuberculosis depende fundamentalmente de la capacidad inmune del enfermo, así como de la exposición al agente patógeno y a su virulencia, lo que hace que los niños menores de 3 años presenten más riesgo de tener la enfermedad.

Por su parte Herrera M, Tania. (2015). señala que los pueblos indígenas aportan el 2.5% de los casos de Tuberculosis en Chile, siendo la co-infección TBC-VIH un factor de riesgo importante para desarrollar TBC, así mismo es otro factor importante el ser extranjero y estar privado de la libertad, cuyas tasas de incidencia superan ampliamente la tasa de la población general de ese país.

Así mismo, en la III Reunión regional “Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas” desarrollada en Panamá en el año 2010, Gomez, (2010), expuso entre otros aspectos que “son diversos factores que inciden en la prevalencia de la Tuberculosis en los pueblos indígenas y que están dadas por la existencia de barreras para adecuar los servicios de salud para la atención de estos pueblos”, así mismo resalta que

Las Barreras geográficas, requiriéndose que los servicios alejados deban tener promotores de salud indígenas; barreras culturales, de idioma, analfabetismo, la falta de comprensión sobre la cultura y los sistemas de salud tradicionales de los indígenas; factor económico ya que se carece de un seguro de salud adecuado o falta de capacidad económica para pagar los servicios; la marginación, la cual dificulta la participación en procesos o sistemas no indígenas a escala comunitaria, municipal, estatal, provincial y nacional; la información, ya que hay ausencia de datos sobre la

salud y las condiciones sociales de los indígenas, dado a que todavía en algunos países los actuales sistemas de recopilación de datos o de vigilancia no incluyen como variable al grupo étnico además, con frecuencia los datos tienen deficiencias en lo relativo a zonas rurales o aisladas, que son precisamente aquellas en las que suelen estar radicados muchos pueblos indígenas. (Gomez, 2010)

Autores como Culqui, Dante R. et al., (2010) describen que “desde el punto de vista de la transmisión de la TB en poblaciones indígenas, se puede afirmar que en los grupos indígenas Amazónicos, Quechuas y Aymaras, existe riesgo de transmisión de TB por la existencia del hacinamiento, y que lo más preocupante es la accesibilidad geográfica de muchos pacientes, ya que dificulta el acceso oportuno a tratamientos y sobre todo obstaculiza la accesibilidad a un diagnóstico adecuado”.

Así mismo, Lönnroth, et. al., (2006), plantean que los factores de riesgo asociados con la transmisión de la tuberculosis, a nivel de población son las pobres condiciones de vida así como la malnutrición, el tabaquismo, la diabetes, el abuso del alcohol, la contaminación del aire interior y la coinfección del VIH.

De igual manera, se debe tener presente que la co-infección TBC-VIH (persona que vive con VIH y padece la enfermedad tuberculosa activa) como factor de riesgo para desarrollar TBC es ampliamente conocida. La OMS señala que mundialmente, el 13% del total de casos de TBC se presenta en personas infectadas por el VIH, siendo causa de 320.000 muertes en 2012. (Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis reportes 2012-2013).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud, (2015) ha informado que “El VIH debilita el sistema inmunitario, lo cual aumenta la probabilidad de que la infección latente por tuberculosis progrese hacia la enfermedad activa. Los pacientes infectados por el VIH tienen una probabilidad hasta 50 veces mayor de sufrir TB a lo largo de su vida, en comparación con los no infectados”.

Por otro lado, Jurado, Murcia, Arias, & Sánchez, (2015), en un estudio de caso, describieron que “las comunidades indígenas son un grupo con un alto riesgo de infectarse y enfermar de tuberculosis; además de factores como el aislamiento geográfico, el abandono social y cultural y la desnutrición, se han identificado en ellos polimorfismos genéticos que los hacen más propensos a la infección”.

Para (Moreno, 2009), en la Sierra Nevada de Santa Marta - Colombia, un aspecto que preocupa es haber constatado que “de los niños con TB, el 50% era población indígena menor de 15 años y un porcentaje alto de ellos era de menos de cinco años que a su vez presentaban desnutrición crónica, lo que se constituye en un factor crítico relacionado directamente con la alta tasa de mortalidad en los niños de esas zonas del país”.

14.2 CAPITULO II: DETERMINANTES INTERMEDIOS Y TUBERCULOSIS

El DOTS (siglas inglesas para el Sistema de Tratamiento por Observación Directa), implementada por la Organización Mundial de la salud en 135 países del 1997 al 2006, según Lönnroth, et. al., (2006), “ha sido esencial para disminuir la incidencia de tuberculosis, pero esta no es suficiente, por lo tanto las estrategias deben moverse hacia la mejora de los determinantes de salud. Estos determinantes son: acceso a atención en salud, ingresos, educación y vivienda, expresados como indicadores de: expectativa de vida, mortalidad en el menor de 5 años, prevalencia de VIH y suicidio

Por su parte, en la reunión de expertos sobre la iniciativa mundial indígena “Alto a la Tuberculosis” realizada en el año 2009, se definió que los principales determinantes sociales de la salud que predisponen a los pueblos indígenas a la tuberculosis son las condiciones insalubres y el abarrotamiento de las viviendas, la falta de educación, el desempleo crónico y la desnutrición.

Para Lönnroth, et al, (2009), entre los determinantes ascendentes de la tuberculosis se encuentran: “La política económica, social y ambiental débil y desigual; La globalización, la migración, la urbanización, la transición demográfica; Sistema de salud débil, acceso deficiente; La pobreza, el bajo nivel socioeconómico y educativo; la Búsqueda de salud inapropiada y el Comportamiento poco saludable”.

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), ha reconocido que las inequidades en salud, constituyen una de las causas más relevantes para la persistencia de la tuberculosis (TB) en el mundo y considera que “mientras no se resuelvan todos los determinantes sociales de la enfermedad como pobreza, exclusión, malas condiciones laborales y de vivienda, la TB continuara siendo uno de los principales problemas en salud pública”.

Por su parte, Del Granado, (2010) remarcó que la “TB es una enfermedad social, un indicador patético de las desigualdades, considerándose inconcebible que aún mueran personas por TB y peor aún que estos sean indígenas”.

Así mismo, Fanning, (2010), manifestó en que “al enfocar los determinantes sociales, la pobreza, no se debe perder de vista”; también señaló que la evidencia basada en los datos de Canadá, es que “la relación de tasas de TB entre población general y aborígenes muestra que en aborígenes es 5,5 veces mayor”.

Según, Rasanathan, Sivasankara Kurup, Jaramillo, & Lönnroth, (2011), para hacer frente a las desigualdades persistentes en la incidencia, la mortalidad y la morbilidad de la tuberculosis entre los diferentes grupos de población es imprescindible intervenir los determinantes sociales.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (2013), ha informado que “algunos factores socioeconómicos, como la desnutrición, falta de escolaridad y deficiencias en vivienda y saneamiento, agravados por otros factores de riesgo como el tabaquismo, alcoholismo y diabetes, aumentan la vulnerabilidad frente a la tuberculosis”.

Por su parte, Meza, et. al., (2013), concluyeron que “La mortalidad por Tuberculosis (TB) en México se concentra en la población con una posición socioeconómica vulnerada, lo cual fortalece el argumento que señala a las inequidades sociales como los determinantes más importantes para la mortalidad por esta enfermedad”.

Entre los diversos estudios que se han realizado sobre tuberculosis en indígenas otro factor determinante encontrado es la edad de los enfermos, según Malacarne, et al., (2013), identificaron un total de 356 casos (125 indígenas y 231 no indígenas) y que en el grupo de indígenas, el 60.8% de los casos fueron niños en edad 0-4 años.

Con el enfoque utilizado en un estudio realizado, Malacarne, et al., (2013), resultó útil la demostración de las desigualdades en salud entre las poblaciones indígenas y no indígenas, ya que fue superior a los análisis convencionales realizados por los servicios de vigilancia, llamando mucho la atención sobre la necesidad de mejorar el diagnóstico de la tuberculosis entre la población de infancia indígena.

Actuando sobre los determinantes sociales se pueden clasificar en términos de intervenciones en el sector de la salud, las políticas intersectoriales que afectan a toda la sociedad, y la medición y la investigación para comprender mejor las desigualdades y los vínculos entre la Tuberculosis (TB) y otros factores. Los programas de Tuberculosis (TB) no pueden llevar a cabo estas acciones por sí solo; sin embargo, pueden hacer contribuciones importantes en la entrega de las intervenciones y en la defensa y la negociación de los esfuerzos intersectoriales.

14.3 CAPITULO III: MEDIDAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN IMPLEMENTADAS EN LAS AMÉRICAS EN EL PERIODO 2005 AL 2015 PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

En la declaración del milenio, aprobada por los líderes del mundo en la Cumbre del Milenio celebrada por las Naciones Unidas en el 2000, se plasmaron las aspiraciones de la comunidad internacional para el nuevo siglo. Evocó un mundo unido por valores comunes que se esfuerza por lograr la paz y condiciones de vida dignas para todos los hombres, mujeres y niños con renovado desempeño. En esta declaración, el objetivo 6 fue: Combatir el VIH/SIDA, la Malaria y otras enfermedades entre ellas la tuberculosis. (Bonilla Asalde, 2009).

Con el objetivo de llevar a cabo una revisión de la literatura para resumir la carga de TB en pueblos indígenas, identificar lagunas en los conocimientos actuales y proporcionar la base para una agenda de investigación dando prioridad a salud indígena dentro de control de la tuberculosis, Tollefson et al., (2010), concluyeron que “donde existen datos, los pueblos indígenas generalmente tienen tasas más altas de enfermedades que los pueblos no indígenas; sin embargo, esta carga ha variado grandemente, pero que además, la escasez de información publicada sobre la carga de tuberculosis entre los pueblos indígenas pone de relieve la necesidad de implementar y mejorar la vigilancia de la TB para medir mejor y entender las desigualdades globales en las tasas de tuberculosis”.

Según lo referencia Cardona Arias & Hernández Petro, (2013), las estrategias de la promoción de la salud y prevención y en el caso de la tuberculosis en particular, deben ser acompañadas de los conocimientos, actitudes y prácticas de las comunidades indígenas ya que los asentamientos indígenas presentan un alto riesgo de padecer dicha enfermedad.

Según la Organización Panamericana de la Salud - OPS -, (2013), la estrategia Alto a la Tuberculosis, puesta en marcha por la OMS en el 2006, aprovecha y mejora el modelo DOTS o TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) para afrontar los nuevos retos y permitir un mejor acceso a los grupos poblacionales más vulnerables. También requiere el abordaje de la asociación entre tuberculosis y la infección por el VIH, tuberculosis multirresistente y las necesidades de las personas pobres y vulnerables; el fortalecimiento de los sistemas de salud; la participación de todos los proveedores de atención de salud; el empoderamiento de las personas que tienen tuberculosis y sus comunidades; y la promoción de la investigación.

Los autores Nobrega, et al., (2010), destacan que “la búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorios (SR) representa la estrategia inicial para la detección de casos nuevos de TB y la primera entre las varias acciones de control indispensables para la continuidad de la atención. Se trata de una actividad que debe ser incorporada por los profesionales de los equipos de salud a través de la búsqueda sistemática de casos sospechosos, en la demanda espontánea de los servicios de salud, durante las visitas domiciliarias, en grupos específicos y en eventos comunitarios”.

En la “Sistematización de la Experiencia y Diseño de la Propuesta Metodológica de DOTS Comunitario en el Ecuador, 2007”, Alarcón Arrascue, (2007), plantea que la implementación del DOTS Comunitario ha sido posible por la realización de convenios entre las organizaciones comunales y las Organizaciones No Gubernamentales incluidas, lo que ha permitido el desarrollo de acciones de prevención y control de la tuberculosis en cada una de las comunidades, destacándose los siguientes logros:

- Inclusión de la población en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en la elaboración de planes de atención.
- Desarrollo de intervenciones para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos bajo terapia directamente observada, con participación activa de la población, teniendo en cuenta las costumbres y creencias de las comunidades.

- Evaluación de los resultados de los casos de tuberculosis tanto individual como colectivamente a través del seguimiento de los casos (médico y bacteriológico) la notificación de casos y el estudio de cohortes. (Alarcón Arrascue, 2007)

Por su parte, Venezuela, cuenta con un Programa Nacional Integrado para el Control de la Tuberculosis, y dispone de una Norma Nacional que proporciona a las personas que trabajan en el Primer Nivel de Atención la información requerida para organizar, aplicar y ejecutar las estrategias de intervención. (Maurera, 2015)

En Argentina, la tuberculosis ha sido abordada, como la gran mayoría de los problemas de salud, de una manera más bien tecnocrática, sin tener en cuenta los aspectos sociales, económicos, culturales y emocionales involucrados en los padecimientos de las personas, en el marco de una metodología participativa y desde una perspectiva intercultural. En este marco, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis se ha propuesto reforzar la estrategia de abordaje comunitario de la tuberculosis, renovando esfuerzos en pos de reducir significativamente la morbimortalidad de esta enfermedad. (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

En Chile se ha empleado una estrategia de Salud Pública que permite, con la simple baciloscopia, aplicada a los consultantes espontáneos de los Servicios de Salud que tienen tos por más de 2 semanas, los llamados sintomáticos respiratorios, diagnosticar la mayoría de los casos avanzados de tuberculosis, que son los principales transmisores de la infección. (Farga C, 2011).

Según el Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis en Chile, (2014), la vigilancia específica de la TBC incluye, además de la notificación de la enfermedad y la vigilancia de laboratorio, la entrega de la información mensual de los casos en tratamiento por parte de los establecimientos de salud. En este registro se debe dar cuenta de la pertenencia de cada paciente a los grupos de riesgo especificados en el Programa.

La mortalidad por TB en México parece concentrarse en la población socialmente vulnerable, por lo que es necesario que en la estrategia de prevención y control de la TB se consideren en mayor medida, los determinantes sociales de la enfermedad. (Meza, et. al., 2013).

La Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, el Programa de Acción de Tuberculosis, tiene como misión “contribuir a alcanzar una mejor calidad de vida de las personas afectadas por la tuberculosis y de la población en riesgo, mediante acciones permanentes e integradas de promoción, prevención, tratamiento y vigilancia de la tuberculosis, reduciendo los riesgos de enfermar y morir por esta causa.

Para enfrentar el problema de salud pública que representa la tuberculosis en México, las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, han unificado criterios en cuanto a la prevención y control para, mediante un frente común ante esta problemática, avanzar hacia un "México Libre de Tuberculosis". (NOM-006-SSA2-2013).

La detección de los síntomas y los signos de la tuberculosis en lugares donde se concentran las personas infectadas por el VIH, seguida por el diagnóstico y el pronto tratamiento, aumentan las probabilidades de supervivencia, mejoran la calidad de vida y reduce la transmisión. (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En Perú, La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) forma parte de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud y está encargada de establecer la doctrina, normas y procedimientos para controlar la Tuberculosis (TB) en este país; además, garantiza la detección, diagnóstico y tratamiento gratuito y supervisado a todos los pacientes con tuberculosis. Sus actividades se integran a los servicios generales de salud a nivel nacional y su cobertura alcanza a todos los establecimientos del sector y otras instituciones. (Ministerio de Salud del Perú, 2006)

Así mismo, el Gobierno de Perú, a través de su Ministerio de Salud, (2006) ha expuesto que:

“Las estimaciones epidemiológicas y operacionales, indican que al haber incrementado el número de pruebas de baciloscopia, cultivo y sensibilidad realizadas, mejorado el sistema de registro e información e incrementado las tasas de curación en TB y tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR), hay una disminución de los casos sostenido en los 2 últimos años, sin embargo un tema de preocupación es la persistencia de abandonos al tratamiento de TB MDR, que podría estar contribuyendo a la generación de casos de Tuberculosis de extrema resistencia (TB XDR), por tal razón se están implementando, estrategias de intervención orientadas a disminuir este problema”. (Gobierno de Perú, Ministerio de Salud, 2006).

En Perú se ha dado un fortalecimiento de la red de laboratorios y permanentes actividades de promoción y prevención (Bonilla Asalde, 2009).

Por su parte en Colombia, estableció el Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015 con el fin de expandir y fortalecer la estrategia “Alto a la TB” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009).

Igualmente, las autoridades nacionales de Colombia, representantes de ACDI/CIDA y de la OPS/ OMS seleccionaron la tuberculosis en la población indígena como una prioridad para la cooperación debido a que las mayores tasas de incidencia se encuentran en las regiones con mayor población indígena, que tiene una mayor vulnerabilidad para enfermar y morir de tuberculosis. El control de la TB ha dado lugar a un importante debate político, por cuanto la TB no solamente es un trazador del desempeño del sistema de salud sino un indicador de desarrollo social. (González A, Mogollón O., 2002).

Las líneas en las cuales se han enfocado los esfuerzos conjuntos en el proyecto de fortalecimiento de la Estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas de Colombia 2002-

2006 liderado por el Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, (2007) son:

1. Fortalecimiento de la red de prestación de servicios: Estandarización de registros de actividades de prevención, vigilancia y control de TB e implementación de acciones para mejoramiento de la captación de SR (Sello sintomático respiratorio).
2. Identificación de factores de no adherencia al tratamiento: Estudios en terreno, de convivencia con las comunidades, para identificar factores de no adherencia y generar acciones de cambio. Esto contribuyó al fortalecimiento de una red de supervisión del tratamiento antituberculoso teniendo como base el trabajo con las comunidades.
3. Producción de material para capacitación y difusión de información: Diseño y edición de material de capacitación para promotores indígenas y material con información en lenguas autóctonas de las comunidades.
4. Conformación y consolidación de redes de microscopistas: Capacitación en captación de SR, diagnóstico bacteriológico y tratamiento de TB. En algunos casos dotación de microscopios.
5. Capacitación al talento humano: Profesionales del área de la salud, auxiliares de enfermería en lineamientos nacionales contenidos en la guía de atención integral de la tuberculosis pulmonar y Extrapulmonar, diagnóstico bacteriológico y tratamiento de pacientes.
6. Mejoramiento de la capacidad de gestión del programa: Visitas de asistencia técnica y acompañamiento a cada departamento y monitoreo a municipios y redes de prestación de servicios.

Por otro lado, la Norma Técnica de control de la TB, establecida en Colombia mediante la resolución 412 de 2000, define los indicadores que se pretenden lograr en

2015. Entre ellos, una tasa de incidencia (TI) de 16 por 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad (TM) de 1,8 por 100 000 habitantes, con respecto a 1993, cuando la TI fue 31,98 por 100 000 habitantes y la TM de 3,6 por 100 000 habitantes. Estas metas no se han logrado a la fecha; en 2010 y para el 2012, la TI estuvo en 34 casos por 100 000 habitantes. (Fontalvo Rivera, Gómez Camargo, & Gómez Arias, 2014)

Muchas de las consideraciones éticas clave pertinentes para la promoción del acceso a la prevención, atención y tratamiento de la tuberculosis ya forman parte de la estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS, e incluye la importancia de:

- Un enfoque del tratamiento centrado en el paciente: Que el tratamiento esté centrado en el paciente significa que debe ser accesible, aceptable, asequible y apropiado.
- Promover la atención comunitaria: Esta resulta más accesible, es aceptada por los pacientes y favorece la observancia del tratamiento
- Centrarse en los pacientes como parte de las comunidades a las que pertenecen
- Promover la justicia social y la equidad: Los programas de control de tuberculosis deben tener en cuenta las necesidades de todos los pacientes y, en particular, las necesidades especiales de los grupos socialmente vulnerables para los que se deben preparar intervenciones adaptadas de una manera proactiva.

Daza Arana, (2012), plantea como problema que “una de las mayores dificultades en el control de la TB se centra en las limitaciones frente a la detección temprana de casos, por lo cual los organismos internacionales como la OPS han recomendado desde hace varias décadas identificar “mediante la búsqueda activa” los casos Sintomáticos Respiratorios (SR).

Una de las estrategias propuestas para los países de baja prevalencia es mejorar la eficiencia de la pesquisa de la TB pulmonar bacilífera focalizando las acciones en los llamados grupos de riesgo para TB, los que corresponden a personas que por factores biológicos o socio-económicos son más vulnerables a desarrollar la enfermedad. (Herrera M, Tania., 2015).

Con la certeza del éxito del proyecto “Alto a la Tuberculosis: encuentro entre dos culturas, a pesar de los aspectos que aún deben resolverse, la OPS/OMS (2009), resume las ganancias del proyecto de la siguiente manera:

(...) muchos logros (...) hay que reconocer que hay respeto, reconocimiento por el otro y la diferencia en la atención. Y que todo esto se realizó con la participación de los pueblos indígenas, con sus propios diagnósticos y por eso ha habido apropiación del proceso. Además se han logrado fortalecer los programas institucionales como Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, a través del cual hacen búsqueda de sintomático respiratorio; se han iniciado procesos de atención en AIEPI teniendo en cuenta las características culturales de cada zona; y se han adaptado paquetes de servicios a modelos propios de atención. (OPS/OMS, 2009).

Finalmente, Castillo Ávila, Cogollo Milanés, & Alvis Estrada, (2013), en su estudio “Factores asociados a la prevalencia de tuberculosis en el distrito de Cartagena”, cuyo objetivo era “determinar los factores asociados a la prevalencia de tuberculosis en el Distrito de Cartagena”, concluyeron que el “fortalecimiento de los programas de promoción y prevención de tuberculosis a nivel comunitario y familiar, puede mejorar el estado de salud de los individuos. La aplicación de prácticas como la vacunación de niños y niñas y las medidas preventivas en el hogar son necesarias para prevenir la aparición de la enfermedad”.

CONCLUSIONES:

De acuerdo con información del Plan Nacional de Salud para Pueblos Indígenas Amazónicos, R.M. No 192-2004, “no se puede homogenizar a la población indígena, debido a que los diferentes pueblos tienen condiciones distintas y sus propias formas organizativas y culturales; de igual manera han sido afectadas de manera distinta por los procesos de desarrollo, y han creado diferentes estrategias de sobre vivencia, resistencia o adaptación. (Aguilar, 2011)

Para seguir la lucha contra la TB y lograr que esta no siga causando muertes en la población indígena, se requiere trabajar concertadamente con los dirigentes y/o líderes indígenas con el firme propósito de adaptar, adoptar e implementar las diferentes estrategias y guías de atención, prevención y control de la tuberculosis establecidas por los entes rectores del sector salud a nivel de cada pueblo indígena.

Igualmente es importante considerar si estas estrategias, logran verdaderamente erradicar la tuberculosis en las poblaciones indígenas, ya que muchas de ellas están dadas es al tratamiento de la enfermedad en sí, y no se tiene en cuenta los diferentes factores que inciden en su prevalencia como lo son la pobreza, la marginación, el hambre, el hacinamiento, entre otros. Interviniendo estos factores seguramente la prevalencia y la mortalidad por tuberculosis en poblaciones indígenas tienden a disminuir, de allí que las políticas públicas para su intervención no solo corresponde al sector salud, sino en todos los demás.

De acuerdo al Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, (2010), “a causa de la pobreza, la tuberculosis sigue afectando en forma desproporcionada a los pueblos indígenas de todo el planeta. Pese a que se han elaborado programas de lucha contra la tuberculosis, éstos no suelen beneficiar a los pueblos indígenas debido a cuestiones relacionadas con la pobreza, la vivienda precaria, la falta de acceso a los servicios médicos y a los medicamentos, las barreras culturales, las diferencias lingüísticas y la lejanía geográfica”.

REFERENCIAS

Jurado Zambrano, L. F. (2013). *Fortalecimiento Intersectorial e Intercultural de la Estrategia Alto a la Tuberculosis en Comunidades Indígenas con Asentamiento en el Trapecio Amazónico*. Leticia: Gobernación de Amazonas. Leticia, 2013

Gonzales Cotrina, J. (2014). *Nivel de conocimiento sobre tuberculosis en pobladores del Centro Poblado Pampagrande – Chongoyape*. Revista médica electrónica: ortalesMedicos.com.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe mundial sobre la Tuberculosis 2014*. Ottawa. 2014

Caminero Luna, J. A. (2008). *Evaluación del programa TB en America Latina. XII Taller Internacional Tuberculosis*. Barcelona. 2008

Márquez García, G., Escartín Chávez, M., Milián Suazo, F., & Pérez Guerrero, L. (2008). *Comportamiento Epidemiológico de la Tuberculosis en Querétaro, México: Evaluación de 5 Años*. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Querétaro, México.

Jimenez Miranda, J. (1998). *Acceso a MEDLINE y LILACS mediante el MeSH y el DeCS*. ACIMED, 154 - 162.

Lönnroth, et. al., (2009). *Los conductores de las epidemias de tuberculosis: el papel de los factores de riesgo y determinantes sociales*. Social Science & Medicine 2009; (68): 2240–2246.

Rasanathan, Sivasankara Kurup , Jaramillo, & Lönnroth, (2011), *Los determinantes sociales de la salud: clave para el control mundial de la tuberculosis*. Int J Tuberc pulmón Dis. 2011

Cardona Arias, J. A., & Hernández Petro, A. M. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas Zenúes*. Cienc Salud, 11 (2):157 - 171.

Meza, et. al., (2013). *El gradiente socioeconómico de la mortalidad por tuberculosis en México (2004-2008)*. Población y Salud en Mesoamérica, vol. 10, núm. 2, enero-junio, 2013, pp. 1-15

Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. (2009). *Enfoque Intercultural: Prevención de la Tuberculosis en Pueblos Indígenas*. Bogotá: OPS © 2009. 64 pág.

Castillo Ávila, Cogollo Milanés, & Alvis Estrada, (2013). *Factores asociados a la prevalencia de tuberculosis en el distrito de Cartagena*. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud Vol.45 No.2 mayo-agosto de 2013

Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis report: 2012-2013. Disponible en http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

Maldonado-Martínez, Á. (2010). Los tesauros como herramienta fundamental en la descripción y recuperación de documentos electrónicos.

Sáez, A; (2008). Impacto del contacto hispano-indígena en la salud de la población de Chile: un caso de tuberculosis en el cementerio puqueldón 1. Magallania, vol. 36, núm. 2, 2008, pp. 167-174

Nobrega, et al., (2010). *La búsqueda activa de sintomáticos respiratorios para el control de la tuberculosis en el escenario indígena Potiguara, estado de Paraíba, Brasil*. Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dec. 2010, 18(6)

Jurado, Murcia, Arias, & Sánchez, (2015). *Mal de Pott en un indígena colombiano*. Biomédica 2015; 35: 454-6, doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i4.2452>

Romero-Amaro et al, (2008). *Prevalencia de tuberculosis pulmonar en pacientes indígenas y no indígenas del estado Zulia durante el periodo 1996-2005*. Kasma 36(2): 159 - 168, 2008

Bonilla Asalde, (2009). *Políticas de salud y el control de la tuberculosis*. Dirección General de Salud de las Personas. ESN-PCT, Perú. 2009

Organización Mundial de la Salud, (2008). *Políticas de las actividades conjuntas contra la tuberculosis y la infección por el VIH*. © WHO 2008

Ministerio de Salud y Protección Social (2009). *Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015: Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB*. Bogotá. D.C. Colombia, 2009

Fontalvo Rivera, Gómez Camargo, & Gómez Arias, (2014). Análisis de la política para el control de la tuberculosis en Colombia. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2014; 31(4):775-80.

Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud/Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional/Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, (2007). *Tuberculosis en los pueblos indígenas de Colombia: el reto de la prevención y el control*. Bogotá, D.C. Colombia, 2007

Organización Panamericana de la Salud, (2013). *Recomendaciones sobre la ética de la prevención, atención y control de la tuberculosis*. Washington, D.C : OPS, 2013

Ministerio de Salud, (2008). *Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT)*. Lima. 2008

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS Colombia, (2009). *Alto a la Tuberculosis: encuentro entre dos culturas*. Bogotá. D.C. 2009

Herrera M, Tania. (2015). *Grupos de riesgo para tuberculosis en Chile*. *Rev Chilena Infectol* 2015; 32 (1): 15-18

Montero Mendoza, Nazar Beutelspacher, & Vázquez García, (2007). *Seguimiento del procedimiento diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tosedores crónicos indígenas de la Sierra Santa Marta, Veracruz, México*. *Población y Salud en Mesoamérica*, vol. 4, núm. 2, enero-junio, 2007

Álvarez Hernández et al. (2013). *Tuberculosis en jornaleros migrantes indígenas en Sonora*. Región y Sociedad, vol. XXV, núm. 58, septiembre-diciembre, 2013, pp. 5-28

Culqui, et. al., (2009). Tuberculosis en poblaciones indígenas del Perú: Los Aimaras del Perú, 2000-2005. Rev. Perú. Epidemiol. Vol. 13 No 1 Abril 2009

Culqui, et al., (2010). *Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008*. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 8-15

Daza Arana, J.E. (2012). *Prevalencia de sintomáticos respiratorios y factores relacionados en los residentes de dos territorios vulnerables de la ciudad Santiago de Cali*. Universidad del Valle. Cali. 2012

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (2010). *III Reunión regional "Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas*. AECID. Ciudad de Panamá, Panamá 2 y 3 de marzo, 2010

Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. (2010). *La situación de los pueblos indígenas del mundo - DPI/2551/A - 09-64061 - Enero de 2010*

Malacarne, et al., (2013). *Tuberculosis in indigenous children in the Brazilian Amazon*. São Paulo, Brasil. Revista de Saúde Pública, vol. 47, núm. 1, febrero, 2013, pp. 77-85

Farga C, (2011). Nuevos desafíos en tuberculosis. Chile. Rev. Chil Enf Respir 2011; 27: 161-168

Tollefson et al., (2010). *Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review*. Int J Tuberc Lung Dis 17(9):1139–1150

Organización Mundial de la Salud (2015). *Tuberculosis Nota descriptiva 10, Octubre de 2015*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>, fecha de consulta: 4 de Enero de 2016.

TABLAS

Tabla 1. Términos de búsqueda seleccionados

Término en lenguaje libre	Término MeSH	Término DeCS
TB	Tuberculosis	Tuberculosis
Indígenas	Indians (Indians south American; Indians north American; Indians central American)	Indígenas de Norte, Centro y Suramérica
TB e Indígenas	Indigenous and Tuberculosis	Tuberculosis en Indígenas
TB y factores asociados	Tuberculosis and factors	Tuberculosis y factores asociados
TB y población indígena	Tuberculosis and indigenous population	Tuberculosis y población indígena
TB y Determinantes intermedios	Tuberculosis and intermediate determinants	Tuberculosis y Determinantes intermedios
Prevalencia TB y poblaciones indígenas	Prevalence Tuberculosis and indigenous populations	Prevalencia Tuberculosis y poblaciones indígenas

Tabla 2. Registro de revisión de bases de datos

BASE DE DATOS CONSULTADA	SOLO EN INGLÉS O ESPAÑOL EN CUALQUIER CAMPO	EN INGLÉS O ESPAÑOL EN MATERIA (MAJOR TOPIC)	NOMBRE DADO AL GUARDAR LA BÚSQUEDA
PubMed	1175	8	Monografía PubMed
LILACS	321	6	Monografía Lilacs
ScienceDirect	1246	6	Monografía ScienceDirect
RedALyC	383	4	Monografía RedALyC
Scielo	412	11	Monografía Scielo
Otros	18	10	Otras fuentes