

**EVALUAR EL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PERSONAS DE LAS
CIUDADES DE CARTAGENA, PRIMAVERA Y BOLÍVAR, ACERCA DE LA
TUBERCULOSIS Y LA IMPORTANCIA DE DETECTARLA A TIEMPO.**

**BEIBIS ACUÑA MARQUEZ
BERCELIA GARCÍA AGUIRRE
GLORIA ELENA GIRALDO CARDENAS
YANIRA TABACO REYES**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA
2 0 1 3**

**EVALUAR EL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PERSONAS DE LAS
CIUDADES DE CARTAGENA, PRIMAVERA Y BOLÍVAR, ACERCA DE LA
TUBERCULOSIS Y LA IMPORTANCIA DE DETECTARLA A TIEMPO.**

**BEIBIS ACUÑA MARQUEZ
BERCELIA GARCÍA AGUIRRE
GLORIA ELENA GIRALDO CARDENAS
YANIRA TABACO REYES**

**Trabajo de grado presentado como
Requisito para optar al título de
Tecnólogo en Regencia de Farmacia**

Tutor

EDWIN HARVEY BARAJAS

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA
2 0 1 3**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	4
2. OBJETIVOS	5
2.1 OBJETIVO GENERAL	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
3. JUSTIFICACIÓN	6
4. HIPÓTESIS	8
5. MARCO REFERENCIAL	9
5.1 MARCO TEORICO	9
5.2 MARCO GEOGRAFICO	13
5.3 MARCO HISTORICO	15
5.4 MARCO LEGAL	18
6. SOLUCIONES ALCANZADAS POR ORGANISMOS DE ESTADO	20
6.1 EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA	20
6.2 REPORTE SIVIGILA DEL ÚLTIMO AÑO	21
7. DISEÑO METODOLÓGICO	23
7.1 ÁREA DE ESTUDIO	23
7.2 SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA	23
7.3 CRONOGRAMA	24
8. MANEJO ESTADÍSTICO DEL TRABAJO DE CAMPO	25
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	33

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que actualmente produce en el mundo aproximadamente nueve millones de casos y dos millones de muertes cada año. A pesar de los adelantos que ha habido desde el descubrimiento del agente causal hasta la fecha, la tuberculosis aún continúa siendo un problema de salud pública, estudiada desde lo biomédico, epidemiológico y menos desde los aspectos socioculturales. Actualmente es la segunda causa de mortalidad por enfermedades transmisibles en el mundo, y se constituye como una enfermedad prioritaria en salud pública en nuestro país.

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa prevenible y curable que se transmite por el aire: los pacientes cuyos pulmones albergan bacilos de la tuberculosis pueden contagiar a otras personas cuando tosen, advierte la organización mundial de la salud.

"Por esa razón es importante que las personas que tienen una tos con expectoración por más de 15 días se hagan un examen para establecer si tienen tuberculosis o no. Ese es el principal síntoma de riesgo", recomendó el médico Gilberto Rueda, miembro de la Academia Nacional de Medicina.

Cuando la enfermedad se detecta pronto y recibe el tratamiento completo, los pacientes dejan rápidamente de ser contagiosos y acaban curándose.

Lo que preocupa ahora a las autoridades mundiales de salud, es el aumento de casos de TB multirresistente y ultrarresistente a todos los medicamentos conocidos, lo cual la convierte en mortal.

La OMS estima que para el 2015 más de dos millones de personas contraerá una forma resistente de la enfermedad. En un reporte difundido hoy, el organismo y el fondo global que destina recursos para luchar contra la TB llamaron a los líderes del mundo a colaborar con el objetivo de diagnosticar y tratar a un millón de personas con TB resistente, de aquí al 2015.

Finalmente, este estudio proporcionará información acerca de lo que las personas creen y hacen con respecto a la tuberculosis en el contexto de los municipios de Cartagena en el Departamento de Bolívar, Primavera en el Departamento de Vichada y el municipio de Bolívar en el Departamento del Valle del Cauca, ganando así una mayor comprensión de este fenómeno, que sin duda, beneficiará tanto a pacientes, familiares, 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.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar que en año anterior se registraron menos casos nuevos de tuberculosis y se presento una significativa disminución en los casos de mortalidad. Así lo reportó la Organización Mundial para la Salud (OMS) en un balance sobre los avances logrados en el año 2011. Sin embargo, la tuberculosis (TBC) representa un problema de salud pública no resuelto en el mundo ni en nuestro país. Un tercio de la población mundial está infectada con el bacilo de Koch y de cada 10 personas en esa condición, una manifestará TBC activa en algún momento de su vida.

Que La tuberculosis es un problema de salud pública, no existe ninguna duda, por tanto es necesario que todos los actores que intervienen en este proceso tengan un alto conocimiento de todas las características, consecuencias, forma de prevención y cuidado de la misma, para así evitar largas convalecencias o muertes, lo cual permitirá concientizar a la población estudiada de la necesidad de aumentar su interés y conocimiento de esta enfermedad y de esta manera evitar actitudes que pongan en riesgo la salud.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En virtud a las diferentes situaciones que se han presentado en el país con los casos de tuberculosis y que han conllevado a la muerte de muchos conciudadanos, no hemos planteado como pregunta a considerar dentro del proyecto investigativo “¿Será que si los habitantes de los municipios de Cartagena en el Departamento de Bolívar, Primavera en el Departamento de Vichada y el municipio de Bolívar en el Departamento del Valle del Cauca, se concientizan de los riesgos que presenta la enfermedad y que la falta de conocimiento acerca de la tuberculosis hace que se presente un mayor riesgo cuando ésta se presenta?”.

1.2 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Por el efecto que tiene sobre la salud el desconocimiento de todo lo relacionado con la tuberculosis se hace necesario investigar qué cantidad y calidad de información poseen las personas encuestadas en las distintas zonas de Colombia como: Cartagena de Indias, Palmira y Bolívar en el Valle del cauca, desde el 13 de septiembre 2012 hasta 26 de noviembre, se aplican un total de 80 encuestas 20 por municipio, en la ciudad de Cartagena se realizan 40 encuesta debido a que dos de los participantes de esta investigación habitan en esta ciudad, la investigación va dirigidas a personas mayores de 18 años a 60 .

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de conocimiento que presentan los habitantes encuestados de los municipios de Cartagena en el Departamento de Bolívar, Primavera en el Departamento de Vichada y el municipio de Bolívar en el Departamento del Valle del Cauca sobre la tuberculosis y la importancia de la detectarla temprano para evitar riesgo en sus comunidades.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir, analizar e interpretar las creencias y prácticas sobre la tuberculosis que tienen los encuestados de los municipios objeto de la presente investigación.
- Conocer el interés que tienen las personas encuestadas frente a la posibilidad de recibir educación acerca de la tuberculosis.
- Realizar análisis estadístico de la información recolectada frente a las características de conocimiento y manejo de la enfermedad que presentan las comunidades donde se desarrolla la investigación.

3. JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis es una enfermedad que ha sido ampliamente estudiada desde el punto de vista biomédico y epidemiológico, y menos desde los aspectos socioculturales que la rodean, lo que es importante, si se tiene en cuenta que a lo largo de la historia, esta enfermedad ha sido fuertemente estigmatizada y en gran parte desconocida por la gente del común. Su estigma solo es comparable con el asociado a enfermedades como la lepra, enfermedades de transmisión sexual (incluidos sífilis y VIH-SIDA) y el cáncer.

Al abordar esta problemática es necesario tener en cuenta que la situación mundial de la tuberculosis se debe a múltiples factores entre los que se encuentran la multirresistencia a los medicamentos antituberculosos y la coinfección con VIH; sin embargo, los aspectos socioculturales juegan un papel importante en todo el proceso salud - enfermedad, tal y como lo evidencia la literatura, convirtiéndose en un gran desafío que enfrentan quienes buscan controlar esta enfermedad. En Colombia, las causas de los cambios recientes en el comportamiento de la tuberculosis no han sido ampliamente estudiadas, no obstante, algunos estudios han empezado a explorar varios posibles determinantes, entre los que están, los efectos del nuevo sistema de salud, personas con tuberculosis. Los cuales deben ser abordados para tener una perspectiva integral de la enfermedad.

Si bien, como se mencionó en la descripción y contextualización de la problemática, se ha estudiado en diferentes países del mundo los conocimientos, creencias, actitudes y/o prácticas relacionadas con la tuberculosis, aún es poco el conocimiento que se tiene de los aspectos socioculturales que rodean ésta enfermedad en nuestro país, y más si se habla desde un enfoque cualitativo, lo que es importante si se tiene en cuenta que estas concepciones tienen su origen en los patrones culturales, pues las personas, a menudo obtienen información en salud por parte de familiares, amigos, vecinos.

Asimismo, lo que preocupa ahora a las autoridades mundiales de salud, es el aumento de casos de tuberculosis multirresistente y ultrarresistente a todos los medicamentos conocidos, lo cual la convierte en mortal.

La OMS estima que para el 2015 más de dos millones de personas contraerá una forma resistente de la enfermedad. En un reporte difundido hoy, el organismo y el fondo global que destina recursos para luchar contra la TB llamaron a los líderes del mundo a colaborar con el objetivo de diagnosticar y tratar a un millón de personas con TB resistente, de aquí al 2015.

Con la elaboración de este trabajo se quiere comprobar que muchas de las actitudes de irresponsabilidad que cometen las personas se deben propiamente a la falta de conocimiento previo de este problema de salud al adelantar programas

de educación dirigidos a todo tipo de personas tanto sanas como enferma permitir una mayor concientización de la necesidad de dirigirse al médico cuando presente síntomas, no se auto medicaran y estarán más dispuestos a terminar sus tratamientos.

4. HIPÓTESIS

Dado el comportamiento y evolución que ha presentado la tuberculosis en el territorio nacional y específicamente en los municipios objeto de la presente evaluación, se determinó escoger una muestra de ochenta personas al azar a razón de veinte encuestados por estudiante para determinar el grado de conocimiento que presentan frente al tema de la tuberculosis, conocimiento de la enfermedad y riesgos sanitarios de la misma y si estarían dispuestos a adquirir conocimientos y educación frente al manejo de la enfermedad.

Este documento considera el desarrollo de herramientas estadísticas para el contraste de hipótesis definidas con incertidumbre y su aplicación al diagnóstico automático de tuberculosis. Se proponen encuestas aleatorias como el método para medir las condiciones de manejo y conocimiento de la enfermedad en diferentes zonas de nuestro territorio nacional.

Una hipótesis fundamental en la estimación del impacto en la detección de casos y los resultados terapéuticos es que las distintas actividades serán complementarias y dependientes unas de otras. Si todas las actividades propuestas se llevan a cabo según el escenario concebido, se puede esperar lograr la meta de detección de casos en todas las regiones objeto de este estudio para el año 2012.

5. MARCO REFERENCIAL

ESCENARIO SOCIOCULTURAL DE LA TUBERCULOSIS

En la enfermedad existe una diferenciación social, pues a pesar de los avances en el conocimiento biológico los grupos humano abordados colectivamente enferman de manera diferente. El problema es cómo articular lo biológico con lo social, pues la realidad es una para esos grupos determinados por la organización social para producir y reproducirse. En este concepto la OMS diseña las políticas y estrategias de salud para todos en el año 2000. La TB es una enfermedad generalmente asociada a deficientes condiciones socioeconómicas estando presente en países en vía de desarrollo y en las poblaciones más vulnerables, Dentro de las consecuencias sociales de esta enfermedad prevalece la estigmatización.

EL ESCENARIO AMBIENTAL DE LA TUBERCULOSIS

Diversos estudios señalan una clara asociación entre el hacinamiento y la TB, además, la inadecuada ventilación y el escaso ingreso de luz solar en las viviendas, son importantes factores asociados a la transmisión de TB. Sin embargo, estas características también son comunes en centros laborales y en los medios de transporte público.

5.1 MARCO TEORICO

Definición de tuberculosis

De acuerdo al protocolo de vigilancia de la tuberculosis. La Tuberculosis TB es una enfermedad infecciosa crónica que afecta principalmente los pulmones denominándose:

Tuberculosis pulmonar, la cual es la forma más común de la enfermedad y la única capaz de contagiar a otras personas; su principal síntoma es la presencia de tos y expectoración por más de 15 días, denominándose a la persona que lo presenta: Sintomático respiratorio SR. Adicionalmente, un paciente puede presentar otros signos y síntomas inespecíficos. Además de los pulmones puede afectar órganos como: riñones, huesos, ganglios linfáticos, sistema nervioso central, órganos genitales, pericardio, peritoneo, articulaciones o diseminarse por todo el organismo; la tuberculosis extra pulmonar incluye diversas manifestaciones, pronóstico y tiempo de enfermedad. Se puede encontrar una infección de latencia o evolución lenta, reactivación focal, diseminación y compromiso de múltiples órganos, lo cual hace difícil su diagnóstico por parte del clínico quién podría no identificar el caso.

El criterio bacteriológico o histopatológico positivo, es por sí solo, suficiente para el diagnóstico de tuberculosis.

Criterio bacteriológico: El diagnóstico de la TB es eminentemente bacteriológico. La demostración del bacilo tuberculoso es criterio suficiente para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento. Paciente con comprobación bacteriológica de la enfermedad, mediante baciloscopía positiva para Bacilos Ácido Alcohol Resistentes (BAAR) o con cultivo positivo para una especie del complejo *Mycobacterium tuberculosis*.

Criterio histopatológico: La biopsia de cualquier tejido que demuestre granulomas con necrosis de caseificación (activo) y Zielh Neelsen ZN positivo es diagnóstico de tuberculosis, excepto en adenitis post-vacunal. El criterio de histopatología se debe correlacionar con la clínica del paciente y bacteriología (cultivo). Si la biopsia presenta ZN negativo se considera como probable y debe ser confirmado o descartado con base en los demás criterios. La histopatología se puede complementar con pruebas de inmunohistoquímica para micobacterias. Otras ayudas o criterios para configurar un caso:

En aquellos casos en los cuales no se puede diagnosticar bacteriológica o histológicamente la tuberculosis se puede utilizar los siguientes criterios complementarios; uno de los siguientes criterios por sí solo, no es suficiente para configurar un caso:

Cuadro clínico: La tos y expectoración por más de 15 días es el principal síntoma para sospechar tuberculosis pulmonar; adicionalmente, hay que tener en cuenta otros síntomas como:

Pérdida de peso, anorexia, palidez, sudoración no explicables por otra causa, dolor torácico, hemoptisis, hallazgos anormales a la auscultación pulmonar, entre otros. En tuberculosis extra pulmonar se puede presentar signos y síntomas como: signos meníngeos, fiebre, cefalea náusea, vómito, hematuria, diarrea persistente, úlcera crónica en piel, cambios en el comportamiento, alteraciones óseas a nivel vertebral (Mal de Pott), artritis crónica, adenopatías, hepatoesplenomegalia, entre otros.

Tuberculina: Indicada para el detectar la infección tuberculosa durante la investigación de contactos de casos bacilíferos, para definir administración de quimioprofilaxis (en especial niños, adolescentes y personas con VIH); igualmente como ayuda diagnóstica de tuberculosis en niños o en personas que viven con VIH con hallazgos clínicos o radiográficos que sugieran la enfermedad en cuyo caso es obligatorio acompañarla de criterios clínicos y bacteriológicos.

Debe evaluarse adecuadamente ya que pueden presentarse falsos positivos como consecuencia de vacunación previa con BCG o por infección por micobacterias no tuberculosas. Se debe aplicar intradérmica (test de Mantoux), la lectura se realiza a las 48-72 horas por una persona entrenada, interpretando la induración y no el

eritema; si ésta es mayor a 10mm se interpreta como positivo o por encima de 5 mm en el caso de infectados con VIH o inmunosuprimidos.

Nexo epidemiológico: El ser contacto de un caso de TB pulmonar hace positivo este criterio (Signo de Combe positivo); toda persona con nexo epidemiológico debe ser evaluada para TB. Este criterio es muy útil en la tuberculosis infantil.

Radiología: El estudio radiológico es una ayuda diagnóstica útil; puede hacer sospechar la enfermedad mediante la correlación con la clínica en los casos probables de tuberculosis. Los estudios de imagenología deben acompañarse en forma obligatoria de pruebas bacteriológicas o histopatológicas.

Agente etiológico: es cualquier bacilo perteneciente al complejo llamado Mycobacterium tuberculosis, principalmente por la especie que lleva el mismo nombre (M. tuberculosis). El modo de transmisión es través de la inhalación de microgotas de saliva que contienen el M. tuberculosis; expulsadas por cualquier enfermo de TB pulmonar, a través de esfuerzos espiratorios como tose (síntoma presente en más de 90% de los casos de tuberculosis pulmonar) o al hablar, cantar o estornudar. La exposición cercana a un caso infeccioso de manera prolongada o repetida puede producir la infección de 15 a 20 personas durante un año. En tuberculosis bovina, la vía es ingestión de leche cruda, lácteos no pasteurizados, o durante el proceso de sacrificio de bovinos; en el país no se ha reportado casos en humanos por M. bovis.

Reservorio: Los seres humanos y en raras ocasiones los primates.

Periodo de incubación: El periodo de incubación de la TB es indefinido y depende de diversos factores; sin embargo, se ha estimado que de 2 a 10 semanas es el periodo promedio desde el momento de la infección hasta que aparece una lesión primaria demostrable o una reacción tuberculínica significativa; sin embargo, en algunos individuos la infección puede permanecer latente toda la vida. La probabilidad de desarrollar la TB puede variar ampliamente y tardar varios años después de la infección. Se estima que alrededor del 10% de los infectados desarrollará la enfermedad en alguna época de su vida; existen factores de riesgo como la edad, el estado nutricional e inmunológico, que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

Creencias con respecto a la tuberculosis

La revisión de literatura realizada acerca de las creencias sobre la tuberculosis, ha sugerido que estas son predictoras de actitudes negativas hacia los pacientes con esta enfermedad. Y han demostrado que las creencias que las personas tienen acerca de la naturaleza y transmisión de la enfermedad, hacen parte del conocimiento popular, difieren en la mayoría de los casos del conocimiento biomédico y en muchas ocasiones son consideradas erróneas, retrasan un

diagnóstico oportuno, tienen una gran influencia sobre las personas, pueden llevar a la estigmatización y rechazo social, con las consecuencias negativas que se derivan de éste hecho.

A continuación se presenta los principales hallazgos de estudios que han tenido como objetivo conocer las creencias y percepciones que giran alrededor de la TB.

La tuberculosis es percibida por los pacientes como una enfermedad infecciosa, muy peligrosa, contagiosa e incurable y muy difícil de diagnosticar y tratar (84). Otros le dan una connotación diferente al considerarla como penosa, indeseable y la asocian con la pobreza y la miseria. Esto es importante si se tiene en cuenta que lo que la gente sabe o percibe acerca de la tuberculosis, cuando aún no están afectados, son determinantes importantes en la búsqueda de atención en salud¹.

Se encontró que tanto pacientes con tuberculosis, como en la población general, se refieren con más frecuencia a la tos y la fiebre como síntomas característicos de la enfermedad. Entre otros síntomas mencionados aparecen: debilidad, pérdida de peso, esputo con sangre, dolor torácico, dificultad respiratoria, síntomas respiratorios prolongados y compromiso del estado general de salud. Es común encontrar que los primeros síntomas como la tos y la fiebre sean pasados por alto o confundidos con otras afecciones como gripa, neumonía o malaria.

En cuanto a las creencias en torno a la causalidad y formas de transmisión de la enfermedad están los microorganismos, el tabaquismo, y el consumo de alcohol, vías de transmisión como la aérea, la sanguínea o por compartir comida, que son las que aparecen con mayor frecuencia, además se registra la fatiga y el exceso de trabajo o el trabajo duro, exposición al frío y el compartir con pacientes que tienen tuberculosis. Se evidencia en los estudios que para algunos la tuberculosis es hereditaria, otros piensan que la tuberculosis se adquiere por mala alimentación, por el uso de objetos personales del enfermo, higiene inadecuada o por compartir utensilios. Se encuentran otras creencias relacionadas con la causalidad menos comunes como beber agua fría inmediatamente después de interrumpir un trabajo duro, por castigo de Dios, brujería, o por faltar a las normas morales y sociales. Es importante resaltar que las creencias tradicionales en torno a la etiología hereditaria de la tuberculosis persisten aún en la población, a pesar de muchos años de educación para la salud contra la tuberculosis.

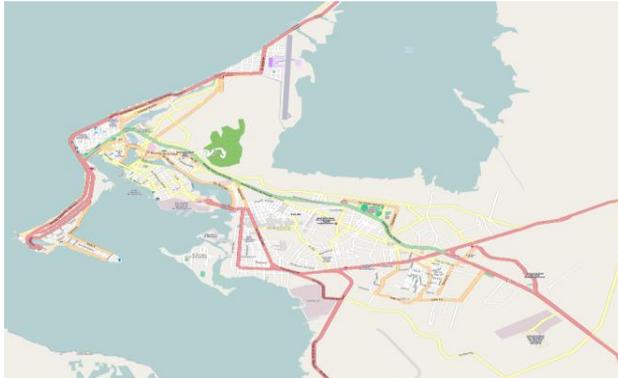
El tratamiento de la tuberculosis se percibe como largo, angustioso, agonizante, engorroso y complicado. Generalmente se cree que la tuberculosis puede ser una enfermedad curable si se diagnostica a tiempo, sin embargo, para otros no se cura

¹ Liefooghe R, Baliddawa JB, Kipruto EM, Vermeire C, De Munynck, AO. From their own perspective. A Kenyan community's perception of tuberculosis. *Tropical Medicine and international Health*. 1997; 2(8): 809-21.

5.2 MARCO GEOGRAFICO

Municipio de Cartagena Bolívar

La ciudad de Cartagena está localizada en el norte del departamento de Bolívar a orillas del mar Caribe. Se encuentra a 10° 25' 30" latitud norte y 75° 32' 25" de longitud oeste.



Ubicación de Cartagena Bolívar en el Territorio Nacional.

Se encuentra en una zona costera típica, accidentada e irregular, conformada por procesos geológicos relacionados con el mar. Entre los elementos geográficos más importantes de la ciudad se encuentran las formaciones insulares de Barú y Tierra bomba junto a otras islas menores, el archipiélago del Rosario, la bahía de Cartagena, la bahía de Barbacoas, y lagunas costeras como La ciénaga de Tesca o de la Virgen. La zona es además un área de confluencia marina y fluvial debido a la presencia de la desembocadura del canal del Dique que generan formaciones de tipo delta en la bahía de Cartagena y Barbacoas. El litoral costero está constituido por depósitos de origen cuaternario que constituyen espigones, cordones litorales y deltas regidos por la deriva litoral.

Clima

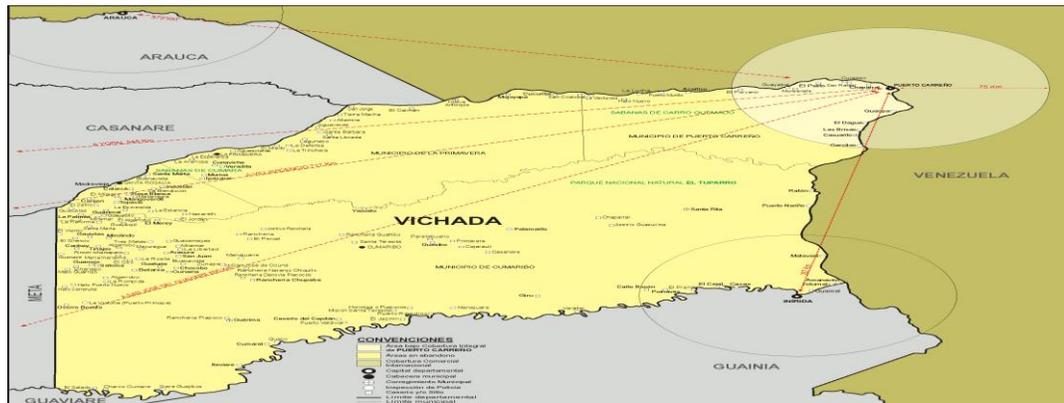
Cartagena de Indias tiene una humedad relativa +90%, con la estación lluviosa típicamente entre abril-mayo y octubre-noviembre.

Es de resaltar que aunque el clima tiende a ser caluroso generalmente todo el año, la presencia de brisa hace que el clima sea muy agradable y llevadero. Los meses de noviembre a febrero son los más ventosos del año.

Municipio de Primavera Vichada

El Municipio de La Primavera está situado en el extremo oriental del país y de la región de la Orinoquía colombiana, localizado entre los 06°19'34" y 02°53'58" de latitud norte y 67°25'1" y 71°07'10" de longitud oeste. Cuenta con una superficie de

98.970 km² lo que representa el 8.6 % del territorio nacional. Limita por el Norte con el río Meta que lo separa de los departamentos de Casanare, Arauca y la República de Venezuela; por el Este con el río Orinoco que lo separa de la República de Venezuela, por el Sur con el río Guaviare que lo separa de los departamentos de Guainía y Guaviare y por el Oeste con los departamentos de Meta y Casanare.

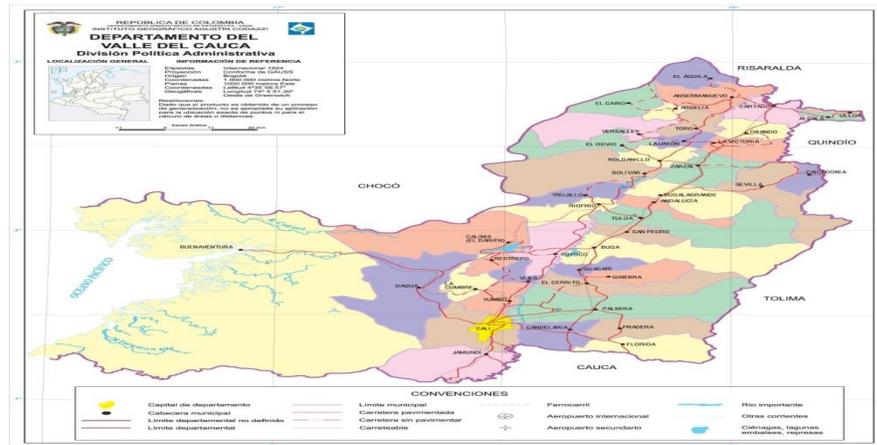


Ubicación de Primavera Vichada en el territorio nacional

Clima

Debido a la situación ecuatorial de la Orinoquia, el territorio departamental está bajo la influencia de los vientos alisios del noreste y sureste y por la Zona de Convergencia Intertropical (ZCIT). Se distingue tres áreas pluviométricas; la más seca, al norte del departamento en límites con los departamentos de Arauca y Casanare, se caracteriza por precipitación promedio anual menor de 1.500 mm; una franja intermedia, al centro y norte del territorio, presenta lluvias anuales entre 1.500 y 2.000 mm; la más lluviosa, al sur, registra promedios anuales superiores a 2.000 mm. El régimen de lluvias es básicamente monomodal, con una temporada húmeda que comprende los meses de abril a octubre. Sus tierras están comprendidas en el piso térmico cálido, donde la temperatura media anual sobrepasa los 25°C.

Municipio de Bolívar Valle del Cauca



Ubicación del municipio de Bolívar, Valle del Cauca en el Territorio Nacional

Bolívar es uno de los 42 municipios que conforman el departamento del Valle del Cauca, localizado en la región norte del departamento. Ubicado en la ribera izquierda del río Cauca y entre la Cordillera Occidental y la Cordillera Oriental. El municipio de Bolívar se encuentra ubicado en la zona norte del departamento del Valle, equidistante de la ciudad de Cali a 117 Km.

Por su extensión, Bolívar ocupa el séptimo lugar entre los municipios del departamento, correspondiendo su área al 3.7% de la superficie total.

Nuestro Municipio limita al Norte con los municipios de El Dovio y Roldanillo, al Sur con el municipio de Trujillo, por el Oriente con los municipios de Buga la grande y Zarzal y al Occidente con el departamento del Chocó.

Sus principales alturas son: Serranía de los Paraguas, Cuchilla del Padre, Alto de la Torre, Alto de las Amarillas, Alto del Sinaí, Alto de las Cabañas, Alto de Potosí, Alto de Buenos Aires, Paso de la Llanada. Extensión total: 780 Km² y Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 978 m.s.n.m. Temperatura media: 23° C.

5.3 MARCO HISTORICO

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afectan al hombre, se estima que tiene una antigüedad entre 15.000 a 20.000 años. Se cree que el *Mycobacterium tuberculosis* evolucionó desde otros microorganismos más primitivos dentro del propio género y traspasó la barrera biológica en algún momento de su evolución, para lograr tener un reservorio en animales. El

"escalón" siguiente sería el paso del *Mycobacterium bovis* a la especie humana, coincidiendo con la domesticación de los animales².

Lugones, Ramírez, Pichs³, realizaron una revisión de los aspectos históricos de la tuberculosis donde mencionan que ésta es una enfermedad cuya presencia ha sido constante en la historia de la humanidad. Plantean que quizás la primera "cita bibliográfica" que se pueda hallar en relación a ella, se encuentre en los libros del Antiguo Testamento, donde se hace referencia a la enfermedad consuntiva que afectó al pueblo judío durante su estancia en Egipto, tradicional zona de gran prevalencia de la enfermedad. Se han encontrado sus huellas en restos humanos procedentes del neolítico.

Hipócrates la denominó tisis, cuando involucraba las cavidades torácicas, sosteniendo que "de un tísico nace otro tísico", lanzando el concepto de la herencia que permaneció durante mucho tiempo en torno a la tuberculosis; finalizando con la conceptualización de la enfermedad como la devastación del cuerpo asociado a fiebre e incurables ulceraciones permanentes. Aristóteles habla del peligro de contagio de la consunción a través de la respiración. Areteo de Capadocia (siglo II) es el primer romano, que describe la etapa final de esta enfermedad y Galeno agrega a las nociones hipocráticas, la de enfermedad transmisible, agrupando la tisis con procesos como la peste y la sarna.

Durante la Edad Media prácticamente no se aporta ninguna idea nueva, Maimonides describe la tisis en los animales, Girolamo Fracastoro (1470 - 1553) de Verona, toma el concepto galénico y ubica definitivamente la tisis como enfermedad infecciosa dentro de la misma categoría de la viruela y la peste, teniendo la teoría de la existencia de microorganismos infectantes.

Aquí es necesario tener en cuenta, que la literatura reporta que la TB en pleno siglo XXI aún es considerada como una afección hereditaria y algunas personas en la actualidad no reconocen la naturaleza infecto-contagiosa de la enfermedad.

Los aspectos sociales relacionados con la enfermedad que se han dado a través de los tiempos, como la situación inicial de terror y rechazo absoluto hacia el paciente con tuberculosis, apareciendo los diferentes procedimientos de aislamiento, reposo, cura sanatorial y terapéutica, han van desde el aislamiento y rechazo de los pacientes, el refuerzo en la alimentación, el clima cálido, y

² Pérez-Cruz H, García-Silveira E, Pérez-Cruz N, Samper-Noa JA. Historia de la lucha antituberculosa. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2009 [acceso 10 de marzo de 2010]; [10]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180414044003>

³ Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, Pichs García LA., Miyar Pieiga E. Apuntes históricos sobre la epidemiología, la clínica y la terapéutica de la tuberculosis en el mundo. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en Internet]. 2007 [acceso 17 de marzo de 2010]; 45(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200007&lng=es.

posteriormente el seguimiento del tratamiento, la práctica en la que más enfatiza el personal de salud.

Entre las denominaciones dadas a la tuberculosis a través de la historia se encuentran: tisis, consunción y peste blanca.

Ya entrando al territorio nacional, diversos estudios han señalado que los individuos enfermos de tuberculosis son estigmatizados por la sociedad, y que el principal predictor de dicha conducta son las creencias sin fundamento científico sobre la transmisión de la tuberculosis. Los estudios han permitido identificar los pasos y las barreras que presentan los enfermos de tuberculosis en las principales ciudades del país, hasta acceder a los servicios de salud; entre los obstáculos, son de especial importancia las diferencias de los conocimientos de los profesionales de la salud y los pacientes.

“Como se puede apreciar, el tener sociedades cada vez más complejas en el territorio colombiano hizo que las redes causales hayan aumentando también su complejidad. Es por esto que resulta ilógico que haya quienes pretendan entender el comportamiento de la tuberculosis simplemente con aproximaciones biológicas; para un entendimiento más real, se requieren abordajes muchos más holísticos, sin llegar necesariamente al nihilismo, que involucren los diferentes puntos de vista de las disciplinas sociales”.

En síntesis, a través de la historia y en distintos contextos socioculturales la tuberculosis ha tenido diferentes miradas, que han sido fuertemente influenciadas por el desarrollo científico del estudio de la enfermedad; no obstante, la tuberculosis es una enfermedad para la que en el imaginario social aún existen creencias fuertemente arraigadas a lo histórico y cultural, pese a los adelantos que se han dado en los últimos siglos.

SITUACIÓN ACTUAL

Durante mucho tiempo, se creyó, que la fase infecciosa de la primoinfección no tenía relación con la fase tardía, pero los trabajos de Leanne sobre el desarrollo de los diferentes estadios de la tuberculosis y los experimentos de Villemin en 1865, que inoculó material tuberculoso a conejos, permitieron demostrar que la enfermedad era debida a un germen.

En 1882, el eminente bacteriológico alemán Robert Koch descubrió el bacilo de la tuberculosis a partir de un cultivo de este en suero de buey coagulado, que al ser inyectado a caballos producía la enfermedad.

La tuberculosis ha acompañado a la humanidad durante siglos. Una de las pruebas más antiguas son las lesiones de mal de Pott dorsal, presentes en un esqueleto encontrado por verter (1907) cerca de Heidelberg que data de unos

5000 años antes de Cristo. Similares hallazgos se han observado en momias egipcias.

En 1973 se produce el descubrimiento más documentado de la Historia o de la paleopatología de la enfermedad, cuando Allison, Mendoza y Pezia publican en la revista *American Review of Respiratory Diseases* sus hallazgos en una momia de un niño encontrado en Nazca (Perú) con lesiones en un lóbulo pulmonar inferior derecho, pleura, hígado, pelvis renal y columna lumbar; el derecho presentaba tras ser rehidratado, material de aspecto gaseoso. Cuando se tiñó el material proveniente de las distintas lesiones, según a técnica de Zichl Neelsen pudo demostrarse la presencia de múltiples bacilos ácido alcohol resistente. La quimioterapia en tuberculosis se inició en 1943 cuando se logró purificar a partir de *Streptomyces griseus* la estreptomycina; en noviembre 20 de 1944, el medicamento fue administrado por primera vez a un paciente críticamente enfermo de tuberculosis, con una rápida recuperación. Después vinieron el ácido p-aminosalicílico (1949), isoniazida (1952), pirazinamida (1954), cicloserina (1955), etambutol, (1962) y rifampicina (1963).

5.4 MARCO LEGAL

Con la implementación de la Ley 100/1993 Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, se pretende garantizar los servicios de salud a la totalidad de la población, optando por una forma más racional de financiación de los servicios.

El sistema de Protección Social definido en la Ley 789 de 2002 y la posterior fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio del trabajo y Seguridad Social para conformar el actual Ministerio de la Protección Social (MPS), apuntan a una visión en la que el manejo social del riesgo se impone.

La Resolución 412 de 2000 por medio de la cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, incluidas allí la tuberculosis pulmonar y extra pulmonar.

El Decreto 272 de 2004 reestructura el Instituto Nacional de Salud (INS), determinando las funciones de sus dependencias: Subdirección Red Nacional de Laboratorios, Subdirección de Investigación, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, y Subdirección de Producción. Bajo esta estructura se realizan funciones del nivel nacional para la vigilancia y control de la TB.

En el 2004 el MPS expidió la Circular Externa 018, en cuyo Anexo Técnico numeral 1.7, se establecieron "Otras enfermedades prioritarias de interés en salud pública", dentro de las cuales se encuentra la TB.

Colombia, en el año 2005, emitió el documento del Consejo Nacional de Política

Económica y Social (CONPES) 91, en el cual se establecen las metas y estrategias que se implementarán hasta el 2015 para el logro de los ODM.

El Decreto 2323 de 2006 organiza la Red Nacional de Laboratorios y establece cuatro líneas estratégicas sobre las cuales se centran sus acciones:

1) Vigilancia en salud pública, 2) Investigación, 3) Gestión de la calidad y 4) Prestación de servicios de salud. Establece las funciones de los Laboratorios Nacionales de Referencia (INS e INVIMA), Laboratorios de salud pública Departamental y Distrital y de los laboratorios en el nivel municipal.

El Decreto 3518 de 2006 crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y establece las competencias y procesos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, dentro de los cuales se encuentra la TB. Se cuenta con un protocolo de vigilancia estandarizado que incluye la ficha única de notificación de casos de TB, que se realiza de forma semanal al nivel nacional.

El Decreto 3039 de 2007, según el cual se establece el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 en el cual la tuberculosis aparece dentro de las cuatro enfermedades transmisibles de mayor impacto en nuestro país, junto con el dengue, la malaria y el VIH-SIDA, puesto que son las más frecuentes y representan problemas prioritarios de salud pública, dada su alta carga de morbilidad distribuida en los grupos de población más vulnerables, estableciéndose así como una prioridad nacional en salud. Específicamente en el objetivo 5 que habla de disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis, se establecen las metas de: 1) Aumentar al 70% la detección de casos de tuberculosis en el país (Línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005) y 2) Aumentar al 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva (Línea de base 63%. Fuente: MPS 2004) en concordancia con la estrategia Alto a la Tuberculosis y con las metas planteadas en los ODM.

En el 2008, la Resolución 425 define las acciones que integran el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), en donde se establecen entre las acciones de prevención de riesgos en salud, el desarrollo e implementación del plan estratégico "Colombia Libre de Tuberculosis 2006-2015", en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS; y el fortalecimiento e implementación de la estrategia "Tratamiento Acortado Supervisado DOTS/TAS", para el manejo de pacientes con tuberculosis.

6. SOLUCIONES ALCANZADAS POR ORGANISMOS DE ESTADO

6.1 EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA

La estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS (11), tiene como finalidad reducir marcadamente la carga mundial de esta enfermedad para el año 2015, en consonancia con las metas de la alianza Alto a la Tuberculosis y los ODM, se pretende conseguir el acceso universal a un diagnóstico de calidad y a un tratamiento centrado en el paciente; reducir el sufrimiento humano y la carga socioeconómica asociados a la tuberculosis; proteger a las poblaciones vulnerables contra la tuberculosis, la tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente y apoyar el desarrollo de nuevos medios y hacer posible que se usen pronta y eficazmente.

Colombia hace parte de este compromiso y desde hace varias décadas ha venido ajustando dicho compromiso a través de la revisión, actualización e implementación de planes, políticas, traducidos en el esquema normativo relacionado con el tema de estudio, y que se presenta en el informe Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015. En él se integran las actividades de prevención, vigilancia y control de la TB (10). Estas actividades se ejecutan de forma descentralizada, y se garantiza la atención de los pacientes a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En el 2004 el MPS expidió la Circular Externa 018, en cuyo Anexo Técnico numeral 1.7, se establecieron “Otras enfermedades prioritarias de interés en salud pública”, dentro de las cuales se encuentra la TB.

Colombia, en el año 2005, emitió el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 91, en el cual se establecen las metas y estrategias que se implementarán hasta el 2015 para el logro de los ODM.

En el año 2007 se presentan las guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública (2), que integran la evidencia científica internacional, los conocimientos y habilidades clínicas y la experiencia en gestión de servicios de salud de cerca de trescientos profesionales que representaron a más de ochenta entidades del sector de la protección social, para proporcionar herramientas que contribuyan al mejoramiento de la salud en la población colombiana. Dentro de las 23 Guías propuestas, se encuentra la Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Estas guías se hicieron con el objetivo de formular recomendaciones basadas en la evidencia para la ejecución de importantes actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades prioritarias, que a su vez conduzcan al mejoramiento de la calidad de la atención y el uso racional de los recursos en salud del SGSSS. Otro objetivo fue el de generar insumos para la revisión y actualización de los planes

obligatorios de salud -POS contributivo y subsidiado- mediante la revisión y actualización de un amplio grupo de guías y normas incluidas en la Resolución 412 de 2000.

Con el fin de fortalecer algunos aspectos operativos de los programas de TB y Lepra, el MPS ha emitido la circular 0058 de 2009, por la cual se establecen ajustes a los lineamientos actuales con el fin de fortalecer algunos aspectos operativos de los programas de prevención y control de lepra y tuberculosis.

Según datos de la OPS, como parte del fortalecimiento de la gestión del programa se han suscrito convenios de cooperación técnica, con la OPS/OMS durante los años 2008, 2009 y 2010, este último año por un monto de \$ 2.000.000 millones de pesos, para el tema de TB y Lepra; para trabajar con las Entidades territoriales, aumentar la cobertura de la implementación de la estrategia “Alto a la Tuberculosis” y con ello trabajar en el cumplimiento de las metas de país. De igual manera, se ha realizado un plan de comunicaciones y movilización social que pretende poner en la agenda pública en un renglón importante a la Tuberculosis, a fin de empoderar a la población en esta problemática y hacer más conscientes a los ciudadanos sobre la importancia que tienen en el control de esta enfermedad. Es por ello que producto de un trabajo con la comunidad se ha definido el eslogan “Vivamos sin tuberculosis, todos somos parte de la solución”.

6.2 REPORTE SIVIGILA DEL ÚLTIMO AÑO

Según el informe entregado por el Instituto Nacional de Salud, y de acuerdo a las cifras estadísticas, señalan que en Colombia la tuberculosis se mantiene estable y la ubica en un rango de riesgo medio en las Américas. Sin embargo, se señala que el llamado, es a no bajar la guardia y “más bien el reto es aumentar las acciones tendientes a detectar los casos bacilíferos (que son los que transmiten la enfermedad) y lograr un tratamiento exitoso en más del 85% de los mismos”.

En lo corrido del primer semestre del año, del total de casos reportados, 10 mil 731 fueron casos nuevos mientras que los restantes fueron casos previamente tratados (572 recaídas, 97 fracasos y 308 abandonos recuperados).

Se registraron 742 casos en menores de 15 años (6.3% del total) de los cuales 714 fueron casos nuevos y 28 previamente tratados; alrededor del 3% se reportaron en menores de 5 años. Por sexo, el masculino es el más afectado y por edad, el mayor número de casos está entre los 25 y 34 años de edad.

Por número de casos nuevos, los departamentos que más notificaron fueron Antioquia (2.087), Valle (1.765), Santander (510), Risaralda (404), Norte de Santander (387) y Tolima (367). De este grupo hacen parte también la ciudad de Bogotá que reportó 783 casos y la de Barranquilla 443.

A la semana 33 se tiene un acumulado de 7713 casos, el 79,6 % ingresaron como confirmados por laboratorio.

En cuanto al tipo de tuberculosis, siguiendo el comportamiento regular para el evento, el 74,6 % de los casos corresponde al tipo pulmonar.

El 51,3 % de los casos los notificaron los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, y los distritos de Bogotá y Barranquilla.

La gestión del Programa Distrital de Tuberculosis de Cartagena ha sido destacado en años anteriores por el Ministerio de Protección Social, el cual lo preseleccionó como una experiencia exitosa a nivel nacional, donde se destaca que: **“es importante destacar que la institución que usted lidera fue preseleccionada por mostrar una buena gestión y desempeño en el programa de la prevención y control de la tuberculosis”**.

Desde el 2009, Cartagena pasó de ser un distrito de mediano riesgo en tuberculosis, a un distrito de bajo riesgo, evidenciando incidencias menores de 23,2 casos por 100.000 habitantes.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

En este trabajo se desarrollo bajo una labor descriptiva consistente en la aplicación de una encuesta aleatoria a los habitantes adultos residentes en los municipios de Cartagena en el Departamento de Bolívar, Primavera en el Departamento de Vichada y el municipio de Bolívar en el Departamento del Valle del Cauca, la cual se efectuó en el mes de noviembre del presente año.

El tipo de muestreo individual y la selección de las personas se realizo al azar. Las encuestas fueron validada en un total de 20 personas para cada uno de los estudiantes participes de la presente investigación y específicamente en los municipios donde desarrollan alguna clase de actividad o convivencia.

La escogencia de los encuetados se desarrollo con base en la observación de las personas residentes en las zonas de estudio para luego proseguir con la aplicación de la encuesta, aprovechando este espacio para dar a conocer de manera muy general las condiciones de identificación, control y manejo de la tuberculosis cuando se pueda presentar en el ámbito familiar o comunitario. Es de hacer mención que la mayor parte de las personas encuestadas, se mostraron receptivas e interesadas en conocer sobre la enfermedad y las formas de realizar su control y tratamiento.

7.1 ÁREA DE ESTUDIO

Los sitios escogidos para el desarrollo de este proyecto fueron los municipios de Cartagena en el Departamento de Bolívar, Primavera en el Departamento de Vichada y el municipio de Bolívar en el Departamento del Valle del Cauca.

7.2 SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA

En el 2011 se registraron en Colombia 11.708 casos de tuberculosis (10.731 de ellos nuevos).

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS) destinarán durante los próximos cinco años cerca de 11 mil millones de pesos para controlar la tuberculosis en el país.

La tasa de incidencia de esta infección causada por la bacteria 'Mycobacterium tuberculosis', que se propaga a través del aire y suele atacar los pulmones, es de 24 por cada 100.000 habitantes y se ha mantenido estable en los últimos años.

"El tema de tuberculosis no es cosa del pasado, sigue estando presente en todo el mundo y en América Latina tenemos unos 270 mil nuevos casos cada año. La meta de erradicar este flagelo en esta generación es totalmente alcanzable pero todos debemos luchar por ello.

7.3 CRONOGRAMA

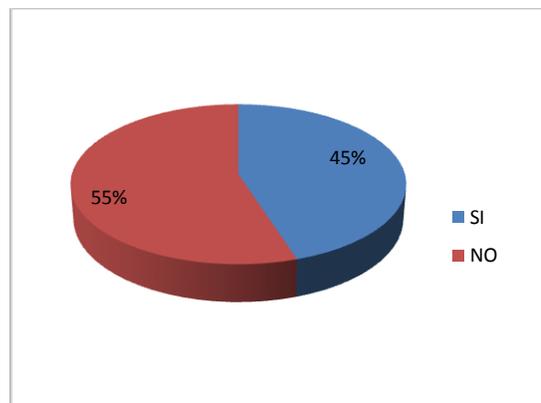
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL
Presentación de ideas para el proyecto	20 de agosto	10 de septiembre
Aprobación del proyecto	15 de septiembre	10 de octubre
Realización del proyecto	11 de octubre	26 de noviembre
Entrega final del informe del trabajo de campo	23 de noviembre	26 de noviembre

8. MANEJO ESTADÍSTICO DEL TRABAJO DE CAMPO

Sabe que la tuberculosis está presente en nuestro medio.

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
SI	36	45%
NO	44	55%
TOTAL	80	100%

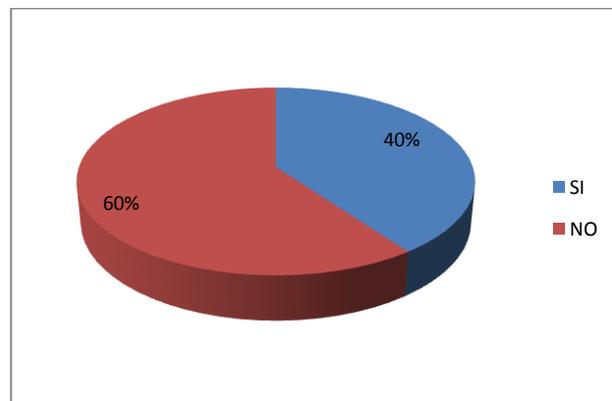


Sabe que la tuberculosis está presente en nuestro medio.

De acuerdo a la tabla y gráfica anterior, podemos apreciar que más del 50% de las personas encuestadas no saben que la tuberculosis está presente en nuestro medio, tal vez es porque falta más información sobre esta enfermedad en los lugares adecuados y porque la información circulante está incompleta.

. Conoce los síntomas de esta enfermedad.

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
SI	32	40%
NO	48	60%
TOTAL	80	100%

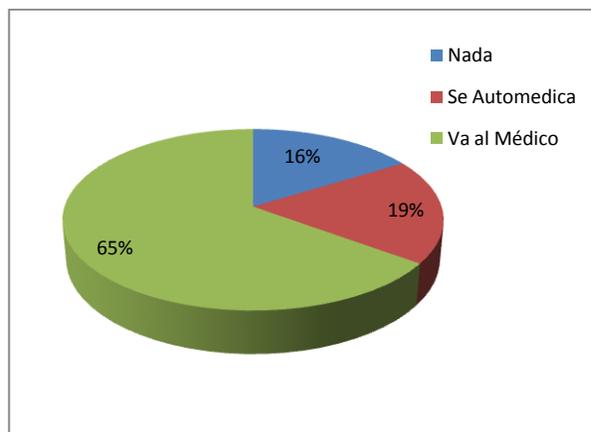


Conoce los síntomas de esta enfermedad.

Retomando el primer resultado nos damos cuenta que aun las personas que saben de la existencia de la enfermedad no están consientes de cuáles son sus efectos, por ende es como si tampoco supieran de la enfermedad. En este caso el desconocimiento de los síntomas es compartido por el 60% de la muestra.

Qué haría, si usted o cualquier familiar presentan tos por más de 15 días y esputo con sangre.

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
Nada	13	16%
Se Automedica	15	19%
Va al Médico	52	65%
TOTAL	80	100%

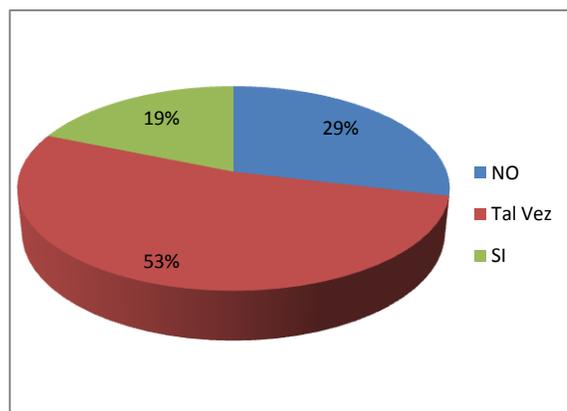


Qué haría, si usted o cualquier familiar presentan tos por más de 15 días y esputo con sangre.

Nos deja un poco de satisfacción la respuesta dada a esta pregunta, porque el 65% por ciento de las personas asisten al médico cuando los síntomas de tos y esputo con sangre son persistentes por más de 15 días. Pero aquí vale la pena detenernos para hacernos una pregunta de qué es lo que pasa después del ir al médico, ¿Si encontrarán una solución a su enfermedad? De igual manera es preocupante que un 16% de las personas tomen la determinación de no hacer nada al presentar los síntomas, esto es un indicio de despreocupación de las personas y falta de credibilidad en el sistema de salud.

Ha tenido o tiene contacto con personas enfermas de tuberculosis.

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
NO	23	29%
Tal Vez	42	53%
SI	15	19%
TOTAL	80	100%



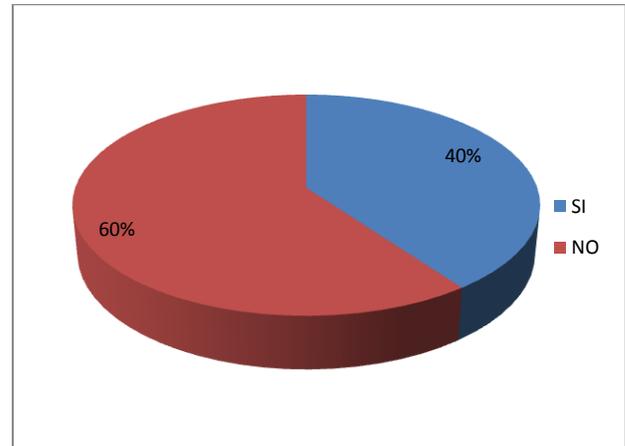
Ha tenido o tiene contacto con personas enfermas de tuberculosis.

Es relevante la situación que se presenta con el desconocimiento que manifiestan tener las personas frente al contacto que se hubiese podido tener con persona enfermas de tuberculosis, lo cual los coloca en un mayor riesgo de contraer la enfermedad.

En este sentido es importante que se realicen campañas educativas para que las personas conozcan de manera fácil las condiciones de identificación de la enfermedad y manejo de la misma.

Sabe que la tuberculosis puede ser mortal.

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
SI	32	40%
NO	48	60%
TOTAL	80	100%

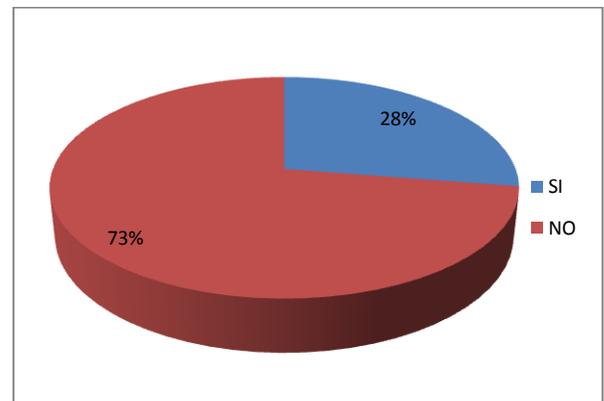


Sabe que la tuberculosis puede ser mortal.

Es en esta pregunta dónde está el mayor de los dilemas, pues el 60% de los encuestados no saben que la tuberculosis es algo mortal, y esto, sumado al desconocimiento de los síntomas y el número de personas que no hacen nada puede prestarse para que los casos de tuberculosis aumenten junto con el índice de muertes por la misma.

Sabe que el tratamiento para la tuberculosis es gratuito.

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
SI	22	28%
NO	58	73%
TOTAL	80	100%

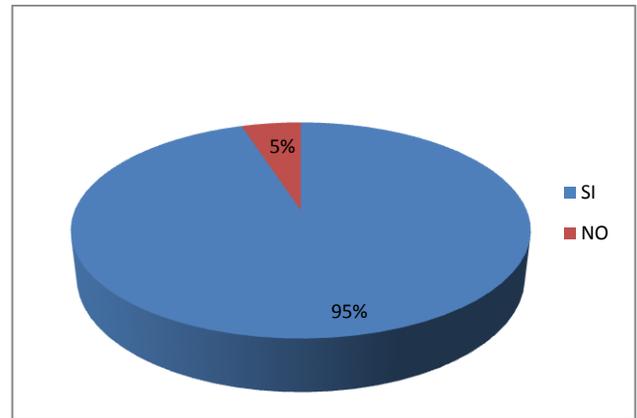


Sabe que el tratamiento para la tuberculosis es gratuito.

Vemos que al paso de las preguntas, el conocimiento que obtenemos en el tema nos deja la sensación de una gran labor por hacer y una población desprotegida que no conoce los males que la rodean. Que el 73% de las personas no conozcan que el tratamiento a la tuberculosis es gratuito nos dice que muchos de quienes acuden al sistema médico sin conocer las causas de sus síntomas lo hacen a ciegas, podríamos decir que "van como por ir".

¿Le gustaría que le educaran más, acerca de la tuberculosis?

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
SI	76	95%
NO	4	5%
TOTAL	80	100%

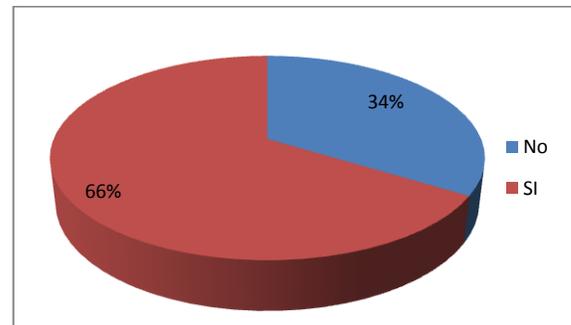


¿Le gustaría que le educaran más, acerca de la tuberculosis?

La respuesta dominante a esta pregunta contesta y afirma lo antes dicho sobre la educación en esta materia es algo que se debe reforzar, reestructurar y redirigir hacia la población que necesita tener estos conocimientos.

Sabe que la tuberculosis puede ser curable

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
No	27	34%
SI	53	66%
TOTAL	80	100%



Sabe que la tuberculosis puede ser curable

El 66% de las personas saben que la tuberculosis es curable pero aun así no todos ellos hacen lo necesario para obtener una cura a este mal.

¿Conoce el mecanismo de contaminación?

Respuesta	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
SI	23	29%
NO	57	71%
TOTAL	80	100%



¿Conoce el mecanismo de contaminación?

El 71% de los encuestados no saben cómo se contamina esa enfermedad. Esto estaría dado por varios factores que también son dados como fruto de la encuesta realizada. Muchos no saben que síntomas muestra la enfermedad y desconocen si las personas que los rodean sufren de ella.

Para concluir podemos apuntar que el sistema informativo dentro del sistema de salud está reflejando lo mismo que el propio sistema al que hace parte, la salud no solo está en crisis por malos manejos administrativos y asuntos económicos de las entidades. La salud de las personas está en crisis por falta de información sobre las enfermedades, las curas y las patologías que presentan. Y como no podemos concluir simplemente mostrando el problema, entendemos que somos parte de la solución y por ello se propone llevar charlas informativa a los barrios mediante los representantes en las juntas representativas de los sectores para así difundir la información desde la base y las personas estén atentas a los síntomas, tomando conciencia de que esto nos toca a todos.

CONCLUSIONES

Aunque existe un programa para el manejo de la tuberculosis denominado “Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis 2006-2015”, éste está más orientado a acciones posteriores al contagio, en lugar de a la prevención; por lo cual se debe proponer ampliar este estudio con información que permita establecer planes de acción en la prevención y control de esta enfermedad.

La tuberculosis hoy como ayer, exige pensar globalmente y actuar localmente, esto hace que sea una patología cuyo control permite la evaluación de las condiciones de salud de una comunidad, región o país, como evaluación de los resultados de un sistema sanitario. Es en ese contexto que deben verse sus implicaciones en la salud pública.

La investigación realizada permitió determinar cuánto conocen las personas encuestadas de los municipios de: Cartagena, Primavera y Bolívar (Valle) acerca de la tuberculosis, la cual arrojó resultados negativos para la detección a temprana de esta grave enfermedad, debido a que un porcentaje bastante significativo dice desconocer a cerca de este problema de salud pública que en los últimos años ha logrado alcanzar niveles altos de prevalencia en todo el mundo.

De igual manera se pudo conocer que el 95% de los habitantes encuestados dicen tener gran interés en recibir educación en todo lo relacionado con la tuberculosis, ya que con lo que pudieron y razonar en el momento de la encuesta les resultó muy preocupantes para ellos.

Después de analizar los resultados obtenidos se puede inferir que la obtención de conocimiento sobre la tuberculosis podría ser una herramienta eficaz para lograr bajar las tasas de contagio, resistencias, tratamientos y hasta muertes ya que las personas serán más conscientes de que esta enfermedad está presente y causa muchos estragos en la calidad de vida de quienes la padecen y sus cuidadores.

La gente debe ser consciente de que la tuberculosis todavía existe y acaba con la vida de muchas personas pero gracias a los adelantos de la medicina es curable, se le da tratamiento gratuito y lo más importante, que hay instituciones como las secretarías departamentales de salud, que han asumido el control de esta enfermedad.

RECOMENDACIONES

Se debe revisar la calidad, la seguridad y el seguimiento a la notificación, el diagnóstico y el tratamiento oportuno e integral que deben recibir los pacientes con enfermedades respiratorias.

Se debe priorizar a los pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo con mayores riesgos de contraer tuberculosis y fallecer por su estado básico de salud.

Fomentar a través de campañas de educación el descubrimiento prematuro, los tratamientos oportunos y la adherencia terapéutica para garantizar la interrupción del proceso de la tuberculosis y evitar resistencias frente a los medicamentos utilizados para esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Colombia Médica : <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v35n4/cm35n4a3.pdf>

<http://mia.perfil.com/2012-10-17-387-tuberculosis-enfermedad-eterna/>

Ministerio de Salud. Guía de atención integral de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Resolución 412 de 2000.

Ministerio de salud. Organización Panamericana de Salud Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015. Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB. Creencias y prácticas sobre la tuberculosis localizada en: www.bdigital.unal.edu.co/4325/1/598589.2011.pdf.

Plan de salud territorial por una sola Cartagena – DADIS [.http://www.dadiscartagena.gov.co/web/images/docs/saludpublica/tuberculosis-f.pdf](http://www.dadiscartagena.gov.co/web/images/docs/saludpublica/tuberculosis-f.pdf).

Región Caribe Mapa Geográfico y Visión por Satelite - Globe Holiday

República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007 (agosto 10). Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010. Constitución Política de Colombia, numeral 11, Artículo 189.

Tuberculosis en Colombia - Noticias de Salud, Educación, Turismo.

Tuberculosis, enfermedad eterna - Revista Mia - Perfil.com:

www.eltiempo.com/.../ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_I.

www.globeholidays.net/Central.../Cartagena/Maps3.htm

ANEXOS

PLAN TERRITORIAL DE SALUD CARTAGENA (Presentado por Beibis Acuña)

El Plan de Salud Territorial, “Por una sola Cartagena saludable”, permitirá en la dimensión social del Plan de Desarrollo del Distrito “Por una sola Cartagena”, Implementar la Estrategia VIDA SANA, en procura de consolidar la promoción y adopción de estilos de vida saludables que incluyen la formación, desde la escuela, de ciudadanas y ciudadanos que cultiven hábitos y costumbres sanas. De igual modo, se controlarán y mitigarán los factores de riesgo para la salud que existen en el hogar, los sitios de trabajo y el espacio público.

Igualmente se garantizará el pleno acceso a la prestación de los servicios de salud en condiciones de óptima calidad a los ciudadanos y ciudadanas mediante la incorporación de toda la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado de Salud y el control, vigilancia y fortalecimiento de la Red de prestadores del Distrito.

Promoción de la salud y calidad de vida

Objetivo: Mejorar el estado de salud de los habitantes de Cartagena mediante la Implementación de una estrategia de atención primaria en salud con énfasis en un Programa de salud familiar desarrollado en las viviendas de familias vulnerables del Distrito.

Prevención de riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios)

Objetivo: Reducir la mortalidad evitable en el Distrito de Cartagena mediante acciones integrales dirigidas a las colectividades, las personas y el ambiente.

Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Objetivo: Lograr el reporte de información oportuno de todas las unidades notificadoras primarias de datos del Distrito, que permita realizar acciones capaces de controlar las enfermedades transmisibles de manera oportuna.

PROMOCIÓN SOCIAL

Uno de los componentes centrales del actual Sistema de Protección Social es la Promoción Social, entendida ésta como el emprendimiento y desarrollo de acciones con la atención a poblaciones vulnerables de manera complementaria con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Objetivo: Mejorar el estado de salud de los grupos de población especialmente vulnerables a través de su inclusión en los procesos de atención dentro del SGSSS en el Distrito de Cartagena.

Metas de Resultado, Indicadores y Línea de base:

Garantizar que en el 100% de los programas de atención en salud del Distrito de Cartagena, este incluya la atención efectiva de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad, en armonía con la estrategia Pedro Romero.

Promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de poblaciones especiales

Objetivo: Garantizar el ejercicio de las acciones de atención integral en salud hacia las poblaciones vulnerables, que le permitan el fortalecimiento y el mejoramiento de su calidad de vida.

Acciones de salud en la “Red de superación de la pobreza extrema – Red Juntos”

Objetivo: Garantizar el cumplimiento de las acciones en salud de la estrategia presidencial “Red para la Superación de la Pobreza Extrema – Red Juntos”.

Acciones educativas no formales dirigidas a técnicos, profesionales y líderes comunitarios.

Objetivo: Fomentar la capacitación a los diferentes actores sociales en las temáticas de la promoción social del SGSSS, de forma tal, que sean capaces de desarrollar estrategias, metodologías y herramientas para la autogestión y la transformación del entorno de las poblaciones especialmente vulnerables del Distrito de Cartagena.

PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES

El objetivo de este programa es mejorar la salud de los trabajadores tanto dependientes como independientes del Distrito de Cartagena, mediante acciones de vigilancia y control del cumplimiento de las obligaciones de las Administradoras de Riesgos Profesionales, motivando y sensibilizando a los empleadores sobre la necesidad de intervenir sobre los factores de riesgo ligados a la actividad laboral y vigilando el aseguramiento de los trabajadores sobre los riesgos profesionales.

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Objetivo: Adecuar las estructuras y procesos de gestión a las exigencias misionales del desarrollo del Sistema Distrital de Salud, mediante la modernización del Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS, con miras a garantizar la implementación del Plan estratégico del Sector Salud, que permita el mejoramiento de los indicadores de Salud en el Distrito de Cartagena de Indias.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD (Presentado por Yanira Tabaco)

El municipio de La Primavera se encuentra ubicado en 05 29 32" latitud norte y 70 24 34" longitud oeste al Nor-occidente del departamento del Vichada.

Limita al Norte, bordeado por el río Meta en su margen izquierda, con los departamentos de Casanare y Arauca, y el país de Venezuela; por el Occidente con el municipio de Santa Rosalía; por el sur está bordeado por el río Tomo y el municipio de Cuma ribo; y por el Oriente con el municipio de Puerto Carreño partiendo de la desembocadura del caño Muco en el río Meta y en línea recta orientación norte sur hasta encontrar el río Tomo.

El municipio de La Primavera ocupa una extensión de 21.420 km² que corresponde al 22% del área Departamental. La cabecera se encuentra a una altura de 140 m.s.n.m. y la temperatura promedio es de 28 grados centígrados.

El Plan de Salud Territorial tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de esta población tan abandonada del gobierno, pero así queremos lograr a mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

La Administración aprobará el Plan de Salud Territorial Con el fin de acogerse a las políticas, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública, aprobado por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 3039 de 2007, el cual comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, dicho plan reemplazará el Plan de Atención Básica; y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradores, con los perfiles de salud territorial y además, con estas políticas se buscan prolongar y mejorar la calidad de vida promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y entendiendo que la salud es un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y desarrollo.

El Ministerio de la Protección Social definió por medio de la Resolución 425 de 2008, la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, para así facilitar la implementación del Plan Nacional de Salud Pública 2008-2011.

Promover y direccionar la participación coordinada, activa y responsable de todos los sectores de la comunidad en el mejoramiento del estado de salud de los habitantes del municipio de la "Primavera. Y el Sistema General de Seguridad Social en Salud que aseguren la calidad de las intervenciones de todos sus

actores dentro del marco de la ley y la Participación Social.

Los programas que viabilizan esta estrategia son:

- Emergencias y desastres
- Prestación y desarrollo de servicios de salud.
- Salud pública.
- Promoción social.
- Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD (Bercelia García)

La ciudad de Cartagena de Indias está localizada al norte de la República de Colombia, sobre el Mar Caribe, dentro de las coordenadas 10 Grados 25'30" de latitud norte y 75 Grados 33' 50" de longitud oeste, a una altitud de 5 metros sobre el nivel del mar. Es la capital del Departamento de Bolívar, se encuentra a una distancia aérea de 600 kilómetros y por carretera de 1.204 Km de Bogotá, Capital de Colombia. Limita al norte con el Mar Caribe, al sur con el municipio de San Onofre, al Este con Santa Catalina, Santa Rosa, Turbaco y Turbana y al Oeste con el Mar Caribe.

El Plan de Salud Territorial tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población del Distrito de Cartagena, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

El Plan de Salud Territorial se regirá por los enfoques y principios previstos en el Plan Nacional de Salud Pública.

La Administración Distrital formulará y aprobará el Plan de Salud Territorial Con el fin de acoger las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública, adoptado por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 3039 de 2007, el cual comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, dicho plan reemplazará el Plan de Atención Básica; y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.

Estas políticas buscan prolongar y mejorar la calidad de vida promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y desarrollo, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Ministerio de la Protección Social definió por medio de la Resolución 425 de 2008, la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, para facilitar la implementación del Plan Nacional de Salud Pública 2008-2011.

Promover y Direccionar la participación coordinada, activa y responsable de todos los sectores de la comunidad en el mejoramiento del estado de salud de la

población del Distrito de Cartagena a través de acciones que potencialicen los factores protectores, minimicen los de riesgo, promuevan la afiliación universal al Sistema General de Seguridad Social en Salud y aseguren la calidad de las intervenciones de todos sus actores dentro del marco de la ley y la Participación Social.

Los programas que viabilizan esta estrategia están integrados por los siguientes ejes programáticos:

1. Aseguramiento.
2. Prestación y desarrollo de servicios de salud.
3. Salud pública.
4. Promoción social.
5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales.
6. Emergencias y desastres.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PRESENTADO POR GLORIA GIRALDO)

CARACTERIZACION DEMOGRAFICA

Estimación y proyección de la Población 2007 – 2015

Año	Total	Cabecera	Resto
2007	14.957	3.669	11.288
2008	14.757	3.640	11.117
2009	14.570	3.615	10.955
2010	14.378	3.584	10.794
2011	14.189	3.554	10.635
2012	14.001	3.523	10.478
2013	13.827	3.498	10.329
2014	13.652	3.468	10.184
2015	13.480	3.439	10.041

Fuente: DANE

Según el registro oficial del DANE el crecimiento demográfico del municipio de Bolívar, es de tendencia negativa, esto debido principalmente por la migración a ciudades en busca de trabajo. En la grafica podemos apreciar que de una población de 14.957 en el 2007, se proyecta una población de 13.480 habitantes donde se refleja este decrecimiento.

Mortalidad General

Se muestra las primeras 20 causas de mortalidad general presentada en el municipio año 2010.

No. de Orden	DESCRIPCION	CASOS	%
1	Infarto agudo del miocardio	8	18,6
2	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	3	7
3	Agresión con disparo de arma corta	3	7
4	Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	2	4,7
5	Diabetes mellitus no insulino dependiente	2	4,7
6	Agresión con objeto cortante	2	4,7
7	Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas	1	2,3
8	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	1	2,3
9	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas	1	2,3
10	Tumor maligno del cuello del útero	1	2,3
11	Gastritis y duodenitis	1	2,3
12	Diabetes mellitus no especificada	1	2,3
13	Motociclista lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o bus	1	2,3
14	Absceso y granuloma intracraneal e intrarraquídeo	1	2,3
15	Otras anemias nutricionales	1	2,3
16	Epilepsia	1	2,3
17	Úlcera gástrica	1	2,3
18	Enfermedad renal hipertensiva	1	2,3
19	Insuficiencia renal no especificada	1	2,3
20	Tumor maligno de la próstata	1	2,3
	Subtotal	34	79,1
	Resto	9	20,9
	Total	43	100

Fuente: Secretaria Departamental de Salud - 2010

ANEXO. Encuesta para recolección de datos acerca de la tuberculosis

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

CARTAGENA

REGENCIA DE FARMACIA

ENCUESTA APLICADA A: Deley Torres C.

Objetivo: recolectar información acerca de la importancia de conocer la enfermedad de tuberculosis y su detección temprana

Instructivo: Marque con una "x" la respuesta que considere correcta

CUESTIONARIO:

1. Sabe que la tuberculosis está presente.

Si No

2. Conoce los síntomas de esta enfermedad.

Si No

3. Qué haría si usted o cualquier familiar presenta tos por más de 15 días y esputo con sangre.

Nada se auto medica va al medico

4. Ha tenido o tiene contacto con personas enfermas de tuberculosis.

Si No Tal vez

5. Sabe que la tuberculosis puede ser mortal.

Si No

6. Sabe que el tratamiento para la tuberculosis es gratuito.

Si No

7. ¿Le gustaría que le educaran más acerca de la tuberculosis?

Si No Tal vez

8. Sabe que la tuberculosis puede ser curable

Si No

9. Conoce el mecanismo de contaminación

Si No