



Ciencia y Sociedad

ISSN: 0378-7680

dpc@mail.intec.edu.do

Instituto Tecnológico de Santo Domingo
República Dominicana

Rodríguez, Aurora; Melgen, Ricardo Elías; Acosta, Ivelisse; Lerebours, Leonel
DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS E INICIO DE TRATAMIENTO, REPÚBLICA
DOMINICANA, JULIO -DICIEMBRE 2010
Ciencia y Sociedad, vol. XXXVII, núm. 1, enero-marzo, 2012, pp. 140-154
Instituto Tecnológico de Santo Domingo
Santo Domingo, República Dominicana

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87024153007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS E INICIO DE
TRATAMIENTO, REPÚBLICA DOMINICANA, JULIO -DICIEMBRE
2010**

**(Delay in diagnosis and initiation of TB treatment, Dominican Republic, July
2010 - December 2010)**

Aurora Rodríguez *

Ricardo Elías Melgen **

Ivelisse Acosta ***

Leonel Lerebours ****

RESUMEN

Los objetivos del estudio fueron determinar el tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas y el inicio del tratamiento antituberculosis y determinar los factores de riesgo asociados a la demora. Realizamos un estudio, retrospectivo en pacientes diagnosticados con tuberculosis en julio-dic 2010 y que ingresaron a tratamiento. La selección de la muestra fue polietapica, seleccionando primero los establecimientos de salud y luego los pacientes, se lleno un instrumento estructurado, los datos se analizaron en Epi Info, se realizaron frecuencias simples y múltiples, el análisis estadístico mediante las medidas de tendencia central y se calcularon OR para la asociación de riesgos. El promedio de demora fue 19 días (inicio de síntomas -demanda atención), la media de demora total, (diagnostico-inicio de tratamiento), fue 5 días, las normas nacionales, establecen iniciar tratamiento antes de 3 días, esta demora excede lo previsto por las normas. Recomendamos realizar estudios prospectivos, difundir información de prevención Tuberculosis.

* Unidad Coordinadora de Proyectos, Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert.
E-mail: auroca45@hotmail.com

** Hospital Dr. Robert Reid Cabral
E-mail: reliasmelgen@yahoo.es

*** Universidad Autónoma de Santo Domingo, UASD, República Dominicana
E-mail: ivelisse_acosta@yahoo.com

**** Clínica de Familia Mir, La Romana.
E-mail: leonel.lerebournadal@gmail.com

PALABRAS CLAVES

Tuberculosis, demora, tratamiento.

ABSTRACT

The study objectives were to determine the time between the onset of Symptoms of initiation of antituberculosis treatment and to identify risk factors associated with delay. We conducted a retrospective in patients with tuberculosis in July-December 2010 and entered treatment/ the sample selection was multistage, first selecting health facilities and the patients filled in a structures instrumented, the data were analyzed in Epi Info, there were single frequencies, statistical analysis using measures of central tendency and OR were calculated for the association of risk. The average delay was 19 days (onset attention demand), the average total delay (diagnosis-initiation of treatment) was 5 days, and national standard set the star of treatment within 3 days, this delay exceeds the provisions of the rules. We recommend prospective studies, dissemination of TB information.

KEY WORDS

Tuberculosis, delay, treatment.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estimó para el año 2007 el número de nuevos casos de tuberculosis en el mundo en 9.3 millones, tasa de 139.1 por 100,000 habitantes, en la Región de las Américas de 294,636, para una tasa de 32.4 casos por 100,000 habitantes y de acuerdo a esta publicación, el aporte de las Américas a la carga global de TB fue de un 3.2% de todos los casos en el mundo y de los casi 295 mil casos nuevos estimados para las Américas en 2007, el 53% correspondió a formas bacilíferas y el 11% estuvieron asociados al VIH. De acuerdo a esta organización, la tasa estimada de incidencia para casos baciloscopías positivos fue de 17.3 y para asociación TB•VIH de 1.6 casos por 100,000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009, p:9). De acuerdo al informe Mundial de Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (2009, p:232) en nuestro país, para el año 2005, la tasa de incidencia de Tuberculosis en todas las formas fue de 73 casos por 100,000 habitantes siendo considerado como uno de los 12 países priorizados para TB por la OPS, debido a que se encuentra entre uno de los países con mayor carga de tuberculosis en las Américas, con tasas

estimadas de 85 casos por 100,000 habitantes y es considerado de acuerdo a la estrategia del Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015 en el escenario 4B (2009, p:6-8). Sin embargo, las tasas notificadas aún no superan 49 casos por 100,000 habitantes para el mismo año, lo que representa un subregistro de un 40-50 %. De acuerdo a los datos del PNCT del año 2005, la detección alcanzo un 27% por ciento de los casos esperados (Programa Nacional de Control de la Tuberculosis [PNCT], 2005, p:13).

Toman (2006, p:9) refiere que la temprana detección de los casos de tuberculosis determina el inicio temprano del tratamiento y por tanto la probabilidad de curación aumenta y se reduce la transmisión de la enfermedad en la comunidad, ya que de acuerdo a Rieder, la probabilidad de infección de los contactos cercanos de un caso de tuberculosis no tratado es tres sobre 10, y en los contactos casuales es tres sobre 20. (1999, p:23).

De acuerdo a Gómez (2003, p:146) durante el tiempo que un enfermo de TB pulmonar no es diagnosticado ni tratado sus lesiones pueden progresar y tener un fatal desenlace, como se evidencia en el elevado número de casos de TB descubiertos en autopsias. Este mismo autor refiere que “En el diagnóstico de un caso de TB todos los estamentos sanitarios se ven implicados: el paciente, que debe acudir a solicitar ayuda médica; el médico, que debe sospechar la enfermedad; el laboratorio y las técnicas de diagnóstico por la imagen, y los responsables de los servicios de salud, que deben aportar los medios necesarios, así como normativas que clarifiquen estos procesos.”

Atendiendo a esta situación es necesario conocer cuáles son los factores de riesgo asociados al tiempo de demora que existe entre el inicio de la sintomatología sospechosas de tuberculosis y el inicio del tratamiento tomando en cuenta que pudieran existir demoras tanto diagnóstica, como demora en el inicio de tratamiento de los casos de tuberculosis, considerando que la normativa del PNCT indica “que entre la detección del Sintomático Respiratorio (SR) e inicio de tratamiento no debe transcurrir más de setenta y dos horas.” (PNCT, 2010, p:25).

Los objetivos de este estudio fueron determinar la demora entre inicio de síntomas, diagnóstico e inicio de tratamiento y los factores de riesgo asociados a esta demora.

REVISIÓN DE LA LITERATURA RELEVANTE

Gómez (2004, p:149) destaca en su estudio que la detección de casos es uno de los principales componentes de un programa de control de la Tuberculosis y el retraso diagnóstico es uno de los indicadores recomendados en su evaluación y que el retraso en la detección de los casos de TB puede considerarse un indicador para determinar la capacidad de diagnosticar la enfermedad e inicio de tratamiento, por lo que este debe ser evaluado con periodicidad, debido a las consecuencias negativas, especialmente en los casos bacilíferos, serían la transmisión de la infección y, en último término, la invalidez o muerte del enfermo. Este mismo estudio refiere que otras investigaciones relativas a la demora diagnóstica ha sido superior a 60 días por causas atribuibles al sistema sanitario, y en España, algunos autores han encontrado demoras diagnósticas en un rango de 50 a 133 días. (2004, p:150).

Costabel en su estudio en Uruguay revela que el mayor retraso en el diagnóstico estuvo dado por los días desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta. En el retraso total se encontró que en la mitad de los casos hubo una media de 36 días, superando los objetivos básicos para el control de la tuberculosis (por encima de los 30 días), establecido en las evidencias consultadas. (2004, p:1).

Como expresa Court (2003, p:6) en Países con sistemas sanitarios bien estructurados como Cuba, estudios ha evidenciado que la demora promedio entre primeros síntomas y el diagnóstico mejoró de 42 días en 1995 a 28.6 días en 1999.

En Perú, en un estudio realizado por Ford “et al” (2006, p:1099) revela que el tiempo de demora en el diagnóstico fue menor de 60 días en el 68.46% de los casos entrevistados, registrándose un promedio de 60.27 días.

En países desarrollados la demora en sospechar la presencia de TB y en iniciar el tratamiento ha sido causa de brotes nosocomiales de TB, incluyendo la TB resistente a múltiples fármacos de ahí que “el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los enfermos de tuberculosis hasta su curación son, por el momento, los pilares fundamentales de la lucha contra la tuberculosis.” (Gómez, 2004, p:152). Los estándares de la OMS para el control de la tuberculosis son curar por los menos el 85% de los casos nuevos de tuberculosis

pulmonar BK + y detectar por lo menos el 70% de los casos TBP BK (+) esperados (OPS, 2009, p:2), actualmente en nuestro país el indicador de detección está alrededor de un 25%. (PNCT, 2006, p:10).

En República Dominicana, la tasa de incidencia de Tuberculosis en todas las formas es de 73 casos por 100,000 habitantes para el año 2008 (WHO, 2009, p:222) , siendo considerado como uno de los 12 países priorizados para TB por la OPS, de ahí que está entre uno de los países con mayor carga de tuberculosis en las Américas, con tasas estimadas de 85 casos por 100,000 habitantes, y considerada en el escenario 4B de acuerdo a la estrategia del Plan Regional para el control de la tuberculosis. (2009, p:6,7, 8)

La temprana detección de los casos de tuberculosis determina el inicio temprano del tratamiento y por tanto la probabilidad de curación aumenta y se reduce la transmisión de la enfermedad en la comunidad, otros pacientes y el personal de salud. (Toman, 2006, p:9)

Costabel identificó en su estudio realizado en Uruguay como factores de riesgo asociados a la demora diagnóstica el consumo de tabaco en un 58% de los casos (2004, p:4). Olomuyiwua en otro estudio en Nigeria en el mismo año, revela que los factores de riesgo asociados a la demora identificados no estuvieron relacionados con los datos socio demográficos del paciente, tales como edad, género o educación. (2004, p:3).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, se seleccionaron los pacientes mayores de 10 años que fueron diagnosticados con tuberculosis pulmonar en el periodo julio-diciembre 2010 y que están en tratamiento antituberculosis con la finalidad de determinar la demora diagnóstica de tuberculosis desde el inicio de sintomatología e inicio de tratamiento.

La selección de la muestra se realizó usando el programa Open Epi, versión 2, en donde de las 32 provincias y 8 áreas de salud, se introdujo la cantidad de establecimientos de salud que ofrecen el servicio del programa

de control de la tuberculosis (PCT), se estableció la probabilidad en un 95%. De 1,163 establecimientos de salud que reportaron informes operacionales en el tercer trimestre de 2010, la muestra seleccionada fue de 289 establecimientos. Para la selección de los establecimientos participantes, se utilizó la herramienta de Randomización del mismo programa, para lo cual se listaron los establecimientos de salud y el mismo programa seleccionó los 289 números de los 1,163 suministrados al programa. Luego de seleccionado los establecimientos se seleccionaron los pacientes inscritos en el libro de registro de pacientes que cumplían los criterios de selección, fueron contactados e invitados a participar en el estudio. No todos los pacientes fueron localizados o aceptaron participar en el estudio. Aquellos pacientes que se localizaron se invitaron a la entrevista estructurada la cual se realizó en el establecimiento de salud donde había recibido su tratamiento.

Para la recolección de los datos se diseñó un instrumento estructurado que recogía variables de interés como edad, sexo, escolaridad, estado civil, tenencia de empleo, tenencia de vivienda, condiciones de hacinamiento, condición de desplazamiento, conocimientos sobre la enfermedad, distancia a los centros de salud y tipo de seguridad social.

La información de los datos de las fechas de captación del paciente como sintomático respiratorio, fecha de toma de muestra de las tres baciloscopías, fecha de inicio de tratamiento se extrajeron de los libros de registro de Sintomático Respiratorio, libro de bacteriología y libro de seguimiento de casos y tarjeta de toma de medicamentos.

En la entrevista estructurada al paciente se investigó fecha de inicio de síntomas, fecha de búsqueda de atención médica por sintomatología de sospecha de TB o por otra causa, número de visitas al establecimiento de salud antes de ser diagnosticado, entre otras variables de interés para el estudio.

Los datos se procesaron en una base de datos en Epi Info 2000, versión 3.5.3, se validaron mediante revisión de los cuestionarios y se verificaron las incongruencias y/o errores. El análisis de los datos se realizó con el programa Epi Info, se recodificaron algunas variables para un mejor análisis de la información, se realizaron frecuencias simples y múltiples y se realizaron análisis estadísticos mediante las medidas de tendencia central tales como la media, mediana, para la asociación de riesgos a la demora se calcularon OR.

RESULTADOS

Se entrevistaron 149 casos de TB, de los cuales el 36.2% de los casos residen en la provincia Santo Domingo y el Distrito Nacional, el 14.8% en Barahona, 12.1%, en San Juan, el 9.4% en Santiago y para el resto de las provincias el porcentaje oscilo entre el 4.7% y el 1.3%. El 17.4% de los casos estuvo comprendido en las edades de 10-20 años, el 45% en el grupo de 21-40 años, el grupo de 41-65 años estuvo comprendido por el 26.2%, los mayores de 65 años representan solo el 5.4%. El sexo más frecuente fue el masculino, 62.3% y el 37.7% femenino. La escolaridad predominante fue la primaria con un 50% seguido de la secundaria con un 24%, un 14.4% refirió no tener ningún grado académico. El estado civil predominante fue soltero con un 51%, seguido de unión libre con un 31%. El 90.6%, es de nacionalidad dominicana, un 8.1 % es de nacionalidad haitiana, dos casos reportaron otra nacionalidad.

De acuerdo a la ocupación, el 49.6% trabaja en el sector informal de producción, un 15.4% corresponde a estudiantes, un 10.4% corresponden a choferes, un 3.01% corresponde al sector salud (médicos, enfermeras). Un 32.34% de los entrevistados se dedica a actividades diversas tales como empleados públicos y privados, comerciantes, maestro, entre otros). El 10.53% manifestó estar desempleado. El ingreso promedio mensual de los entrevistados fue de RD\$ 6,550.00 (Li=0, Ls=RD\$35,000.00).

De acuerdo a la condición de tenencia de vivienda, el 58.9% refirió vivir en casa propia y el 41.1% refirió vivir en casa alquilada. El promedio de habitaciones para dormir por vivienda fue de 3 (Li=1, Ls=6), el 35% dispone de dos habitaciones para dormir, en relación al número de personas por vivienda, el número promedio de personas por vivienda es de 5 (Li=1, Ls=9), en el 53% de los hogares viven entre 3-5 personas. El 95.92% de los entrevistados refirió que dispone de un centro de salud cercano a su vivienda a menos de 10 minutos de distancia. De acuerdo a los entrevistados la distancia promedio medida en kilómetros desde sus hogares al establecimiento de salud más cercano es de 14.1 Km (Li=1, Ls=50) y la distancia promedio medida en kilómetros al establecimiento de salud en donde el entrevistado demanda servicios es de 13.6 Km (Li=0, Ls=50). El medio de transporte utilizado por el 89.4% de los entrevistados es el transporte público, y la inversión semanal promedio en dinero que el entrevistado realiza desde su vivienda

para trasladarse al establecimiento de salud en donde demanda servicios, es de RD\$368.00 ($Li=RD\0.00, $Ls=RD\$1,500.00$), uno de los entrevistados es un discapacitado por lo que se asume que la variación importante en el costo del transporte es debida al traslado al establecimiento de salud en transporte privado. El acceso a servicios de salud a través de la afiliación a una prestadora de salud, fue medida por medio de la afiliación o no a una ARS, el 65.8% de los pacientes entrevistados refirieron no estar afiliados a una ARS y el 34.2% (50) refirió estar afiliado a una ARS, de estos, en 48 pacientes se registro el dato de la ARS al cual están afiliados y el 70.8% está afiliado al SENASA.

Al evaluar si el personal del servicio de salud donde el paciente recibió atención médica por primera vez pregunto por tos y catarro por más de 15 días, de 128 pacientes que contestaron esta pregunta, el 90.0% (114) refirió que el personal de salud le hizo la pregunta de sospecha de tuberculosis, en el 10% de los casos no le fue preguntado por sintomatología sospechosa de tuberculosis.

En relación al tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la demanda de servicio por sintomatología respiratoria, el 66.4% de los pacientes refirió acudir al establecimiento de salud en los primeros 30 días de iniciada la sintomatología de tos y catarro, el 23.4% acudió al centro de salud entre los 30 y 60 días, el 10.2% acudió a demandar servicio pasado los 60 días y más de iniciada la sintomatología respiratoria. ($Li=1$, $Ls=365$).

Cuadro No. 1
Porcentaje de casos TB según días transcurridos
al centro e inicio de síntomas TB,
Estudio Demora Diagnóstica, RD, Julio-Dic 2010

Días	No.	%	% acumulado
1 a 15	36	28.1	28.1
16 a 30	49	38.3	66.4
31 a 60	30	23.4	89.8
61 y más	13	10.2	100.0
Total	128	100	

Fuente: Estudio Demora Diagnóstica TB

De acuerdo a la sintomatología por la que los pacientes fueron a demandar el servicio al establecimiento de salud, el 81.7% lo hizo por presentar tos y catarro por más de 15 días, un 15.3% refirió presentar tos con sangre, un 86.3% refirió pérdida de peso, el 78.3% refirió presentar fiebre, un 12.7% tiene asociación con el VIH.

La conducta que el personal de salud tomo al evaluar el paciente fue investigada mediante varias preguntas a fin de evaluar el cumplimiento de la normativa para el control de la tuberculosis. Al 62.6% (87/139) de los pacientes le recetaron medicamentos paliativos para el manejo de la sintomatología respiratoria, el 58.5% (61/147) fue referido a otro servicio de salud, al 63% (92/146) le indicaron realizarse una Radiografía de Tórax, al 34% (50/147) le recomendaron realizarse análisis de sangre, al 83.7% (123/147) le recomendaron realizarse una baciloscopia y al 14.3% (21/147) le recomendaron realizarse un cultivo de esputo.

Cuadro No. 2
Porcentaje de casos TB según conducta seguida
por personal de salud,
Estudio Demora Diagnóstica, RD, Julio-dic 2010

Conducta seguida con paciente	Si		No		Total
	No.	%	No.	%	
Baciloscopia	123	83.7	24	16.3	147
Indicación Rx tórax	92	63	54	37	146
Análisis de sangre	50	34	97	66	147
Cultivo	21	14.3	126	85.7	147
Receta medicamentos	87	62.6	52	37.4	139
Referido a otro EESS	86	58.5	61	41.5	147

Fuente: Estudio Demora Diagnóstica TB

Una de las variables que mide este estudio es el número de veces que un paciente con sintomatología de tuberculosis consulta en un establecimiento de salud por esta sintomatología, de 123 pacientes que respondieron esta pregunta, el 81% (100) consultaron de una a tres veces antes de ser diagnosticados como caso de tuberculosis, el 17% (21) fueron diagnosticados en su cuarta a séptima consulta y al 1.6% (2) fueron diagnosticados a la octava o mas consulta.

Cuadro No. 3
Porcentaje de casos TB según número de
consultas antes Diagnóstico TB,
Estudio Demora Diagnóstica, RD, 2010

No. consultas	No.	%
1 a 3	100	81.3
4 a 7	21	17.1
8 a 10	2	1.6
Total	123	100

Fuente: Estudio Demora Diagnóstica TB

Las Normas nacionales para la prevención y control de la Tuberculosis refieren que todo paciente identificado con sospecha de tuberculosis se le realicen tres baciloscopías seriadas en la primeras 24 horas de identificado el caso (PNCT, 2010, p:25), en este estudio se investigo la realización de las tres baciloscopías y el resultado de las mismas, en el 60.2% (80/133) de los casos, el resultado fue positivo en la en la primera BK, en el 65.9% (85/129) el resultado fue positivo en la segunda BK y en el 55.9% (66/118) fue positivo en la tercera BK.

Al investigar la exposición a personas con tuberculosis, el 19.2% (28/146) refirió tener un familiar o un contacto con tuberculosis, el 18.1% (26/144) refirió padecer de otra patología previa. Los hábitos tóxicos de los pacientes fueron investigados y el 34.5% de los pacientes refirieron que usan alcohol, el 14.5% refirió que fuma y solo el 2.1% refirió que es usuario de droga.

La demora diagnóstica fue medida en función del tiempo en días que transcurrieron entre la primera consulta que realizó el paciente y el tiempo en ser identificado como sintomático respiratorio (SR), en el tiempo transcurrido entre la identificación como SR y la toma de la primera muestra para baciloscopia, el tiempo entre el procesamiento de la primera baciloscopia y la entrega de resultados al paciente, el tiempo transcurrido entre la segunda toma de muestra y el procesamiento de la segunda muestra y el tiempo en la entrega del segundo resultado, así como el tiempo transcurrido entre la identificación como caso TB y el inicio del Tratamiento antituberculosis.

Cuadro No. 4
Casos TB según tiempos de procedimientos,
Estudio Demora Diagnóstica, RD, 2010

Tiempos de demora	0 a 5 días		6 a 10 días		11 a 15 días		16 y más		Total	Desv.			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		Media	Est	Li=	LS=
Días/consulta e identificación como SR	98	74.2	11	8.3	1	0.8	22	16.7	132	10.7	26	0	138
Días/toma y procesamiento 1 BK	130	92.9	10	7.1	-	-	-	-	140	1.6	4.2	0	45
Días/toma de muestra y entrega resultado 1era BK	109	79.0	20	14.5	5	3.6	4	2.9	138	3.9	8.6	0	138
Días/toma de muestra y procesamiento 2da BK	131	95.6	6	4.3	-	-	-	-	137	7	0	0	8
Días/toma de muestra y entrega resultado 2da BK	119	90.2	11	8.3	2	1.5	-	-	132	1.8	1	0	16
Días/diagnóstico de TB e inicio de tratamiento	96	70.6	27	19.9	5	3.7	8	5.9	136	4.7	3	0	45

Fuente: Estudio Demora Diagnóstica TB

El 74.2% de los casos entrevistados fueron identificados como SR en los primeros cinco días de haber consultado en un establecimiento de salud, el 8.3% en los primeros diez días, un 16.7% fue diagnosticado entre 16 y mas días. El tiempo transcurrido entre la toma de muestra y el procesamiento de la primera baciloscopia (BK) en el 93% fue entre 1 a cinco días, en el 7.1%

se realizó entre 6 a diez días. La entrega de resultados de la primera BK fue entre uno a cinco días en el 79% de los casos, un 14.5% lo recibió entre 6 a 10 días.

La segunda muestra de esputo debe ser tomada a las 24 horas de la toma de la primera muestra, en este estudio, en el 95.6% de los casos la segunda muestra fue tomada y procesada en los primeros cinco días y el 4.3% entre 6 y 10 días, la entrega de resultados de la segunda muestra se realizó en el 90% de los casos en entre uno a cinco.

En relación al tiempo transcurrido entre el diagnóstico de TB e inicio de tratamiento, en el 70.6% se inició en los primeros cinco días de diagnóstico, el 20%, en los primeros diez días y un 6% duró hasta más de 30 días para iniciar un tratamiento antituberculosis.

Al analizar la media y la desviación estándar (DE) de los tiempos de los procesos diagnósticos para identificar un caso de tuberculosis e iniciar tratamiento, la media de días para identificar al paciente como SR fue de 10.7 días (rango 0-138) y la DE 26 días, y para iniciar el tratamiento luego de diagnosticado como caso de tuberculosis, la media fue de 4.7 días (rango 0-54) y la DE 3 días.

La media de días entre la toma de la muestra de esputo y el procesamiento de la primera BK fue de 1.6 días (rango 0-45) y la DE 4.2 días, y para la entrega de resultado de esta primera BK desde su procesamiento la Media fue de 3.9 días (rango 0-92) y la DE de 8.6 días.

La media de días entre la toma de la muestra de esputo y el procesamiento de la segunda BK fue de 7 días (rango 0-8), y para la entrega de resultado de esta segunda BK desde su procesamiento la Media fue de 1.8 días (rango 0-16) y la DE de 1 día.

En relación a los factores de riesgo asociados a la demora diagnóstica se cruzaron las variables de escolaridad, estado civil, distancia al centro y gasto en transporte y no se asociaron como factores de riesgo para la demora diagnóstica de tuberculosis.

Cuadro No. 5
Factores de riesgo asociados a demora,
Estudio Demora Diagnóstica, RD, 2010

Tiempos de demora	OR			Chi cuadrado
	Valor	Li	Ls	
Gasto transporte/mediana días inicio Sx y demanda servicio	0.9	0.4	2	
Distancia al centro/mediana días inicio Sx y demanda servicio	1.5	0.6	3.3	
Estado civil/mediana días inicio Sx y demanda servicio	1.4	0.6	2.9	
Escolaridad/mediana días inicio Sx y demanda servicio				4.6

Fuente: Estudio Demora Diagnóstica TB

DISCUSIÓN

La demora diagnóstica de casos de tuberculosis aumenta las probabilidades de la transmisión de la enfermedad en la comunidad, ya que la manera efectiva de su control es la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de acuerdo a las normas nacionales (PNCT, 2010, p:23). Al igual que otros países, en este estudio se evidencio un promedio de demora de 19 días (rango 1 a 100), desde el inicio de la sintomatología respiratoria hasta demandar el servicio de salud, por lo que esta demora podría atribuirse al paciente ya sea por desconocimiento de la sintomatología de la enfermedad o no. La media de la demora total, es decir la demora desde el diagnóstico al inicio de tratamiento, es de 5 días (rango 0 a 45), de acuerdo a las normas nacionales, una vez identificado el caso de TB, debe iniciarse tratamiento en las primeras setenta y dos horas (3 días), por lo que esta demora excede lo previsto por las normas.

El cuestionario no midió las razones por las cuales el paciente demoró en retornar a buscar el resultado de la primera BK o el personal de salud no le contacto para entregar el reporte, el cual presento una media de demora de 13 días.

En relación a los factores de riesgo tales como escolaridad, estado civil, distancia al centro, gasto en transporte asociado a la demora no se identificó asociación.

RECOMENDACIONES

Dado que la principal limitación de este estudio es el seguimiento de los pacientes, es recomendable realizar estudios de tipo prospectivo en la medida que los pacientes son identificados e ingresan a la cohorte y realizar con estos, estudios focales que permitan identificar a profundidad verdaderos factores asociados a la demora.

Es importante continuar con la divulgación de las formas de prevención de la tuberculosis en vista que la mayor demora se evidencio en el paciente presumiblemente por falta de información de la sintomatología de la enfermedad.

Es preciso fortalecer las estrategias de búsqueda de casos sospechosos de TB en la comunidad y los servicios de salud desarrolladas por el PNCT, a fin de garantizar la oportuna detección de los casos y el inicio temprano del tratamiento.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al ser un estudio retrospectivo, los pacientes luego que terminan su tratamiento se hace difícil su localización por lo que no se pudo localizar al tamaño muestral estimado, ya que algunos pacientes cambiaron de dirección o fue difícil localizarlos o ajustarnos a su horario para la entrevista debido a su reinserción laboral. En otros casos, los pacientes entrevistados no recuerdan con exactitud (sesgo de memoria) las fechas de inicio de síntomas, fechas de consultas o lugares visitados para consultar, por lo que no se pudo recoger toda la información relativa al tiempo previo al contacto con el establecimiento de salud y el periodo para ser identificado como caso TB.

BIBLIOGRAFÍA

- Costabel, M (2007) Retraso del Diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar Diagnosticada por baciloscopía casos denunciados al Registro Nacional de Tuberculosis entre el 19 de Julio y 19 de agosto de 2004, *Revista Uruguaya de Enfermería*; 1 (2): 20-24.
- Court, J, (2003). Tuberculosis en la Ciudad de la Habana, 1995-1999. *Rev. Saúde Pública*; vol.37 no.3.
- Ford, C [et al] (2009) Factors associated with delayed Tuberculosis Test seeking behavior in the Peruvian Amazon. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Vol. 81 (6): 1097-1102.
- Gómez, MN, [et al] (2003). Estudio del retraso diagnóstico de la tuberculosis pulmonar sintomática. *Arch Bronconeumol* 2003; 39(4):146-52.
- Olumuyiwa, O. (2004). Patterns of delays amongst pulmonary tuberculosis patients in Lagos, Nigeria, *BMC Public Health*, 2004, 4:18.
- Organización Mundial de la Salud, Suiza. (2009). *WHO TB report 2009*. Ginebra
- Organización Panamericana de la Salud, Estados Unidos de América. (2009). *Tuberculosis en las Américas, Reporte Regional 2009*. Washington D.C.
- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, República Dominicana. (2007), *Informe de Gestión 2006*. Secretaria de Estado de Salud Pública.
- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, República Dominicana. (2010), *Normas Nacionales para la prevención y el control de la tuberculosis* (Serie de Normas Nacionales No.16). Secretaria de Estado de Salud Pública.
- Rieder, H. (1999). *Bases Epidemiológicas del control de la tuberculosis*. (1ra Ed). Paris. UNION.
- Toman, K. (2006). *Tuberculosis. Detección de casos, tratamiento y vigilancia*. (2da Ed). Washington D.C. OPS.

Recibido: 13/02/2012

Aprobado: 09/03/2012