



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Factores asociados al diagnóstico precoz y tardío de la tuberculosis: estudio descriptivo

Mara Cristina Ribeiro Furlan¹, Regina Lúcia Dalla Torre Silva²,
Sonia Silva Marcon²

¹ Universidad Federal de Mato Grosso del Sur

² Universidad Estadual de Maringá

RESUMEN

Objetivo: conocer los factores relacionados al diagnóstico precoz y tardío de la tuberculosis y saber cuáles son los sentimientos y vivencias después de enfermarse con tuberculosis (TB). **Método:** Estudio descriptivo de naturaleza cualitativa, realizado con 23 sujetos en tratamiento de TB, en el municipio de Maringá-PR. La recolección de los datos ocurrió en abril de 2012, por medio de una entrevista semiestructurada. Los datos fueron tratados por el análisis de contenido. **Resultados:** Fueron evidenciadas tres categorías: Conociendo el camino recorrido: factores relacionados al diagnóstico precoz y tardío de TB; Dolor y alivio: desvelando los sentimientos frente al diagnóstico de TB y; Los cambios advenidos tras el diagnóstico de TB. **Discusión:** El diagnóstico inmediato y el inicio precoz del tratamiento son señalados como factores esenciales para controlar la epidemia. **Conclusión:** Factores, como ofrecer subsidios al usuario para que realice los exámenes y la disponibilidad de los resultados e tiempo oportuno, son fundamentales para que ocurra el inicio precoz del tratamiento.

Descriptor: Tuberculosis; Diagnóstico; Política de Salud; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) en Brasil, así como en el mundo, acomete la población desde hace mucho tiempo, principalmente a finales del siglo XIX e inicio del XX, cuando morían mitad de los individuos acometidos⁽¹⁾. Actualmente, a pesar de existir recursos tecnológicos capaces de promover su control, todavía no hay perspectiva de obtenerse, en un futuro próximo, su eliminación como problema de salud pública, ya que aún surgen aproximadamente 85 mil nuevos casos por año de la enfermedad y cinco mil óbitos en el mismo período en Brasil. Además, la TB constituye la primera causa de muerte en pacientes con SIDA⁽²⁾.

Uno de los factores que más preocupa en el combate a la TB es el diagnóstico tardío, que puede resultar en el agravamiento de la enfermedad, con mayor número de secuelas a largo plazo, mayor mortalidad y perpetuación de la cadena de transmisión⁽³⁾. El diagnóstico precoz y el pronto inicio del tratamiento medicamentoso, a su vez, son fundamentales para un efectivo control de la enfermedad⁽³⁾.

Además de la relevancia del diagnóstico precoz, es fundamental garantizar el suceso del tratamiento. En esta perspectiva, es necesario que los profesionales de la salud comprendan la vivencia de la persona enferma en el período del tratamiento y conozcan cuáles son los cambios advenidos a partir de este momento. Esto posibilitará que los profesionales de salud tracen estrategias y realicen orientaciones, para que los usuarios pasen por esa fase de la manera menos dolorosa y amenicen dudas sobre la enfermedad. Pues estas, cuando presentes, pueden repercutir en todo el tratamiento de forma negativa. De este modo, el objetivo del estudio fue conocer los factores relacionados al diagnóstico precoz y tardío de la tuberculosis y cuáles son los sentimientos y vivencias después de enfermarse con tuberculosis.

MÉTODO

Estudio descriptivo de naturaleza cualitativa, desarrollado junto a 23 individuos en tratamiento de TB en el municipio de Maringá-PR, que está localizado en la región Noroeste del estado de Paraná, con área total de 488 Km² y una población de 357.077 habitantes⁽⁴⁾. En relación a las redes de servicios de la salud, el municipio es la sede de la 15ª Regional de Salud de Paraná, que está conformado por 30 municipios y cuenta con 10 hospitales y 1.280 lechos para internación, 32 Unidades Básicas de Salud (UBS) y dos Policlínicas. El diagnóstico de TB puede ser realizado en cualquier servicio de salud, sea público o privado; pero el tratamiento está descentralizado para las UBS y para los 67 equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). El servicio de referencia para casos de difícil diagnóstico, infección multirresistente, entre otros, es el Consorcio Público Intermunicipal de Salud del Setentrião Paranaense (CISAMUSEP), con sede en la ciudad de estudio.

Las informaciones referentes al perfil socio-demográfico, clínico y el teléfono de los sujetos fueron obtenidos en el Sistema de Información de Agravios de Notificaciones (SINAN) junto a la coordinación de TB de la 15ª RS de Paraná. Participaron del estudio: pacientes mayores de 18 años de edad, con capacidad cognitiva para responderá a la pregunta norteadora y que no estaban siendo acompañados en el sistema carcelario.

La recolección de los datos fue realizada en abril de 2012. Primeramente, fue realizado un inventario de la lista de los sujetos y, posteriormente, fue realizado el contacto telefónico, ocasión en la que fueron explicitados los objetivos del estudio y solicitada su participación. En caso de aceptación, se programó una visita domiciliar. La búsqueda por nuevos informantes ocurrió hasta el momento en que los datos se

volvieron repetitivos y el objetivo del estudio ya había sido alcanzado.

La recolección de los datos ocurrió por medio de la siguiente cuestión norteadora: Cuénteme cómo ocurrió su diagnóstico de TB y ¿Cuál fue su sentimiento al saber que estaba con TB? Las entrevistas fueron grabadas para garantizar la veracidad de los relatos y para evitar la pérdida de elementos relevantes a la investigación; fueron entonces, transcritas en la íntegra y posteriormente, sometidas al proceso de análisis de contenido⁽⁵⁾.

Para esto, se realizó el pre-análisis, la exploración de material y el tratamiento de los resultados con inferencia e interpretación de las categorías significativas. La unidad temática es la unidad de significación que se libera naturalmente de un texto analizado según los criterios relativos a la teoría, que sirve de guía a la lectura y que consiste en descubrir los núcleos de sentido que compone la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico del estudio⁽⁵⁾.

Este estudio hace parte integrante del proyecto de investigación titulado "Evaluación de los servicios de Atención Básica en el control de la tuberculosis en la 15ª Regional de Salud de Paraná". El estudio fue desarrollado en consonancia con las directrices disciplinadas por la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud y aprobado por el Comité Permanente de Ética en Pesquisa con Seres Humanos de la Secretaría de Salud del Estado de Paraná (Parecer 423/2011).

Tanto por teléfono como personalmente, fueron explicados los procedimientos que serían adoptados en el estudio, el tipo de participación deseada, la libre opción en participar o no, sin cualquier perjuicio para la asistencia médica de los pacientes, y el tiempo probable de duración de la entrevista. Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclarado,

y como garantía de su anonimato, fueron identificados por la letra "E" seguida por números ordinales, género, mes de tratamiento y forma clínica de la TB.

RESULTADOS

Los sujetos

Los participantes del estudio tenían, en su mayoría, TB de la forma pulmonar (82,6%), eran del sexo masculino (52,2%) y vivían con algún compañero (52,1%). Referente a la edad 13% poseían entre 18 y 19 años; 60,9% entre 30 a 49 años (60,9%) y 26,1% poseían 50 años o más. En relación a la renta familia, 26,2% poseían hasta un salario mínimo; 47,8% entre uno a tres salarios mínimos; 13% cinco salarios mínimos o más y el mismo porcentual no poseía ningún tipo de renta. Respecto a la escolaridad 60,9% poseían la enseñanza fundamental incompleta; 17,4% la enseñanza media completa y 8,7% la enseñanza superior completa. Vivían con hasta dos personas 60,9% de los respondientes, mientras que 39,1% vivían con cuatro personas o más.

El análisis de las declaraciones, permitió la aprehensión de las percepciones de los usuarios sobre la temática en la forma de tres categorías, las cuales son presentadas y discutidas a seguir.

Conociendo el camino recorrido: factores relacionados al diagnóstico precoz y tardío de la TB

Algunos factores fueron señalados por los sujetos como facilitadores del diagnóstico; entre ellos, la disponibilidad de transporte para realizar los exámenes y la visita domiciliar para entregarlos, como visto en la declaración:

Ellos me llevaron en la ambulancia para hacer los exámenes. Los exámenes no

demoraron para estar listos [...] la enfermera venía aquí para entregármelo y programaba las consultas (E16, F, 2º mes de tratamiento, TB pulmonar).

Otro factor que facilita el diagnóstico de la TB es la investigación de los comunicantes:

Mi esposo que se contagió primero. Ahí la enfermera me pidió un Rayo-X, me lo hice el mismo día y después pasé por el médico y él me dijo que dio una alteración. En la misma semana hice aquel examen, el de escupir, y dio que yo tenía TB (E2, F, 3º mes de tratamiento, TB pulmonar).

No obstante, a pesar de la investigación de los contactos respiratorios ser uno de los ejes estructuradores del control de la TB, ella no se realiza siempre en todos los contactos necesarios de forma preventiva, como puede ser observado en el relato a seguir:

Fui al puesto de salud, hable de mi problema (tos y fiebre), como mi marido ya tenía (TB pulmonar), me diagnosticaron rápido. Ellos no me pidieron los exámenes antes, no, solamente después que marqué consulta, porque estaba con mucha fiebre, tos y adelgacé mucho. Entonces desconfié que fuese (E4, F, 3º mes de tratamiento, TB pulmonar).

Además de eso, el diagnóstico tardío puede estar relacionado con la inhabilidad de los profesionales de la salud. Algunos relatos muestran que aunque tengan algunos síntomas, los pacientes necesitan pasar por varios médicos, realizar diversos exámenes e incluso hacer uso de medicamentos para otros diagnósticos.

Hubo mucha demora para hacer el diagnóstico. Los profesionales de salud tanto de la red pública como los de la privada no saben de esta enfermedad. Sólo yo sé lo que pasé, estoy en esta lucha hace mucho tiempo (E23, M, 4º mes de tratamiento, TB pulmonar).

Demoró 45 días para que me diagnosticaran, gasté dinero, mucho dinero con medicamentos para tos y fiebre y no para la TB (E7, F, 4º mes de tratamiento, TB pulmonar).

Si en muchos casos la TB pulmonar es diagnosticada de forma tardía, aunque las personas presenten los síntomas característicos de la enfermedad, como fiebre nocturna y tos desde hace más de tres semanas, las personas con TB extra pulmonar suelen sufrir más con la angustia de no saber cuál es el origen de sus síntomas y enfermedad, pues esta forma es menos común y no es la primera opción de investigación de los profesionales de la salud:

Yo tardé casi un año para descubrir que era TB. Pasé por varios especialistas, hasta que el epidemiólogo descubrió que era TB. Después de eso, mis nódulos comenzaron a desaparecer, a pesar de tener algunos todavía. Pero, ya no aguantaba más ir a tanto médico y tomar remedio y ellos solamente aumentar. (E18, F, 3º mes de tratamiento, TB ganglionar).

Dolor y alivio: desvelando los sentimientos frente al diagnóstico de TB

A pesar de toda la tecnología desarrollada a lo largo de los años, lo que posibilita que antibióticos más eficaces sean empleados en

el tratamiento de TB, haciendo que la enfermedad tenga cura, su diagnóstico todavía genera temor y angustia. Esto no se debe sólo al miedo de muerte, sino principalmente al estigma que acompaña a la enfermedad:

Dos cosas que yo nunca habría querido tener era TB y cáncer. No me imaginaba que tendría eso [...] yo nunca fui de ir a baile, de beber, salir de casa. No sé por qué me contagié con esa enfermedad (llanto). (E1, F, 2º mes de tratamiento, TB pulmonar).

En otros casos el estigma y hasta el prejuicio pueden ser observados en la comunidad:

Yo no tengo prejuicio. Cuando llegué a casa del hospital, los vecinos querían visitarme y le pedí a mi mujer, que les dijera que tenía TB y que no era bueno para ellos verme [...] Pero estoy muy enojado, porque aunque ya pasó cuatro meses, todavía hay vecinos que hasta hoy no pasan por el frente de mi casa (E23, M, 4º mes de tratamiento, TB pulmonar).

Cuando tuve el diagnóstico fue mi familia que tuvo prejuicio, querían llevar a mis hijas durante el tratamiento. Pero yo no dejé, llevé a todos al puesto y le pedí al médico y a la enfermera que les explicaran sobre la TB y el tratamiento. Entonces ellos pararon de implicar conmigo (E16, F, 2º mes de tratamiento, TB pulmonar).

Por otro lado, el diagnóstico de TB no suscita sólo sentimientos dolorosos, ya que hay casos en que las personas están más informadas y entienden que la enfermedad tiene cura. A

esto se le suma el hecho de que la demora para encontrar el diagnóstico, donde se sospecha de otras enfermedades de difícil tratamiento, al final genera un sentimiento de alivio al descubrir que se está con TB.

Yo me quedé 21 días internado, sin saber lo que tenía, empeorando cada vez más. Hasta que un día mi mujer y mi hijo fueron a visitarme y la auxiliar de enfermería les preguntó: ¿Dónde están el delantal y la máscara? Ustedes no pueden quedarse aquí sin el delantal y la máscara. Mi esposa le preguntó: ¿pero, por qué? ¡Yo quiero saber lo que está aconteciendo! Ella le dijo: Yo no puedo hablar. Mi esposa le respondió: Entonces trae alguien que pueda hablar. Ella llamó al enfermero que le dijo que yo estaba con sospecha de TB, pero que no había sido confirmado aún [...] Cuando confirmaron yo me quedé aliviado, porque ahora que yo sabía lo que tenía, podría curarme (E20, M, 6 mes de tratamiento, TB pulmonar).

Yo estaba con sospecha de cáncer de pulmón. Cuando salió el diagnóstico de TB me quedé aliviada. (E13, F, 4º mes de tratamiento, TB pulmonar).

Los cambios advenidos después del diagnóstico de TB

En relación a los cambios advenidos después del diagnóstico de TB, por tratarse de una enfermedad infecciosa, que llega en la mayor parte de los casos al pulmón, la TB hace con que, tras los síntomas, los individuos tengan problemas respiratorios, principalmente fatiga, llevando a muchas personas a parar de trabajar

por un largo tiempo, otras, por causa de la necesidad financiera, continúan trabajando, aunque esto no sea recomendable:

Tuve que parar de trabajar, porque me da mucha falta de aire. Es bien difícil porque trabajo por mi cuenta, yo que sustento a mi familia. Ya fui atrás de recibir auxilio enfermedad, pero ellos dicen que para esta enfermedad no existe. Entonces, no sé más qué hacer, ya intenté trabajar, pero no aguanto ni medio día. (E14, M, 4º mes de tratamiento, TB pulmonar)

Durante el tratamiento continúe trabajando, el médico pidió que me quedara de reposo algunos meses, pero no pude parar de trabajar. Yo trabajo por mi cuenta, en la construcción. Yo continúe trabajando normalmente y tomando el medicamento, pues necesitaba el dinero (E22, M, 6º mes de tratamiento, TB pulmonar).

DISCUSIÓN

La caracterización de los enfermos, de acuerdo con la forma clínica, mostró predominio de la forma pulmonar, no contradiciendo la distribución encontrada en otros estudios^(6,7). Siendo que esta forma es la que merece mayor atención en las actividades de control de la TB, por ser la forma transmisible de la enfermedad⁽⁶⁾. Por eso la necesidad del diagnóstico e inicio del tratamiento lo más rápido posible. La mayor frecuencia de enfermos con edad entre 30 y 49 años también corrobora resultados de estudios realizados en las regiones Sudeste y Norte del país, que identificaron que el rango de edad medio de las personas enfermas con tuberculosis es

de 20-49 años^(8,9). Referente al sexo, la proporción de hombres fue poco superior al de mujeres, lo que difiere de resultados encontrados en otros estudios, que señalan esta diferencia superior al 60%^(6,8).

En relación al diagnóstico de TB, a pesar de su relativa facilidad y de la efectividad del tratamiento, la tuberculosis todavía persiste como un problema mundial de salud pública⁽³⁾, y la agilidad para diagnosticarla es uno de los principales desafíos del Programa Nacional de Combate a la Tuberculosis (PCNT). Eso porque el diagnóstico precoz, luego después de la infección, disminuye el chance de un mayor número de personas ser infectado debido al menor tiempo del bacilo expuesto en la comunidad. Por tanto, son fundamentales que estrategias sean lanzadas por los profesionales de la salud para que el diagnóstico sea precoz, así como la disponibilidad de transporte para que se realicen los exámenes y la visita domiciliar para entregarlos.

Otra estrategia que debe ser adoptada es la investigación de los comunicantes respiratorios. Sin embargo, esto se ausentó en la percepción de algunos sujetos del estudio. En este contexto, el PCNT recomienda que todos los contactos de los enfermos con TB, especialmente el de los pulmonares positivos, deben ser investigados sobre la adquisición de la infección⁽²⁾, pues, frecuentemente, la fuente de infección es un individuo con la forma pulmonar de la enfermedad, eliminando bacilos para el medio exterior, según su índice (estado) bacteriológico. Se calcula que durante un año, en una comunidad, una fuente de infección pueda infectar, en media, de diez a quince personas que con ella haya tenido contacto⁽¹⁰⁾.

La organización de la atención al comunicante de tuberculosis es una preocupación para responder a los indicadores de la salud, para monitorear la asistencia prestada por el servicio y su calidad, destacándose la prevención. Existe

la necesidad de que el servicio incorpore la vigilancia epidemiológica, o sea, que identifique al comunicante, que haga los exámenes y monitoree su acompañamiento de forma preventiva. El riesgo del conjugue de una persona enferma con tuberculosis se contagie, es de dos a 40 veces mayor que el de la población en general, lo que permite concluir que la proximidad del contacto es uno de los aspectos importantes a ser considerado en la transmisión del bacilo⁽¹⁰⁾.

La no investigación de los contactos puede ser explicada por la sobrecarga del servicio de salud y por la falta de invertimiento en una política de salud pública organizada y hasta por la desinformación de los pacientes en relación al riesgo de transmisión y a la necesidad de investigación de los comunicantes respiratorios⁽¹¹⁾. Sin embargo, si los comunicantes esperan que surjan los síntomas para buscar asistencia, esto constituye un indicativo de falla en la investigación epidemiológica de los contactos domiciliarios. De ese modo, la escasez de recursos humanos entrenados para diagnosticar todavía es una gran dificultad para controlar la enfermedad^(12, 13).

Algunas veces, el diagnóstico tardío puede estar relacionado a la inhabilidad de los profesionales de la salud para sospechar sobre la enfermedad, incluso cuando hay casos sintomáticos respiratorios. Por eso, aunque los enfermos acudan al servicio de salud, este no se presenta resolutivo⁽¹⁴⁾.

Se nota que los sujetos del estudio van a los servicios de salud con síntomas de TB, pero los profesionales de la salud los encaminaron a otros servicios para que realizaran el diagnóstico. Concluyendo, parece haber un círculo vicioso de repetidas visitas a los servicios de salud sin obtener el diagnóstico correcto, lo que resulta en un tratamiento no específico, generando costos para el sistema y también para el paciente⁽¹⁵⁾.

La demora para diagnosticar la TB, puede significar un agravamiento del estado del pa-

ciente además de favorecer la diseminación de la enfermedad en la comunidad, porque cuando se nota la sintomatología, el enfermo ya se encuentra en una fase más avanzada y ya entró en contacto con varias personas⁽¹⁸⁾. En un estudio realizado en São Paulo-SP, con 11 pacientes que realizaban el tratamiento contra la TB y 12 profesionales de la salud, fue verificado que el tiempo entre la primera consulta en una unidad de salud y el diagnóstico era muy demorado, en media dos semanas. Y en 25% de los casos se demoraba casi ocho semanas para dar inicio al tratamiento⁽¹¹⁾.

El diagnóstico inmediato y el inicio precoz del tratamiento son señalados como factores esenciales para controlar la epidemia, ya que la interrupción de la cadena de transmisión depende, casi que exclusivamente, del tratamiento de los individuos infectados⁽¹⁵⁾. Se sugiere que la demora del diagnóstico después de la entrada de paciente en el sistema de salud esté relacionada a los problemas en la infraestructura del sistema y a la falta de conocimiento de los profesionales de la salud sobre la enfermedad, sobre sus señales y sus síntomas⁽¹⁵⁾.

Otro factor relacionado a la demora del diagnóstico, es ser acometido por la enfermedad en la forma extra pulmonar. Eso puede ser explicado por la dificultad de acceso a la mayoría de las lesiones para el análisis y la realización del diagnóstico y por el hecho de que habitualmente, el tipo de bacilo de las lesiones suele dar un resultado negativo⁽¹⁶⁾, de tal forma que la confirmación bacteriológica del diagnóstico acontece en sólo un cuarto de los casos.

En relación a los sentimientos frente al diagnóstico de TB, se nota que, en algunos casos, el paciente se siente responsable por la TB, como si la enfermedad significase la materialización de algún castigo por causa de un comportamiento que lo coloca fuera de los patrones de la sociedad⁽¹⁵⁾.

Además de eso, la vivencia del diagnóstico de TB puede generar sentimientos de angustia, pues los enfermos todavía sufren con el estigma y el prejuicio de la sociedad. Estas características también fueron identificadas en otro estudio, que reveló que el diagnóstico de TB genera un impacto emocional debido a las representaciones negativas sobre la enfermedad que aún perduran en la actualidad⁽¹¹⁾. Por más que la enfermedad sea antigua, su modo de transmisión y tratamiento es desconocido para muchos, lo que puede causar desconfianza en amigos y familiares que se relacionan con el enfermo durante el tratamiento, dejando de constituir un apoyo en esa fase singular⁽¹⁴⁾.

Un estudio realizado en Ribeirão Preto evidenció que la familia tuvo un papel importante, en el esfuerzo para proteger al enfermo de la discriminación social, apoyándolo durante el diagnóstico e incentivando el tratamiento; no obstante, el impacto de la enfermedad todavía provoca vergüenza y debilitamiento de la autoestima del enfermo⁽¹⁴⁾.

En lo que se refiere al diagnóstico de TB en relación al cáncer pulmonar, la literatura señala que hay una preferencia en adquirir TB al cáncer, lo que puede estar relacionado al mejor pronóstico de la primera, que tiene menor porcentual de mortalidad y solamente tratamiento medicamentoso oral; mientras que el cáncer, en gran parte de los casos, exige quimioterapia, lo que provoca mayores efectos tóxicos y colaterales. Además, el cáncer de pulmón, en muchos casos, exige tratamiento quirúrgico y presenta mayor letalidad.

Es fundamental que todos los pacientes sean aclarados sobre la TB, que es una enfermedad pasible de cura, desde que se siga el tratamiento correctamente. Esto hace que el momento del diagnóstico sea más ameno, con menos sentimientos de angustia del enfermo, provocando mayor adhesión al tratamiento.

Acerca de los cambios advenidos después del diagnóstico de TB, muchas personas paran de trabajar por un largo tiempo como consecuencia de los síntomas de la enfermedad. Como ella acomete, en su mayoría, a personas vulnerables socialmente y adultos jóvenes, o sea, en edad productiva, el alejamiento del trabajo es un factor que puede agravar su situación socioeconómica.

Además, los síntomas debilitantes advenidos de la TB remiten a la invalidez relacionada al mercado de trabajo y el enfermo se siente improductivo, no siendo capaz de mantenerse activo y ni sustentar a la familia. Dicha situación representa pérdida de la legitimidad y de la dignidad social, impuesta por la sociedad que valoriza a la persona a partir de lo que ella es capaz de producir con su trabajo⁽⁸⁾.

En ese sentido, la adhesión al tratamiento ultrapasa el abordaje que reduce los problemas a los aspectos clínicos y biológicos⁽¹⁴⁾. Se hace necesario el establecimiento de un vínculo entre el profesional de la salud y el paciente, para que el primero conozca la situación del enfermo para poder desarrollar articulaciones con otros sectores de asistencia social para que éste, pueda recibir auxilio en el momento de la enfermedad. Pues de lo contrario, él podrá abandonar el tratamiento y continuar favoreciendo el contacto del bacilo con un número elevado de individuos.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio señalaron aspectos que facilitan el diagnóstico precoz de la TB; entre ellos la disponibilidad de transporte para realizar los exámenes, la visita domiciliar para entregarlos y la investigación de los comunicantes de las personas con la enfermedad ya instalada. Por otro lado, los hallazgos mostraron

que varios aspectos pueden retardar el diagnóstico, como: la inhabilidad de los profesionales de la salud para identificar TB, incluso en los casos de sintomáticos respiratorios, el servicio de salud no resolutivo, la presencia de TB extra pulmonar y la actuación de los profesionales de la salud de forma no integral y no humanizada.

Entre los sentimientos derivados del diagnóstico de TB, sobresale el miedo, la desconfianza y la angustia frente al prejuicio y al estigma presentado por la comunidad y familiares. Otro factor advenido con la enfermedad es la necesidad de ausentarse del trabajo, aspecto que no fue realizado por todos, por la necesidad de sustentar a la familia.

Delante de esto, le cabe a los profesionales de la salud, principalmente a los enfermeros, tener una visión diferenciada del paciente con TB, pues el atraso del diagnóstico aumenta el riesgo de la población en general de adquirir la enfermedad, gastos innecesarios para el usuario entre otros. Factores como ofrecer subsidios al usuario para que realice los exámenes y la disponibilidad de los resultados son fundamentales para iniciar precozmente el tratamiento. Otro hecho importante es la realización de la investigación de todos los comunicantes, teniendo en vista que esta población es la más propicia a infectarse. La organización del servicio de salud es fundamental para que esto ocurra. Todas las personas en tratamiento de TB deben tener en su prontuario o ficha, los datos referentes a sus comunicantes y si a ellos les realizaron o no la investigación sobre la enfermedad. En caso negativo, es necesaria una búsqueda activa.

Es importante destacar que, en la mayor parte de los casos, el enfermero es el gerente del equipo responsable por el diagnóstico y el tratamiento de TB, sea en los servicios ambulatorios de referencias o en la Estrategia Salud de la Familia. Por tanto, a él le cabe organizar el proceso de trabajo del equipo, teniendo en

vista los estrangulamientos señalados por este estudio para el diagnóstico de TB.

Además de eso, los gestores deben ofrecer educación continua para que los profesionales que actúan en el Programa de Control de la Tuberculosis estén atentos a los síntomas de la enfermedad y puedan ofrecer una atención adecuada. Eso incluye orientaciones para el usuario y su familia sobre el modo de transmisión, tratamiento, efectos colaterales de los medicamentos, entre otros, con el objetivo de amenizar los sentimientos negativos frente a la enfermedad.

Por último, son necesarias nuevas estrategias intersectoriales que objetiven la promoción de la salud y la mejoría de la calidad de vida de determinados grupos poblacionales, ya que la prevención y el control de la TB deben ser orientados por una visión que vaya más allá de las fronteras de la clínica, y que deben ser envueltas a las condiciones de vida en que estos enfermos están inseridos.

CITAS

1. Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011; 41(1):50-8.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de recomendações para o controle de tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Cardozo-Gonzales RI, Costa LM, Pereira CS, Pinho LM, Lima LM, Soares DMD, et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. *Rev enferm saúde*. 2011; 1(1): 24-32.
4. Instituto Brasileiro de geografia e estatística (Brasil). Cidades [cited 2013 June 19]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora Setenta; 2008.
6. Hino P, Cunha TN, Villa TCS, Santos CB. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeir-

- rão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011; 16 Suppl 1: 1295-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700063>.
7. Prado TN, Caus AL, Marques M, Maciel EL, Golub JE, Miranda AE. Epidemiological profile of adult patients with tuberculosis and AIDS in the state of Espírito Santo, Brazil: Cross-referencing tuberculosis and AIDS databases. *J bras pneumol*. 2011; 37(1):93-9.
 8. Medeiros CJ, Pretti CBO, Nicole AG. Características demográficas e clínicas dos casos de tuberculose notificados pelo Núcleo de Epidemiologia Hospitalar no Município de Vitória, Estado do Espírito Santo, Brasil, 2009-2010. *Epidemiol serv saúde* [Internet]. 2012 Mar [citado 2012 Oct 10]; 21(1): 159-66. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100016&lng=pt.
 9. Coelho DMM, Viana RL, Madeira CA, Ferreira LOC, Campelo V. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. *Epidemiol serv saúde*. 2010;19(1):33-42.
 10. Gazetta CE, Ruffino Netto A, Pinto Neto JM, Santos MLSG, Cury MRCO, Vendramini SHF, et al. Investigation of tuberculosis contacts in the tuberculosis control program of a medium-sized municipality in the southeast of Brazil in 2002. *J bras pneumol*. 2006; 32 (6): 559-65.
 11. Queiroz EM, Bertolozzi MR. Tuberculosis: supervised treatment in North, West and East Health Departments of São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2): 453-61.
 12. Trigueiro JS, Silva ACO, Góis GAS, Almeida SA, Nogueira JA, Sá LD. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. *Cienc Cuid Saúde*. 2009 Oct; 8(4):660-6.
 13. Oliveira Á, Andrade M. Permanent education in health in the supervised treatment of tuberculosis: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2012 Oct [cited 2013 April 15]; 11(2): 509-13. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3974>.
 14. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egry EY. The health needs and vulnerabilities of tuberculosis patients according to the accessibility, attachment and adherence dimensions. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(spe 2): 1656-60.
 15. Maior ML, Guerra RL, Cailleaux-Cezar M, Golub JE, Conde MB. Time from symptom onset to the initiation of treatment of pulmonary tuberculosis in a city with a high incidence of the disease. *J bras pneumol*. 2012; 38(2): 202-9.
 16. Lopes AJ, Capone D, Mogami R, Tessarollo B, Cunha DL, Capone RB, et al. Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. *Pulmão RJ*. 2006; 15(4): 253-61.

Recibido: 17/04/2013

Revisado: 22/07/2013

Aprobado: 06/08/2013