Características de atención obstétrica de la partera tradicional en México

(Characteristics of obstetric attention of the traditional midwives in México abstract)

Mauricio Mendoza Gonzalez
Olga A. Flores Loman, Jorge S. Azamar Martínez

Resumen

Objetivo. Conocer las características sociodemográficas y de atención obstétrica de la partera tradicional en el estado de Veracruz, México. Métodos. Se realizó un estudio transversal a parteras tradicionales registradas y activas, en los Servicios de Salud de Veracruz, durante 2002. Resultados. De 1224 parteras entrevistadas la edad promedio fue de 57 años (±13 años), ubicándose el 87% entre los 40 y 79 años de edad. El 7.3% eran monolingües indígenas y el 25.7% bilingües al español, predominando el náhuatl. El 48.8% eran analfabetas, con frecuencia incrementada en los grupos de mayor edad. Predominó el aprendizaje autodidacta de la partería (44.9%), la atención del parto en la casa de la paciente (79%), en cama (80.4%) y en posición acostada (86.8%). En el pre-parto el 88.4% manifestaron actividades que garantizaban la higiene de manos; y el 80.8% cortar el cordón umbilical con tijera. Otorgan cuidados maternos posparto entre 1 y 42 días y recomiendan la ambulación y la lactancia materna temprana. El riesgo de malas prácticas durante el parto se vio relacionado al analfabetismo (OR; 3.18, IC95%,1.69-6.28), aprendizaje autodidacta (OR; 2.40, IC95%,1.32-4.48) y la falta de capacitación (OR; 2.67, IC95%,1.47-4.79). Discusión. El presente estudio delinea con cierta precisión el perfil sociodemográfico y cultural de la partera tradicional en el estado de Veracruz, así como importantes prácticas relacionadas a la atención obstétrica, que contrastan con resultados observados en otros estudios, lo cual permitirá contar con elementos locales de juicio para la implementación de estrategias de intervención, para la capacitación y mejora continua de las actividades relacionadas en salud materna y perinatal.

Palabras clave

Partera tradicional, atención obstétrica, estudio transversal, Veracruz, México.

Summary

Objective. To Know the sociodemographic characteristics and the obstetric attention of the traditional midwife in the State of Veracruz, México. Method: A survey was conducted, from cross/sectional to traditional, enrolled and active midwife, in the services of health of Veracruz, during 2002. Results: Of 1224 interviewed midwives whose average age was 57 years old (13 years), 87% of them between 40 and 79 years old, 7.3% of them were monolinguals indigenous and 25.7% of them were bilinguals (Spanish- indigenous languages) mainly Náhuatl. 48.8 % of them were illiterate, this frequently increased in elders. Self-learning of the midwifery predominated (44.9%), delivery at the patient´s house (79%), on bed (80.4%), and lying down (86.8%). Before delivery 88.4% of the midwives did activities which showed that their hands were clean; and the 80.8% of them cut the umbilical cord using scissors. Mother care after delivery was given from 1 to 42 days and they adviced the ambulatory and the early breast feeding. Risk due to non proper handle during delivery was related to illiteracy (OR; 3. 18, IC95%, 1.69-6.28), self-learning (OR; 2.40, IC95%, 1.32-4.48) and the lack of training (OR; 2.67, IC95%, 1.47-4.79). Discussion. This study gives with some accuracy the sociodemographic and cultural profile of the traditional midwives from the State of Veracruz, as well as important activities related to the obstetric attention, which contrast with the results seen in other studies, this will allow to have judgment local elements for the establishment of intervention strategies, for the training and the continuing improvement of the activities related to perinatal and mother health.

Keywords

Traditional midwives, obstetric attention, cross-sectional study, Veracruz, México

* Investigador Tiempo Completo. Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. (mmendoza@uv.mx).** Servicios de Salud de Veracruz, México.(flolom@yahoo.com)***Investigador de tiempo completo Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. (jazamar@uv.mx)

Introducción

En nuestro país, la partera tradicional o comadrona ha sido descrita genéricamente como una persona que asiste a la madre en el curso de su parto y que goza del reconocimiento de su comunidad, constituyéndose en líder natural y componente activo en su localidad. Personaje comunitario estrechamente vinculado con la salud de las madres y los niños; particularmente con aspectos que se relacionan a la atención del embarazo, parto y puerperio[1].

Su participación comunitaria en ciertas regiones, especialmente en el ámbito rural cobra especial relevancia. En México, existen estimaciones que consideran que entre el 8% y el 25% de los nacimientos registrados anualmente pudieran haber sido atendidos por parteras; con reportes para el estado de Veracruz que van desde el 19%[2] hasta el 27%[3], y en evaluaciones regionales aisladas con porcentajes que superan el 90%[4], esto último en zonas donde su presencia es mucho mayor y donde coexisten áreas con una población predominantemente rural, indígena y de alta marginación.

El patrón de atención de partos y la situación de las parteras tradicionales presentan ciertos elementos de concordancia entre algunos reportes de nuestro país[5] y de otros países latinoamericanos[6], y contrasta diametralmente con la función de las parteras de los países desarrollados[7]. En México, nos referimos principalmente a mujeres con un promedio de edad superior a los 50 años, con escolaridad inferior al promedio poblacional, situadas en su mayoría en áreas rurales o suburbanas, de mayor marginalidad y con un marcado dualismo entre formas de atención tradicional y una marcada influencia de la medicina occidental[8].

El estado de Veracruz representa la tercera entidad más poblada de México, con una población cercana a los siete millones de habitantes, 200,000 nacimientos registrados anualmente en promedio y una tasa de mortalidad materna para el año 2003 de 4.5 defunciones por cada 10,000 nacidos vivos registrados[9]; condiciones que coexisten en un territorio que para el año 2000 fue considerado el cuarto estado más marginado (4º de 32 entidades federativas), solamente superado por Chiapas, Guerrero y Oaxaca[10]. Con una condición de orden geográfico diversa, donde la accesibilidad a los servicios de salud aún es un problema real. La falta de derechohabiencia a la seguridad social representa mas del 65% de la población del estado, cuya responsabilidad de atención corresponde a un sistema de atención a población abierta (Servicios de Salud de Veracruz y el Instituto Mexicano del Seguro Social en su régimen Oportunidades) [11]

La partera tradicional ha sido en el estado de Veracruz un personaje comunitario de cierto reconocimiento institucional, que en forma irregular se incorpora en actividades de capacitación y en el monitoreo informal de ciertos sistemas oficiales de información de los servicios de salud, sin embargo, los datos con que se cuenta sobre su accionar son insuficientes, por lo que se consideró necesario realizar un examen más acucioso de la situación actual de las parteras tradicionales, de las condiciones de sus viviendas, de sus experiencias en actividades de capacitación, de los resultados de las mismas y de los procedimientos y prácticas que habitualmente realizan, para lo cual se diseñó un estudio, que tuvo por objetivo el conocer las características sociodemográficas y de atención obstétrica de la partera tradicional en el estado de Veracruz, México.

Método

Se realizó un estudio transversal[12,13] a parteras incluidas en los registros institucionales de los servicios estatales de salud en Veracruz (Servicios de Salud de Veracruz), según la siguiente definición operacional: “Toda partera tradicional, registrada en las actividades operativas de los servicios estatales de salud reproductiva en el estado de Veracruz en el periodo enero a diciembre del año 2002”, lo cual se constituyó en el criterio de inclusión; donde la eliminación se relacionó con la negación de este personaje a participar en el estudio.

Fue construido un cuestionario precodificado de respuestas cerradas para la recolección de la información, el cual fue previamente piloteado y validado, dicho instrumento se relacionó con la construcción de variables que

se encontraban integradas en los siguientes estratos: características sociodemográficas básicas, características de las localidades de residencia y de la vivienda de la partera, aprendizaje de actividades relacionadas a la partería, operatividad o toma de decisiones relacionadas con la atención del embarazo y el parto y actividades complementarias ligadas a la salud reproductiva.

Para la evaluación analítica fueron instrumentadas dos variables de resultado que se relacionaban con la posibilidad de una toma de decisión inadecuada en dos momentos críticos de la atención del proceso obstétrico por las parteras tradicionales: "ante la presencia de un embarazo complicado" y "ante la presencia de un parto complicado". Dichas variables fueron contrastadas con una serie de variables causa, relacionadas principalmente con, a) el antecedente de falta de capacitación formal; b) analfabetismo; c) la carencia de servicios de salud en la localidad de residencia de las parteras; d) el aprendizaje autodidacta de la partería, y; e) una variable que consideró un punto de corte de la edad de las parteras y que fue establecido en una edad igual o mayor a 60 año de edad (definido a partir de la distribución por edad presentado en este estudio)

Previo proceso de capacitación del personal encuestador y a partir del listado nominal de parteras tradicionales de los servicios estatales de salud, se realizó una evaluación de la concordancia con los listados que se encontraban vigentes en las Jurisdicciones Sanitarias y posteriormente en las unidades médicas, con la intención de determinar el número aproximado de parteras y programar el trabajo de campo, que consistió en la visita a las comunidades de origen de las parteras.

En el periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre del año 2003, se realizaron las visitas por parte del grupo de encuestadores en cada uno de los domicilios de las parteras, sitio donde se efectuó la entrevista. Cuando se trataba de una partera monolingüe a lengua indígena, esta entrevista se apoyó en personajes clave que realizan funciones de traducción simultanea, cuya actividad ya ha sido validada en la institución, por el antecedente de colaboraciones previas. Verbalmente fue explicado el objetivo de la entrevista y se solicitó consentimiento informado para incorporar la información obtenida en el presente trabajo de investigación, asegurando el anonimato y la confidencialidad de la misma.

La información resultante fue compilada en una base de datos construida y analizada en el programa estadístico epidemiológico Epi Info 6.04d (CDC/USA/2001). Para el análisis se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, de frecuencia, medidas de diferencia de promedios (estadístico Z) y la alternativa no paramétrica cuando los datos no presentaban una distribución normal (prueba de Bartlett para homogeneidad de varianzas y prueba de Kruskal-Wallis para observar las diferencias) y odds ratio (OR) como medida de asociación. En el presente trabajo un valor de P menor o igual a 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados

Características sociodemográficas básicas

En el presente estudio fueron incluidas un total de 1224 parteras. La edad promedio fue de 57 años (±13 años) con un rango de 20 a 98 años de edad. El 8.1% eran menores de 40 años, el 4.9% contaban con 80 años y más y el 87% se ubicaron en el estrato de 40 a 79 años de edad. De acuerdo al estado civil, la mayor frecuencia reportó estar casada (49.7%) seguido en frecuencia por viudez (23.4%) y unión libre (16.3%)

El 67% de ellas tenía como idioma único el español, las que hablaban el español más un idioma indígena representaron el 25.7% y las parteras monolingües indígenas el 7.3%. Entre las principales lenguas reportadas en la totalidad de la población encuestada predominaron el náhuatl (44.4%), totonaco (22.9%), huasteco (17.0%) y popoluca (10.3%); el resto (5.4%) se distribuyó en una miscelánea de variantes lingüísticas.

Una de cada 2 parteras (48.8%) era analfabeta real (no sabia leer ni escribir), condición que observa una frecuencia incrementada en los grupos de mayor edad. En el grupo de

analfabetas el 86% eran mayores de 50 años, porcentaje que en el grupo de alfabetas corresponde al 48%. Con respecto a los antecedentes de escolaridad el 47.3% mencionaron no haber tenido instrucción escolar alguna y el 34.8% haber acudido a la primaria, pero no haber concluido dicha instrucción; una de cada 10 parteras cuenta con instrucción primaria completa y una más de esta proporción tiene un grado de escolaridad superior a la primaria. Con respecto a la religión, predominó la católica en un 81.4%, seguido por una miscelánea de variantes religiosas. (Cuadro 1)

Localidad de residencia y vivienda de la partera

De las localidades donde residen las parteras en el 13.9% no contaban con energía eléctrica, en el 44.1% no había suministro de agua entubada, no había drenaje en el 70% y carecían de servicio telefónico en el 44.7%. Con respecto a los servicios de salud, en el 81.4% de las localidades donde viven las parteras hay servicios de salud o son localidades de influencia de alguna unidad de salud, predominando los servicios públicos en el 89.9% y algún otro tipo de atención a la salud en el resto.

De la vivienda de las parteras, el 16.5% no contaban con energía eléctrica, una de cada dos viviendas no tenía piso de cemento o loza (53.5%), en una proporción similar, había carencia de servicio de agua entubada (46.5%) y en el 68.4% de las viviendas de las parteras no se contaba con drenaje. Situación que se magnifica, por ejemplo, en el grupo de parteras analfabetas con porcentajes de 23.3%, 70.5%, 52.3% y 79.8% respectivamente para cada uno de los servicios mencionados anteriormente. Pero que inversamente se comportan hacia la mejoría en aquellas parteras que en algún momento han recibido algún tipo de capacitación (13.7%, 50.5%, 41.1%, 65.7%). (Cuadro 1)

Cuadro 1
Características sociodemográficas básicas
Parteras tradicionales, Veracruz, México. 2003

VARIABLE		No.	%
Sociodemográficas básicas			
Grupo de Edad (μ 57 ± 13)			
	20 - 29	12	1.0
	30 - 39	85	7.1
	40 - 49	246	20.6
	50 - 59	321	26.9
	60 - 69	300	25.1
	70 - 79	172	14.4
	80 - 89	49	4.1
	90 - 99	10	0.8
	Total	**1195***	**100.0**
Estado Civil			
	Casada	606	49.7
	Viuda	285	23.4
	Unión libre	199	16.3
	Soltera	98	8.0
	Divorciada	31	2.5
	Total	**1219***	**100.0**
Idioma			
	Español	807	67.0
	Bilingüe (Español / Indígena)	310	25.7
	Monolingüe indígena	88	7.3
	Total	**1205***	**100.0**
Alfabetismo			
	Analfabeta	594	48.8
	Alfabeta	622	51.2
	Total	**1216***	**100.0**
Escolaridad			
	Sin escolaridad	569	47.3
	Primaria incompleta	419	34.8
	Primaria completa	123	10.2
	Secundaria completa	63	5.2
	Preparatoria completa	9	0.7
	Licenciatura	2	0.2
	Carrera Técnica	18	1.5
	Total	**1203***	**100.0**
Religión			
	Católica	943	81.4
	Otra religión	215	18.6
	Total	**1158***	**100.0**
Localidad de Residencia			
	Energía eléctrica		
	Con servicio de energía eléctrica	1051	86.1
	Sin servicio de energía eléctrica	170	13.9
	Total	**1221***	**100.0**
Agua entubada			
	Con suministro de agua entubada	679	55.9
	Sin suministro de agua entubada	536	44.1
	Total	**1215***	**100.0**
Drenaje sanitario			
	Con drenaje sanitario	363	30.0
	Sin drenaje sanitario	845	70.0
	Total	**1208***	**100.0**
Localidad con Servicios de Salud			
	Con servicios de salud	973	81.4
	Sin servicios de salud	222	18.6
	Total	**1195***	**100.0**
Vivienda de la Partera			
	Energía eléctrica		
	Con servicio de energía eléctrica	990	83.5
	Sin servicio de energía eléctrica	196	16.5
	Total	**1186***	**100.0**
Piso de la vivienda			
	Con piso de loza o cemento	545	46.5
	Sin piso de loza o cemento (tierra)	627	53.5
	Total	**1172***	**100.0**
Agua entubada			
	Con suministro de agua entubada	628	53.5
	Sin suministro de agua entubada	545	46.5
	Total	**1173***	**100.0**
Drenaje sanitario			
	Con drenaje sanitario	369	31.6
	Sin drenaje sanitario	800	68.4
		1169*	**100.0**

* N = 1224 parteras entrevistadas

Actividades relacionadas a la partería (atención obstétrica)

En lo que se refiere a la atención del embarazo y parto, el 44.9% de las parteras refirieron un aprendizaje autodidacta para desempeñar dichas actividades, el 22.3% recibieron enseñanza de un familiar, el 20% de un personaje del equipo de salud y sólo el 12.8% le fue trasferido por otra partera.

Tres de cada cuatro parteras (75.4%) mencionaron haber recibido por lo menos un curso de capacitación relacionado con la actividad de la partería, con una mediana de tiempo de haber recibido ésta de dos años. La mayoría de ellas refirió haber recibido dicha capacitación coordinada por los servicios públicos de salud (84.9%). Otorgada ésta, preferentemente por un médico (75.8%), seguido en frecuencia por una enfermera (20.3%) y por otro tipo de personajes, donde la figura de un promotor comunitario fue bien identificada (3.9%). (Cuadro 2)

El promedio de años en el desempeño de la partería fue de 23 años (±14) con un rango (R) de 0.2 a 79 años. Estos parámetros analizados entre la condición de capacitación, muestran un promedio de 24 años (±13) en aquellas que han sido capacitadas y 21 años (±15) en las que no lo han sido, con valores de mediana de 22 y 17 años respectivamente ($P < 0.01$)

Para dimensionar el tiempo de desarrollo de la actividad en las parteras y considerando una estratificación decenal podemos observar en el grupo de 20 a 29 años un promedio de 6 años (±3) de práctica de la partería, condición que se incrementa en forma gradual hasta llegar al grupo de 90 a 99 años, quienes manifestaron 46 años promedio (±19) de práctica, lo cual pone de manifiesto el alcance de esta actividad en la vida de las parteras.

Con la intención de ser más precisos en las actividades propiamente ligadas a la partería, fueron seleccionadas aquellas parteras que en el momento de la entrevista aún realizaban prácticas integrales relacionadas al evento obstétrico y que culminaban con la atención del parto y el recién nacido. En este sentido 1097 de ellas refirieron aún realizar esas funciones (90% del grupo entrevistado). Este grupo es el que se analizó para estas actividades. (Cuadro 2)

Preferentemente la atención del parto se realiza en la casa de la parturienta (79.0%) seguido en frecuencia por la atención en la casa de la partera (18.9%) y en menor frecuencias refirieron realizar esta actividad en una unidad de salud (0.9%), en una posada comunitaria de nacimiento (0.8%) y en otro sitio alternativo (0.4%). Esta última situación dio pie a valorar la segunda opción en preferencia o alternativa para la atención del parto la cual se ubicó en la opción de la casa de la partera (11%)

La atención del parto y del recién nacido en cama lo realizan 4 de cada 5 parteras, situación que se correspondió, en mayor proporción (86.8%), con la posición en decúbito dorsal (acostada boca arriba) para la atención del evento obstétrico. Cuando estas variables fueron contrastadas contra la característica de capacitación, se observó que esta condición determinó una mayor frecuencia de atención en cama (81.9% vs. 76.3% / $p = 0.028$) y en decúbito dorsal (90.1% vs. 76.7%; $p<0.01$) con relación a quienes no habían recibido capacitación alguna.

Las actividades complementarias que realizan las parteras previas a la atención del parto estuvieron referidas preferentemente por las prácticas de acomodo del feto (56.9%), la administración de infusiones de medicina tradicional (20.4%) y maniobras catalogadas como de “sobado” en el vientre de la paciente durante el trabajo de parto (19.9%). Característica que no mostró diferencias cuando ésta fue contrastada contra la condición de capacitación ($p>0.05$).

La manera de garantizar la higiene durante la atención del parto fue manifestada preferentemente por las prácticas de lavado de manos, la desinfección de manos y el uso de guantes estériles, que en conjunto correspondió al 88.4% de las actividades manifestadas, seguido por una miscelánea de acciones que incluyeron el baño de la paciente previo a la atención del parto, la utilización de material estéril, así como maniobras de desinfección aplicados a la par-

Cuadro 2
Actividades relacionadas a la partería (atención obstétrica)
Parteras tradicionales, Veracruz, México. 2003

VARIABLE	No.	%
Aprendizaje		
Autodidacta	535	44.9
De un familiar	266	22.3
Personal médico	238	20.0
Otra partera tradicional	153	12.8
	1192*	**100.0**
Capacitación		
Recibió capacitación	903	75.4
No recibió capacitación	294	24.6
	1197*	**100.0**
Otorgante de capacitación		
Médico	684	75.8
Enfermera	183	20.3
Promotor de salud comunitaria	35	3.9
	903**	**100.0**
Sitio de atención del parto		
Casa de la parturienta	860	79.0
Casa de la partera	206	18.9
Unidad de salud	10	0.9
Posada comunitaria de nacimiento	9	0.8
Sitio mal definido	4	0.4
	1089***	**100.0**
Lugar para atender el parto		
Cama	872	80.6
Suelo	136	12.6
Mesa de parto	48	4.4
Otro sitio (mal definido)	26	2.4
	1082***	**100.0**
Posición para atención del parto		
Acostada (decúbito dorsal)	944	86.8
Arrodillada	106	9.8
En cuclillas	26	2.4
Otra posición	11	1.0
	1087***	**100.0**
Actividad complementaria (parto)		
Acomoda al niño (versión externa)	601	56.9
Administración de infusiones	216	20.4
"Sobado" de la paciente (vientre)	210	19.9
Otras actividades	30	2.8
	1057***	**100.0**
Actividad higiénica para el parto		
Lavado de manos	765	72.8
Desinfección de manos	91	8.7
Uso de guantes estériles	72	6.9
Otras actividades	129	11.6
	1057***	**100.0**
Corte de cordón umbilical		
Tijera	832	80.8
Navaja de rasurar	154	15.0
Bisturí	25	2.4
Otros	19	1.8
	1030***	**100.0**
Recomendación posparto		
Deambulación inmediata	427	40.3
Baño	425	40.1
Reposo en cama ("cuarentena")	123	11.6
Otras actividades	85	8.0
	1060***	**100.0**
Atención del recién nacido		
Lavado de ojos	294	32.0
Cubrir al niño (proporcionar calor)	208	22.6
Aplicar desinfectante ocular	184	20.0
Reanimación del recién nacido	118	12.8
Otras actividades	115	12.5
	919***	**100.0**

* N = 1224 parteras entrevistadas.
** En relación con las que habían recibido capacitación.
*** N = 1097 parteras seleccionadas que atienden partos.

turienta. El lavado de manos considerado como eje central de las acciones manifestadas, presentó una frecuencia mayor en las parteras no capacitadas que en aquellas que habían recibido capacitación (80.6% vs. 70.4%)

El corte de cordón umbilical es realizado preferentemente mediante el uso de tijera (80.8%), hoja de afeitar (15.0%) y bisturí (2.4%), seguido por una mezcla de técnicas que agrupan el 1.8%, entre las que se incluye el corte con una hoja de carrizo, el uso de onfalotomo, cuchillo, etc. El uso de la tijera es más frecuente en las parteras capacitadas que en aquellas sin esta condición (82.9% vs. 74.5%). Posterior al corte del cordón umbilical, la práctica predominante fue la aplicación de una gasa o apósito (94.1%) en el muñón, práctica más frecuente con la condición de capacitación contra quienes no tenían ese antecedente (95.3% vs. 89.7%)

De 0 a 42 días es el rango de días manifestado para el otorgamiento de cuidados a la parturienta posterior a la resolución del evento obstétrico, con una mediana de 7 días, similar medida encontrada en el grupo de parteras capacitadas y de 8 días en las no capacitadas ($p<0.05$). Las recomendaciones para el posparto incluyen que la paciente camine inmediatamente (40.3%), el baño (40.1%) y el reposo en cama "cuarentena" (11.6%). Vale la pena mencionar que esta última recomendación fue más frecuente en las parteras no capacitadas que en las capacitadas (20.8% vs. 8.8%). La recomendación de reincorporarse a la deambulación, consideró que se realizara preferentemente entre el primero y segundo día posparto.

En lo que se refiere a la atención del recién nacido en el posparto, el conjunto de las recomendaciones (87.5%) se concentraron principalmente en el lavado de ojos y aplicación de desinfectante ocular, reanimación del neonato y proporcionarle calor cubriéndolo. Con respecto a la condición de capacitación, las parteras capacitadas privilegian las actividades de lavado y desinfección de ojos que las no capacitadas (57.5% vs. 36.5%), con un porcentaje similar en la actividad de reanimación (12.8% y 12.4%) y mayor porcentaje en la activi-

dad de proporcionar calor en las no capacitadas (36.5%) con relación a las que han recibido capacitación formal (18.0%). (Cuadro 2)

Toma de decisiones relacionada a la atención del embarazo y el parto

La presencia de un embarazo complicado, en aquellas parteras activas en el momento de la entrevista, permitió observar que el 96% de ellas mencionaron que esa circunstancia les conducía a tomar la decisión de referirla con un médico; porcentaje similar (94.6%) ante la presencia de un parto complicado. Los porcentajes complementarios supusieron malas decisiones que en el primer caso se correspondieron con el no realizar ninguna actividad y seguir atendiendo a la paciente, dejar de lado su atención sin ninguna recomendación precisa y en otro caso, la administración de medicamentos; en lo que se refiere al parto se relacionó con el seguir atendiendo el parto.

Riesgo de malas decisiones ante el embarazo o el parto complicado

La decisión tomada ante un embarazo complicado, relacionada con los antecedentes de capacitación, incrementó en más de tres veces las posibilidades de una mala decisión, cuando la partera no tenía el antecedente de haber sido capacitación (OR 3.52; IC95% 1.85–6.72; $P<0.01$), condición semejante, pero con un incremento superior a cuatro veces cuando se tenia el antecedente de analfabetismo (OR 4.60; IC95% 2.16–10.73; $P<0.01$). Las variables de falta de servicios de salud en la localidad de la partera (OR 0.78; IC95% 0.29–1.81; $P>0.05$) y el aprendizaje autodidacta de la partería (OR 1.27; IC95% 0.66–2.46; $P>0.05$) no mostraron asociación alguna con aquella variable de resultado.

Ante un parto complicado los antecedentes de falta de capacitación (OR 2.67; IC95% 1.47–4.79; $P<0.01$), el analfabetismo (OR 3.18; IC95% 1.69–6.28; $P<0.01$) y la falta de servicios de salud en la localidad de residencia de la partera (OR 0.86; IC95% 0.37–1.80; $P>0.05$), presentaron un comportamiento análogo a lo observado en la condición de embarazo complicado, con valores de estimador puntual ligeramente inferiores. Sin embargo, el aprendizaje autodidacta de la partería si mostró una posibilidad incrementada de tomar una mala decisión ante un parto complicado en más de dos veces (OR 2.40; IC95% 1.32–4.48; $P<0.01$)

Se estableció un punto de corte sobre la base de la distribución de la edad de estas parteras en 60 años y más, que representaron el 43.6% del total de ellas.

Con esta condición, la posibilidad de una mala decisión ante un embarazo complicado se incrementó en más de tres veces (OR 3.55; IC95% 1.78–7.48; $P<0.01$) y en casi dos veces (OR 1.96; IC95% 1.10–3.57; $P<0.05$) con relación a un parto complicado, cuando se contrastó con aquellas que tenían una edad menor a 60 años. (Cuadro 3)

Actividades complementarias ligadas a la salud reproductiva

Cuatro de cada cinco parteras recomiendan el inicio de la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento, con una frecuencia acumulada superior al 96% en todo el grupo de ellas, cuando se incorpora la recomendación de inicio de la lactancia materna durante el primer día de vida. La frecuencia en estos estratos es inferior en las parteras no capacitadas, a expensas de la recomendación de inicio de la lactancia materna después del primer día de edad ($P<0.01$)

El tiempo que las parteras indican que se extienda la lactancia materna es de 9 meses en promedio (± 5 meses) con una diferencia observada según la condición de capacitación, mayor en las no capacitadas (9 vs. 10 meses; $P<0.01$). Cabe mencionar que cuando este análisis se realizó contra aquellas parteras que en el momento ya no atendían partos no se observaron diferencias significativas (9 meses; > 0.05)

El 81.5% de las parteras entrevistadas y activas acostumbran recomendar el uso de un método de planificación familiar en el postevento obstétrico, porcentaje que observa diferencias significativas ($P<0.05$) cuando se midió entre aquellas parteras capacitadas (88.5%) versus las no capacitadas (58.3%).

Cuadro 3
Distribución de Riesgos según Prácticas relacionadas con la Atención de la Embarazada de Riesgo y el Parto Complicado. Parteras tradicionales, Veracruz, México. 2003.

Variable de Resultado (Efecto)	Variable de Exposición (Riesgo)	Condición de exposición	Toma de decisión ante el evento		OR	IC 95%	Valor P
			Incorrecta	Correcta			
Decisión incorrecta ante un embarazo complicado	Capacitación	No capacitada	20	225	3.52	1.85-6.72	<0.01
		Capacitada	20	794			
		total	**40**	**1019**			
	Analfabetismo	Analfabeta	32	479	4.60	2.16-10.73	<0.01
		Alfabeta	8	551			
		total	**40**	**1030**			
	Servicios de salud	Sin servicios de salud	6	191	0.78	0.29-1.81	>0.05
		Con servicios de salud	13	822			
		total	**39**	**1013**			
	Aprendizaje	Autodidacta	19	445	1.27	0.66-2.46	>0.05
		No autodidacta	19	567			
		total	**38**	**1012**			
	Edad	60 años y más	29	431	3.55	1.78-7.48	<0.01
		Menos de 60 años	11	581			
		total	**40**	**1012**			
Decisión incorrecta ante un parto complicado	Capacitación	No capacitada	21	220	2.67	1.47-4.79	<0.01
		capacitada	28	783			
		total	**49**	**1003**			
	Analfabetismo	Analfabeta	36	472	3.18	1.69-6.28	>0.01
		Alfabeta	13	543			
		total	**49**	**1015**			
	Servicios de salud	Sin servicios de salud	8	189	0.86	0.37-1.80	>0.05
		Con servicios de salud	40	810			
		total	**48**	**999**			
	Aprendizaje	Autodidacta	31	430	2.40	1.32-4.48	<0.01
		No autodidacta	17	566			
		total	**48**	**996**			
	Edad	60 años y más	29	424	1.96	1.10-3.57	<0.05
		Menos de 60 años	20	574			
		total	**49**	**998**			

OR = Odds Ratio
IC 95% = Intervalo de confianza al 95%
Valor P = Valor de P

Discusión

El presente trabajo constituye una revisión exhaustiva de las características básicas de perfil sociodemográfico de la partera tradicional, así como los conocimientos y habilidades relacionados con y para la salud reproductiva en el estado de Veracruz, México, con énfasis en prácticas ligadas a los procesos de atención obstétrica y la toma de decisiones ante dos hechos concretos considerados de riesgo; para este personaje comunitario.

Sin lugar a dudas, estamos ante un personaje comunitario de amplia influencia en las actividades relacionadas a la salud reproductiva para el estado de Veracruz; cuya constante es similar a lo observado en otros trabajos realizados en nuestro país y algunos ámbitos latinoamericanos.[4,5,6,14] Mujeres con un promedio de edad avanzado, de baja escolaridad y un amplio porcentaje analfabetas; hablantes de lengua indígena y católicas en su mayoría, lo cual denota en términos generales su espectro de acción, pero que al mismo tiempo pone de manifiesto cierta condición de desventaja. Esas observaciones se hacen más contundentes cuando observamos las condiciones de sus viviendas y en los sitios de residencia habitual que se encuentran.

Es indudable que existen fuertes manifestaciones de comportamiento "medicalizado" en la atención de los eventos obstétricos, los cuales han sido incorporados quizá, a través de los años mediante los procesos de capacitación, en su gran mayoría, otorgados por personal médico institucional, lo cual sin embargo, contrasta fuertemente con el hecho de su aprendizaje autodidacta en una de cada dos parteras incluidas en este estudio.

Las actividades de la partera tradicional en la atención del embarazo y del parto, están ampliamente difundidas en el estado de Veracruz, por lo tanto, es fundamental considerar que hay ciertas condiciones que pueden incrementar las posibilidades para la toma de una decisión incorrecta en esos momentos y que por ende podrían ser negativos para la salud materna y perinatal.

De manera sustancial la falta de capacitación, el analfabetismo y una edad mayor a 60 años influyen para que, ante un embarazo complicado o de riesgo, se adopten decisiones que pueden ser consideradas como incorrectas, condición que es análoga ante un parto complicado, adicionándose a esta última situación el riesgo que representa el antecedente de aprendizaje autodidacta de la partería.

Los resultados aquí obtenidos, han sido puestos a consideración de las instituciones de salud en el estado de Veracruz, para que sean tomados en cuenta en los procesos de trabajo compartido que se realizan con las parteras tradicionales; constituyen un sustrato que igualmente puede ser empleado para evaluar las intervenciones comunitarias, relacionadas a este personaje y que permita regular actividades integrales de trabajo, relacionadas a los hechos de la salud reproductiva que fueron aquí abordados.

Referencias bibliográficas

1. SECRETARÍA DE SALUD. 1994, *El Perfil de la Partera Tradicional en México.* 5-138.
2. OLAIZ G, ROJAS R, BARQUERA S, SHAMAH T, AGUILAR C, CRAVIOTO P, LÓPEZ P, HERNÁNDEZ M, TAPIA R, SEPÚLVEDA J. 2003, *Encuesta Nacional de Salud 2000*. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
3. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO). 1998, *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 1997* (ENADID), México.
4. BARRAGÁN-FLORES J. 2003, *Desarrollo de Programas de Salud en Comunidades Indígenas, Aportaciones desde la Comunicación Intercultural.* Tesis de Maestría en Comunicación, Universidad Veracruzana.
5. CASTAÑEDA-CAMEY X. 1992, Embarazo, parto y puerperio: Conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos. *Salud Publica* Mex. 34:528-32.
6. HINCAPIÉ E. VALENCIA CP. 2000, Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía, Colombia. *Colombia Med*. 31:11-5.
7. ASHCROFT B. ELSTEIN M. BOREHAM N., HOLM S. 2003, Prospective semistructured observational study to identify risk attributable to staff deployment, training, and updating opportunities for midwives. *BMJ*. 327:584-7.
8. FLORES-CISNEROS C. 2003, Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca. *Perinatol Reprod Hum.* 17;1:36-52.
9. SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ. 2004, *Programa Estatal de Salud Materna y Perinatal, Estrategia Arranque Parejo en la Vida. Evaluación 2003*. México.
10. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO). 2001, *Índices de Marginación, 2000*. México.
11. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). 2004, *Anuario de Estadísticas por Entidad Federativa*, Edición 2004. México.
12. HERNÁNDEZ-ÁVILA M. GARRIDO-LATORRE F. LÓPEZ-MORENO S. 2000, Diseño de Estudios Epidemiológicos. *Salud Publica Mex.* 42:144-54.
13. HERNÁNDEZ B. VELASCO-MONDRAGÓN HE. 2000, Encuestas Transversales. *Salud Publica Mex*. 42:447-455.
14. GARCÍA-BARRIOS C. CASTAÑEDA-CAMEY X. ROMERO-GUERRERO X. GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ D. LANGER-GLAS A. 1993, Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo. *Salud Publica Mex.* 35:74-84.

Tuberculosis y conocimiento de la enfermedad

(Tuberculosis and knowledge of the disease)

*Claudia de Jesús Ramírez Palacios
Araceli Mariscal Méndez,*Elías Flores Maciel, ****Fernando Santos Reyes y*****Roberto Zenteno Cuevas

Resumen

Una de las directrices más importantes en la prevención, tratamiento y control de la tuberculosis pulmonar (TB) es incrementar el conocimiento sobre la TB en los pacientes y familiares, ya que a mayor conocimiento se incrementa el apego y se evita el abandono. A partir de lo anterior es que el objetivo del presente trabajo fue, a partir de un cuestionario estructurado, evaluar el grado de conocimientos que posee la población diagnosticada con TB y un familiar cercano, en el periodo 2003-2004, en Tierra Blanca, Veracruz, México. Los resultados muestran que el conocimiento general sobre la TB es *medio* y la prevención *baja*, lo que evidencia un enfoque curativo más que preventivo de la información que recibe el paciente.

Palabras clave

Tuberculosis, Conocimiento.

Abstract

One of the most importants directives of the Health Services in the prevention, treatment and control of pulmonary tuberculosis (TB), is to increase the levels of knowledge of TB patients and relatives, because it has been demonstrated that to greater knowledge, there is a increase of the adherence to the treatment and abandonment is avoided. So the goal of this work was to evaluate the grade of knowledge of people diagnosticated with TB and one relative in the 2003-2004 period in Tierra Blanca Veracruz, Mexico. The results shows that the knowledge in general is medium and the prevention is low, which evidence one healing more than preventive information that the patient receives.

Key words

Tuberculosis, knowledge.

Introduccion

La Tuberculosis (TB) continúa siendo considerada como una de las enfermedades infecto-contagiosas de mayor impacto en la salud pública y requiere, una atención inmediata. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha calculado que tanto por el crecimiento de las poblaciones, como por la aplicación insuficiente de los medios disponibles para el control de esta enfermedad, a finales del presente siglo habrá más enfermos tuberculosos que los que había cuando se descubrieron los primeros fármacos antituberculosos. Por otro lado, la TB es una de las enfermedades más importantes asociadas al SIDA y la Diabetes Mellitus, a una magnitud tal que hace prácticamente inviable la posibilidad de erradicarla y amenaza con interferir en las previsiones que la humanidad ha tardado décadas en conseguir.

La OMS declaró en 1993 que la tuberculosis había adquirido carácter de emergencia mundial; y aunque han pasado ya algunos años, esta emergencia cobra hoy una gran actualidad, pues la situación en lugar de mejorar parece empeorar, por ejemplo tenemos: 1) La tuberculosis es entre las enfermedades infecciosas la segunda causa de muerte en el mundo, con dos millones de muertes cada año, incluyendo 250.000 niños. 2) Una tercera parte de la población mundial ha estado en contacto con la micobacteria, y uno de cada 10 humanos desarrollará la enfermedad en algún momento de su vida. 3) Cerca del 1% de la población del mundo, está adquiriendo la infección por M. tuberculosis cada año. 4) Más de la mitad de las personas que desarrollan la enfermedad cada año morirán si no reciben el tratamiento adecuado. 5) Una persona con tuberculosis pulmonar bacilífera, infecta de 10 a 15 personas en el transcurso de un año. 6)

*Claudia de Jesús Ramírez Palacios, **Araceli Mariscal Méndez,***Elías Flores Maciel, ****Fernando Santos Reyes. Pasantes de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

*****Roberto Zenteno Cuevas. Profesor-Investigador del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana., rzenteno@uv.mx

Cada año ocho millones de personas en el mundo se enferman de tuberculosis. 7) Cada día en el mundo 20.000 personas desarrollan tuberculosis y hasta 5.000 mueren a causa de ella. 8) Una persona muere por tuberculosis cada 10 segundos. 9) Una persona en el mundo está siendo infectado por *M. tuberculosis* cada segundo.10) La tuberculosis causa más muertes entre mujeres de todo el mundo que todas las causas de mortalidad materna combinadas.11) América Latina se establecen de 250 a 300 mil nuevos casos y de 20 a 25 mil muertes por año, por lo que se coloca en tercer lugar de incidencia por debajo de África y de Asia, número uno y dos respectivamente. 12) México, Brasil y Perú, son los países con mayor incidencia de Tuberculosis en Latinoamérica. En conclusión podemos decir que el deterioro de los servicios de salud, los desplazamientos forzados, la mayor concentración de la riqueza en cada vez más pocos, la indigencia, la diseminación del VIH/SIDA y la emergencia de la multidrogoresistencia y el desconocimiento de la enfermedad y sus particularidades, están contribuyendo a empeorar el impacto de esta enfermedad [1-4].

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por bacterias del complejo Mycobacterium, en los cuales se encuentra incluido *M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum y M. Microti*, y el recientemente *M. Canetti. La Mycobacteria* penetra al cuerpo a través del tubo digestivo, el sistema genitourinario y el sistema respiratorio, siendo esta última la vía de infección más frecuente [1].

Como se mencionó, México es uno de los países con mayor prevalencia de TB en Latinoamérica y Veracruz es uno de los estados con mayor número de aportaciones[2-5], la mortalidad de 1990 a 1997 se ha reducido en 38%, pasando de una tasa de 11.9 a 7.3 por 100,000 habitantes. Al contrario de la mortalidad, la morbilidad va en aumento, debido a la búsqueda intencionada y aun mejor registro de casos, siendo este incremento de 1990 a 1998 del 36.8%. En Veracruz en el año 2001 se reportaron 1,989 casos; en el 2002, 1,975; en el 2003, se contabilizaron 1,725. Y hasta la semana 22 del 2004, 696 nuevos casos[6, 7]. La tuberculosis pulmonar se presenta en el 95% de los casos, afectando principalmente a población de 15 a 49 años de edad y de 65 años y más[6,7]. En la Jurisdicción Sanitaria de Cosamaloapan hasta la semana 20 del 2004 se reportaron 45 casos[8] ubicándose de acuerdo al número de casos en lugar número 7 del estado.

En el período 2002 – 2003 la localidad de Tierra Blanca registró 48 casos de TB. En el año 2002, únicamente el 54% de los casos reportados curaron y un 46 % se englobaron en un fracaso al tratamiento, sin embargo en el 2003 y 2004, gracias a la implementación de las modificaciones a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993 para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud[9], se observó una reducción importante en los fracasos reportados. Y es precisamente el incremento de actividades que permitan al paciente incrementar su conocimiento sobre su enfermedad y evitar el abandono, una de las acciones más favorecidas en la norma modificada.

A partir de todo lo anterior, el objetivo de este estudio fue determinar el grado de conocimiento que tienen los pacientes con tuberculosis y un familiar cercano sobre la enfermedad, en la localidad de Tierra Blanca, Veracruz.

Método

El presente estudio es de tipo transversal y se realizó en el ámbito geográfico de la Jurisdicción Sanitaria No. IX de Cosamalopan, Ver.; específicamente en las unidades médicas dependientes de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la localidad de Tierra Blanca, Ver., y que en el período del 1 de enero del 2003 al 1 de junio del 2004, hayan registrado casos de tuberculosis pulmonar.

A partir del listado nominal de casos de tuberculosis en el período establecido para Tierra Blanca, Ver., se constituyó el grupo de estudio de n=22 casos y por cada caso se incluyo a un contacto siendo entonces el tamaño final del grupo de n=44. En ambos casos se consideró la edad mínima a participar de 15 años de edad o más, sin importar el sexo. A

todos ellos se les aplicó en sus domicilios y por separado, para evitar algún tipo de sesgo o interferencia, un cuestionario de tipo estructurado con 17 preguntas cerradas. Este cuestionario fue construido por nosotros a partir de antecedentes bibliográficos y la Norma Oficial Mexicana 006-SSA2-1993 (NOM) para el tratamiento de tuberculosis[9-11], posteriormente se validó por expertos y se piloteó en una muestra representativa de pacientes y contactos en otra zona geográfica; El cuestionario se conformó de los siguientes elementos: 1) Una cédula de identificación del paciente o el familiar (sexo, edad, grado de escolaridad y lugar de residencia); 2) Cuatro apartados, de cuatro preguntas cada uno y que evaluaron: a) conocimiento de la enfermedad; b) conocimiento sobre los procedimientos de diagnóstico; c) conocimiento sobre el tratamiento, y d) conocimiento para prevenir un contagio. 3) Finalmente se estableció una pregunta para identificar la fuente de información que recibieron los pacientes y los contactos. Se salvaguardaron los principios éticos básicos, solicitando el consentimiento informado al sujeto de la entrevista para incluirlo en el estudio y se mantuvo en todo momento el anonimato de los mismos, en caso de ser menores de edad se solicitó la autorización de el padre o tutor. Los resultados se evaluaron con estadística descriptiva e inferencial mediante el programa *Statistica 6.0.*

Resultados

Se entrevistaron 22 pacientes y 22 familiares. De los pacientes, 15 (68.2%) pertenecían a la SSA y 7 (31.8%) al IMSS. En términos globales 11 (50%) de los pacientes ya habían terminado su tratamiento, 7 (31.8%) se encuentran en tratamiento por primera vez, 2 (9.1%) se encontraban en tratamiento por recaída y 2 (9.1%) abandonaron el tratamiento.

Características de los pacientes y sus familiares

El 45% de los sujetos fueron hombres y el 54% mujeres. Sus edades fluctuaron entre los 16 y los 78 años de edad, siendo el grupo predominante el de 45 a 54 años (29.5%). La mayoría de los sujetos reportaron primaria incompleta (29.5%), (Tabla 1)

	Participantes n(%)	Medial del Conocimiento Gral.	Desviación Estándar
Sexo			
Masculino	19 (43.2)	10.37	2.59
Femenino	25 (56.8)	9.68	3.39
Grupos de edad			
15 - 24	7 (15.9)	10	3.27
25 - 34	9 (20.5)	9	2.65
35 - 44	4 (9.1)	10.25	3.86
45 - 54	13 (29.5)	10.38	2.18
55 - 64	8 (18.2)	10.75	4.46
65 y más	3 (6.8)	8.67	3.06
Escolaridad			
Sin escolaridad	6 (13.6)	8.33	4.37
Primaria incompleta	13 (29.5)	10.54	2.63
Primaria completa	9 (20.5)	11.67	1.94
Secundaria Incompleta	3 (6.8)	7	4
Secundaria Completa	4 (9.1)	9.25	1.89
Preparatoria Incompleta	1 (2.3)	6	-
Preparatoria Completa	4 (9.1)	10	2.50
Licenciatura Incompleta	1 (2.3)	6	-
Licenciatura Completa	3 (6.8)	12.33	2.08
Área de residencia			
Urbana	37(84.09)	9.97	3.17
Rural	7 (15.91)	10	2.52
Fuente de conocimiento			
Personal Médico	30 (68.2)	10.53	2.73
Otros	14 (31.8)	8.79	3.47

Tabla 1. Conocimiento General por sexo, grupo de edad, escolaridad, área de residencia y fuente de conocimiento en pacientes y familiares, SSA-IMSS. Tierra Blanca, Ver. 2003-2004.

Fuente: Directa, Cédula de captura levantada por alumnos del Instituto de Salud Pública, U.V. Tierra Blanca, Ver. Julio 2004.

Conocimiento general por sexo, grupo de edad, escolaridad, área de residencia y fuente de conocimiento en pacientes y familiares.

El conocimiento general sobre la tuberculosis (enfermedad, diagnóstico, tratamiento y prevención) fue de 9.97 +/- 1.85.

Conocimiento general de la Tuberculosis en pacientes y familiares

El conocimiento general sobre la tuberculosis no muestra significancia estadística (0.305) entre los pacientes y sus familiares. (Tabla 2) Conocimiento de la enfermedad en pacientes y familiares.

El 40.9% de los pacientes y el 36.4% de los familiares saben que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, mientras que una proporción similar de los pacientes (40.9%) y la mayoría de los familiares (45.5%) consideran que se trata de una enfermedad infecciosa aguda, sólo el 2.3 % de los familiares cree que es una enfermedad hereditaria y el resto de pacientes y familiares, lo desconocen (Tabla2)

El 95.4% de los pacientes y el 81.8% de los familiares identificaron a la tos como el síntoma característico de la tuberculosis mientras que el 9.1% de los familiares, mencionaron al vómito y sólo 4.5% de los pacientes y 9.1% de los familiares, dijeron desconocer un síntoma característico.

El 100% de los pacientes y de sus familiares, saben que la tuberculosis es una enfermedad contagiosa y la mayoría de los pacientes y de sus familiares (90.9%) reconocen que la tuberculosis se contagia por el contacto directo con personas enfermas, mientras que una baja proporción de ambos (9.1%), consideran que se contagia por otras causas.

Conocimiento del diagnóstico en pacientes y familiares

El 95.5% y 90.9% de los pacientes y familiares, saben que la enfermedad se diagnostica a través de exámenes de espectoración, mientras que una baja proporción de los familiares (4.5%) mencionó que la enfermedad se diagnostica con exámenes de sangre, y el resto de los pacientes y familiares (4.5% para cada uno) mencionaron no saberlo (Tabla 2).

El total de los familiares y la gran mayoría de los pacientes (9.5%) saben que es necesario realizar exámenes de diagnóstico a todas las personas que están en contacto con los pacientes con tuberculosis, mientras que el 4.5% de los pacientes, no lo sabe.

El 72.7% y 68.2% de los pacientes y sus familiares, conocen que deben hacerse 3 exámenes de laboratorio para diagnosticar la tuberculosis. El 9.1% de los pacientes y el 13.6% de sus familiares dijeron no conocer el número necesario de análisis positivos para diagnosticar la enfermedad y, el resto de pacientes y familiares, mencionaron otro número de exámenes de laboratorio necesarios para tal fin.
El 90.9% y el 68.2% de los pacientes y familiares respectivamente mencionaron conocer que se debe realizar cada mes el seguimiento de la enfermedad mediante el diagnóstico por baciloscopía.

Conocimiento del tratamiento en pacientes y familiares

El total de los familiares y la gran mayoría de los pacientes (95.5%) saben que los medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis deben darse en el centro de salud u hospital, mientras que el 4.5% de los pacientes mencionó su domicilio como el lugar para la administración del medicamento (Tabla 2).

La mayoría de los pacientes (72.7%) y de sus familiares (68.2%) saben que el personal médico es el encargado de dar los medicamentos al paciente con tuberculosis, sólo el 4.5% de los pacientes y el 4.5% de sus familiares, dijeron no saberlo y el resto (de ambos), mencionaron a otras personas como las responsables de administrarlo.

El 81.8% de los pacientes y de sus familiares, saben que la duración del tratamiento para la tuberculosis es de 6 meses, una pequeña minoría de pacientes y de sus familiares (4.5% para cada uno) mencionaron no saberlo, y el resto mencionó otro tiempo de duración del tratamiento.

El 90.9 de los pacientes y 95.5% de sus familiares identificaron el tener una recaída como una consecuencia del abandono del tratamiento mientras que una pequeña minoría de los familiares (4.5%) mencionaron como consecuencia del abandono del tratamiento que se presente otra enfermedad y el 9.1% de los pacientes dijeron no saberlo.

SECCION	RANGO DE CALIFICACION	SUJETOS n = 44	MEDIA	IC 95%	Valor de p
Conocimiento General	3 - 14	Pacientes	10.45	9.32 - 11.58	
		Familiares	9.5	7.95 - 11.05	0.305
		Total	9.97	9.04 - 10.89	
Conocimiento de la Enfermedad	0 - 4	Pacientes	2.81	2.33 - 3.30	
		Familiares	2.41	1.83 - 2.98	0.265
		Total	2.61	2.24 - 2.97	
Conocimiento del Diagnóstico	0 - 4	Pacientes	3.36	2.91 - 3.80	
		Familiares	2.91	2.31 - 3.50	0.210
		Total	3.14	2.77 - 3.49	
Conocimiento del Tratamiento	-2 - 4	Pacientes	3	2.45 - 3.54	
		Familiares	3	2.45 - 3.54	1.0
		Total	3	2.59 - 3.40	
Conocimiento sobre Prevención	-1 - 4	Pacientes	1.27	0.68 - 1.86	
		Familiares	1.18	0.56 - 1.86	0.825
		Total	1.23	0.82 - 1.64	

Tabla 2. Resultados del Conocimiento General de la Tuberculosis en pacientes y familiares, SSA-IMSS. Tierra Blanca, Ver. 2003-2004.

Fuente: Directa, Cédula de captura levantada por alumnos del Instituto de Salud Pública, U.V. Tierra Blanca, Ver. Julio 2004.

Conocimiento sobre la prevención en pacientes y familiares

El total de los pacientes y la gran mayoría de sus familiares (95.5%) dijeron que la tuberculosis es una enfermedad prevenible, mientras que sólo el 4.5% de los familiares, mencionó que ésta no se puede prevenir. (Tabla 2)

La mayoría de los familiares que dijeron que la tuberculosis se puede prevenir, y que esto se puede lograr teniendo buenos hábitos alimenticios (38.1%), mientras que un 31.8% dijeron que era necesario no fumar, tener buenos hábitos de higiene y buenos hábitos alimenticios, para prevenir la tuberculosis. Sólo el 18.2% de los pacientes y el 14.3% de sus familiares, dijeron que sólo son necesarios el tener buenos hábitos alimenticios y de higiene para prevenir la tuberculosis.

El 63.6% de los pacientes y 63.6% de sus familiares dijeron que en las áreas de trabajo pueden existir sustancias o productos contaminantes que favorezcan la aparición de la enfermedad. El 18.2% de los pacientes y familiares, dijeron que ello no es posible y el 18.2% restante, dijo no saberlo.

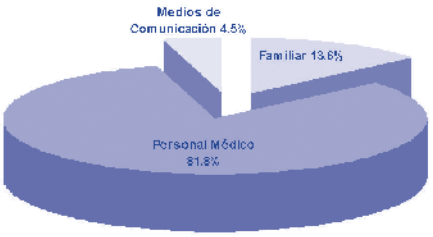
El 100% de los pacientes y familiares mencionaron que en las áreas de trabajo pueden existir sustancias o productos contaminantes que favorezcan la aparición de la enfermedad, el 85.7% identificó a los polvos, humos, fibras y animales enfermos y el 14.3% restante, dijo que tales factores eran productos tóxicos.

Fuentes de Información sobre la Tuberculosis

EL 68.2% de los pacientes y de sus familiares mencionaron haber recibido información acerca de la tuberculosis a partir del personal médico de su centro de salud, mientras que el 31.8% restante adquirieron este conocimiento a través de algún familiar, de algún conocido o de un medio de comunicación. (Gráfica 1)

Conocimiento general de la Tuberculosis en pacientes de la SSA y el IMSS

El conocimiento general sobre la tuberculosis no mostró significancía estadística entre los pacientes de las dos instituciones.



Gráfica 1. Fuentes de Información sobre la Tuberculosis en Pacientes, SSA-IMSS. Tierra Blanca, Ver. 2003-2004
Fuente: Directa. Cédula de captura levantada por alumnos del Instituto de Salud Pública, U.V. Tierra Blanca, Ver. Julio 2004.

Discusión

En primera instancia, los hallazgos de nuestro estudio muestra que los pacientes con tuberculosis pulmonar y sus familiares en Tierra Blanca, Veracruz, tienen un conocimiento medio sobre su enfermedad, dato coincidente con lo reportado para una población rural [10]. Liam en 1999, demostró que el grado de escolaridad es un determinante importante para el nivel de conocimiento sobre tuberculosis en la gente[11], sin embargo en este estudio, a pesar de que pacientes con educación superior contestaron mejor el cuestionario que el resto de la población, no existió una relación estadísticamente significativa entre la escolaridad y el conocimiento sobre la enfermedad.

Aunque la mayoría de los individuos tienen un conocimiento medio acerca de las características generales de la enfermedad, se observó que el 43.18% de los pacientes y familiares identificaron a la tuberculosis como una enfermedad infecciosa aguda, y el 38.63% como una enfermedad crónica, lo cual indica una aparente confusión en el termino crónico e infeccioso, que no les permite distinguir el tipo de enfermedad que padecen.

En lo que respecta sobre el conocimiento del diagnóstico y el tratamiento se registró un conocimiento medio por parte de los participantes, 3.1 y 3 respectivamente, (tabla 2). En lo que se refiere a la duración del tratamiento y los riesgos del abandono y sus consecuencias, un gran porcentaje (93.18%) mostró un alto conocimiento del mismo, lo cual concuer-

da con otros reportes12 , en donde se establece que ante un conocimiento amplio sobre la tuberculosis, se observa una actitud favorable a la terapia, lo que resulta importante para poder garantizar una alta adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

Se observó un conocimiento limitado, 1.23, en cuanto a la prevención de la enfermedad (Tabla 2), si bien el 95.5% saben que es una enfermedad prevenible, el 81.81% no sabe como prevenirla. Por otro lado el 68% de los pacientes y familiares recibieron información sobre TB a partir de personal médico, información coincidente con otros autores [10,12,13], pero existe un alto porcentaje 32% que recibe información de otras fuentes. Estos últimos hallazgos son de llamar la atención y en donde se deberá incidir con mayor énfasis en los programas de comunicación dentro de las campañas contra la TB, de manera que se incremente la información y se incluya el 100% de la población afectada, es decir, pacientes y contactos.

Si bien, porcentualmente se observa un conocimiento ligeramente mayor sobre la enfermedad en personas con escolaridad alta y que recibieron la información por el personal de salud. A diferencia de otros autores[10,12], en este estudio con la población total, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la fuente de información acerca de la tuberculosis y con el conocimiento, lo cual pudiera deberse básicamente a dos factores: a que la muestra con la que se trabajó fue muy pequeña o a que la población estudiada presenta características muy homogéneas debido al tamaño de la localidad de trabajo.

Se encontró una diferencia porcentual muy pequeña de 0.03 entre el conocimiento de personas que habitan en el área urbana y rural, siendo ligeramente mayor para las áreas rurales que para las de áreas urbanas, también se encontró que respecto a las variables de sexo y edad no hay una asociación significativa con el conocimiento de la enfermedad, lo que coincide con otros autores [10-11].

El instrumento utilizado demostró ser útil para evaluar el grado de conocimiento, el tipo y la calidad de información que recibe la población afectada. Además se considera que el instrumento constituirá una aportación importante para la valoración del conocimiento adquirido por los pacientes de TB y que podría utilizarse como una herramienta dentro de las actividades de educación para la salud indicadas en la NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud[8].

Por último se remarca la importancia que recobra la enfermedad, sobre todo si consideramos que la tuberculosis es una enfermedad curable, por lo que es necesario generar compromisos a todos los niveles: las personas infectadas con TB y sus contactos inmediatos, deben ejercer un auto cuidado de su salud y los profesionales de la salud tienen una posición clave para educar a la población y aconsejar respecto a los factores que afectan a la salud.

Referencias bibliográficas

1. TIRUVILUAMALA P., REICHMAN L., 2002. Tuberculosis. *Rev. Public Health.* 23:403-26.
2. MARISCAL A., RAMÍREZ C., SÁNCHEZ GONZÁLEZ L., ZENTENO R. 2005. Pobreza, drogoresistencia, diagnóstico, VIH-SIDA y su impacto en la evolución de la Tuberculosis en México. *MedUNAB* 8(1): 37-42.
3. World Health Organization, 1990. Tuberculosis control and research strategies for the 1990s: memorandum from a WHO meeting. *Bull World Health Organ* 70 (1): 17-21.
4. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis 2002; Fecha de consulta: 4 de junio del 2004. http:// www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-boletin-2002-1.pdf.
5. SSA. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; Boletín Epidemiológico 2004; Fecha de consulta: 14 de junio de 2004. http://www.epi.org.mx/boletin/2004/sem22/pdf/cua5.pdf
6. RAMIREZ C., MARISCAL A., RODRIGUEZ E., ZENTENO R. 2004. Tuberculosis en Veracruz. *Tlamatini.* 1: 41-44.
7. PVS (*Programa Veracruzano de Salud*) 1999-2004. pp. 98-99
8. SECRETARIA DE SALUD DE VERACRUZ: Boletín epidemiológico 2004; Fecha de consulta: 14 de junio de 2004. http://portal.ssaver.gob.mx/pls/ssaver/docs/FOLDER/BOLETIN/BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO/BOLETIN_SEMANAL_2004/SEMANA232004
9. Norma Oficial Mexicana NOM-006SSA2-1993, *Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud, modificaciones.* Publicada en el Diario Oficial de la Federación el martes 31 de Octubre del 2000.
10. HOA N.P., DIWAN V.K., CO N.V., TORZON A.K. 2003. Knowledge about tuberculosis and its treatment among new pulmonary TB patients in the north and central regions of Vietnam. Int J Tuberc Lung Dis. 8 (5): 603-608.
11. LIAM C.K., LIM K.H., WONG C.M.M., TANG B.G. 1999. Attitudes and knowledge of newly diagnosed tuberculosis patients regarding the disease, and factors affecting treatment compliance. *Int J Tuberc Lung Dis*. 3: 300-309.
12. PETERSON T.J., CASTLE M., YOUNG J, STREET T. 1999. Knowledge and attitudes about tuberculosis and tuberculosis control among homeless adults. Int J Tuber Lung Dis. 3(6): 528-533.
13. BARREIRO R.E., PIMENTEL D.R. 2000. Estudio sobre el conocimiento y las actitudes de la población del cruce de Arroyo Hondo (Matanzas, Baní) con respecto a la tuberculosis. Rev. Med. Dom. 61(1):14-17

Agradecimientos.

Nuestros agradecimiento al Dr. Javier Fuentes Domínguez, Coordinador Estatal del Programa de Mycobacteriosis, y a todo el personal médico de los hospitales y clínicas en Tierra Blanca por su apoyo para la realización de este trabajo.