

Dirección Sectorial de Salud Policlínico "Carlos J. Finlay"
Santiago de Cuba

ENFOQUE DE RIESGO EN LA TUBERCULOSIS

Dra. Oneida Terazón Miclín y Dra. Maritza Prego Ferrer

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico de casos-contróles con los pacientes diagnosticados como tuberculosos en el Distrito 26 de Julio de Santiago de Cuba, durante 1995 y para ello se escogieron 3 controles por cada caso, según sexo, edad, raza y lugar de residencia. Se comprobó que no hubo asociación con la edad, a pesar de que fue estratificada con otros factores y que si bien el antecedente de enfermedad respiratoria, la malnutrición por defecto y básicamente la desnutrición mostraron una asociación causal, con respecto al hacinamiento y el antecedente familiar de tuberculosis resultó ser no causal. De eliminarse los factores de riesgo susceptibles de modificación, disminuiría la incidencia de esta entidad en los grupos expuestos y en la población general. Se concluyó que no se aplicó el enfoque de riesgo en los portadores de tuberculosis y que es preciso hacerlo en todos los casos con manifestaciones respiratorias, así como intervenir sobre la malnutrición por defecto.

Descriptor DeCS: TUBERCULOSIS PULMONAR/etiología; TUBERCULOSIS/etiología; TRASTORNOS NUTRICIONALES/complicaciones; ENFERMEDADES RESPIRATORIAS; FACTORES DE RIESGO; ESTUDIOS DE CASOS CONTROLES.

La tuberculosis se ha ido incrementando en nuestro país, provincia y municipio (CPHEM, Informe de la situación actual de la tuberculosis. Santiago de Cuba, 1996),¹ de modo que el Distrito 26 de Julio de Santiago de Cuba no ha escapado a ese ascenso, fundamentalmente en el adulto joven del sexo masculino.

Se impone identificar los factores de riesgo que existen en la comunidad para poder trazar un plan de acción para erradicarlos o disminuir la morbilidad y la mortalidad por dicha causa.^{2,3} La aplicación del enfoque de riesgo en aquellos casos con signos y síntomas que hagan sospechar la presencia de la entidad o en la atención a pacientes considerados como propensos a padecerla (diabéticos, asmáticos, alcohólicos, ancianos y otros), constituye un

elemento vital para poder reducir la incidencia de esta afección, realizar un diagnóstico precoz y establecer un tratamiento oportuno (Miyar Abreu R. Enfoque de riesgo. Conferencia. ISCM, Santiago de Cuba, 1996).^{4,5}

En el presente trabajo nos propusimos analizar los factores de riesgo de la tuberculosis (TB) en nuestro distrito.

MÉTODOS

Hicimos un estudio analítico de casos-contróles que abarcó a los pacientes diagnosticados como tuberculosos en el Distrito 26 de Julio de Santiago de Cuba, durante 1995.

El universo de trabajo estuvo constituido por 9 portadores de TB pulmonar y 6

extrapulmonar, todos fueron pareados con 3 controles por caso según edad, sexo, raza y lugar de residencia.

Además de las anteriores, entre las variables analizadas figuraron también los hábitos tóxicos (consumo de cigarrillos e ingestión de bebidas alcohólicas), el hacinamiento y los antecedentes de afecciones respiratorias, tanto personales (APP) como familiares (APF) de tuberculosis.

Para el análisis estadístico utilizamos el *odds ratio* (OR) y el chi cuadrado, con un nivel de confiabilidad del 95 %; mientras que para aplicar el enfoque de riesgo de acuerdo con las mediciones efectuadas se tomaron en cuenta:

- Factor de riesgo: Hacinamiento.
- Indicador de riesgo: Manifestaciones respiratorias
- Signo de riesgo: Pérdida de peso.
- Grupo de riesgo: Malnutridos por defecto.
- Factor de protección; Captación de SR + 14.

RESULTADOS

No hallamos relación alguna en nuestra serie entre la edad y la incidencia de casos de TB, tampoco entre ésta, la desnutrición y el hacinamiento. El mayor número de afectados tenía entre 15 y 59 años de edad, con predominio de los pacientes de 40 a 49 (41, 2 % del total).

El antecedente de afecciones respiratorias como bronquitis, bronconeumonías repetidas y asma bronquial estuvo presente en 5 de los casos y 7 de los controles (tabla 1), para una asociación causal altamente significativa y un OR = 7,8; mientras que el antecedente familiar de TB reveló una asociación no causal, al igual que el hacinamiento, unido a las malas condiciones estructurales de la vivienda (OR = 2,07).

TABLA 1. *Antecedentes patológicos personales de enfermedades respiratorias*

APP	Casos	Controles	Total
Sí	5	3	8
No	7	33	40
Total	12	36	48

Fuente: Encuesta.*
p < 0,01.

El elemento de mayor importancia en nuestra casuística fue la malnutrición por defecto (tabla 2), que afectaba al 88,8 % de la serie y mostraba una fuerte asociación causal, con una elevada significación estadística (p < 0,001). La desnutrición arrojó las mismas características (tabla 3).

TABLA 2. *Malnutrición por defecto*

Malnutrición	Casos	Controles	Total
Sí	9	8	17
No	3	28	31
Total	12	36	48

Fuente: Encuesta.
p < 0,01.

TABLA 3. *Presencia de desnutrición*

Desnutrición	Casos	Controles	Total
Sí	8	1	9
No	4	35	39
Total	12	36	48

Fuente: Encuesta.
p < 0,01.

De los hábitos tóxicos, el de fumar no estuvo asociado con la entidad, mientras que el de ingerir bebidas alcohólicas presentó asociación no causal.

Teniendo en cuenta las restantes mediciones (tabla 4), si se suprime el antece-

dente de enfermedades respiratorias repetidas se puede disminuir considerablemente el riesgo de enfermar en la población expuesta y en la general, así como también si se erradican el hacinamiento y la ingestión de bebidas alcohólicas, pero si se eliminan la malnutrición por defecto y, en especial, la desnutrición en la población expuesta y en general, decrecerá la incidencia de la enfermedad en un rango del 90 al 99,5 %.

TABLA 4. Mediciones efectuadas

Factor	OR	IC	RAe %	RAP %
Desnutrición	70	5,79-1977,50	98	99,5
Malnutrición	10,50	1,91- 65,74	90	96,5
APP (ER)	7,86	1,21- 56,93	87	95
Hacinamiento	2,07	0,38- 11,08	51	75
Ingestión de alcohol	2,07	0,31- 13,20	51	75
APF (TB)	1,24	0,14- 9,26	19,3	41

Leyendas

APP: Antecedentes patológicos personal. APF: Antecedentes patológicos familiares. OR: *Odds ratio*.

DISCUSIÓN

En este distrito existe una población envejecida, con un índice de Rossett de 18,4;

SUMMARY

An analytic case-control study was conducted with those patients who suffered from tuberculosis in the «26 of July» District, in Santiago de Cuba, during 1995. 3 controls were chosen per each case, according to sex, age, race and place of residence. No association was found with age, in spite of the fact that it was stratified with other factors. A causal association was observed among respiratory disease history, faulty nutrition and basically nutrition disorders, whereas the relationship existing between tuberculosis family history and heaping was not causal. If the risk factors susceptible to modification were eliminated, the incidence of this disease in the exposed groups and in the population in general would decrease. It was concluded that the risk approach was not applied to tuberculosis carriers, and that it is necessary to do it in every case with respiratory manifestations, as well as to take measures as regards faulty nutrition.

Subject headings: TUBERCULOSIS PULMONARY/etiology; TUBERCULOSIS/etiology; NUTRITION DISORDERS/complications; RESPIRATORY TRACT DISEASES/complications; RISK FACTORS; CASE-CONTROL STUDIES.

no obstante, a pesar de que la edad constituye un factor de riesgo para esta entidad, predominó en el adulto joven, razón por la cual debe considerarse esta situación al valorar a los pacientes que acudan a consulta con manifestaciones respiratorias, independientemente de su edad, sobre todo si tienen asociados otros factores de riesgo como el antecedente familiar de TB.^{6,7}

Aunque la desnutrición fue el elemento más relevante de asociación causal, un solo factor de riesgo no determina la aparición de la enfermedad, por lo cual debe profundizarse en la búsqueda de otros factores relacionados con ésta y priorizar la actuación sobre aquellos susceptibles de ser modificados y cuya eliminación o disminución implicaría un impacto en el programa. La captación de SR + 14 se convierte en un factor de protección, siempre que se logre captar a los pacientes con tendencia o riesgo de padecer la afección, entre ellos los diabéticos, asmáticos y bronquíticos.⁸

En nuestro estudio se pudo comprobar que no se aplicó el enfoque de riesgo en los casos de TB del Distrito y que la malnutrición por defecto, fundamentalmente la desnutrición, fueron los factores de riesgo de mayor asociación causal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Armas PL, González OE, Hevia EG, Peláez CE. Elementos del diagnóstico clínico y el tratamiento de la tuberculosis. *Rev Cubana Med Gen Integral* 1996;12(1):59-68.
2. Benenson AS. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. 15a. ed. Washington, D.C.: OPS, 1992:541-50. (Publicación científica nr 538).
3. Dirección Nacional de Epidemiología. Actualización del Programa Nacional de la Tuberculosis. Ciudad de La Habana: MINSAP, 1995:1-10.
4. González OF, Armas L, Alonso A. Tuberculosis in the Republic of Cuba: its possible elimination. *Tuber Lung Dis* 1994;75: 188-94.
5. OPS. Minorías en riesgo de tuberculosis. *Bol Epidemiol* 1993;114(2):161-2.
6. Claude J. Tratado de Medicina Interna. 19 ed. México: Editorial Interamericana, 1994; vol 2:2016-27.
7. OPS. La epidemiología y la gestión de los servicios de salud. Washington, D.C.: OPS, 1995; vol 16(2):13-14.
8. Milos J. Epidemiología. Principios, técnicas y aplicaciones. 2 reimp. Barcelona: Editorial Salvat, 1988:124-54.

Recibido: 19 de noviembre de 1997. Aprobado: 11 de diciembre de 1997.

Dra. *Oneida Terazón Miclín*. Calle Julio Sanguily No. 33 entre Trocha y Primera, Flores, Santiago de Cuba.