

LOGROS Y DESAFÍOS DE UN MÉDICO DE FAMILIA EN LA GERENCIA DEL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Meinardo Zayas Vinent¹

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo sobre los principales indicadores de impacto y operacionales del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el municipio de Santiago de Cuba durante el trienio 1996-1998, en comparación con el anterior, el cual estuvo gerenciado por un Médico de Familia y asesorado por epidemiólogos, con el objetivo de presentar sus logros y desafíos. Los métodos estadísticos utilizados fueron los porcentajes, las tasas y la estandarización de tasas. En los resultados del trabajo se observó cómo disminuyen la morbilidad y la mortalidad por ese proceso, así como también que los grupos etáreos más afectados fueron los mayores de 45 años, que se redujo el número de casos con baciloscopia negativa en el nivel primario y se mantuvo el diagnóstico de aquellos con baciloscopia positiva en el secundario, a la vez que se elevaron los indicadores de pesquisa en las áreas de salud. Partiendo de lo anterior se recomienda continuar adiestrando a los Médicos y Enfermeras de la Familia acerca del conocimiento del citado programa para que puedan identificar a los grupos de riesgo en su comunidad.

Descriptores DeCS: PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD; TUBERCULOSIS PULMONAR; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; MEDICOS DE FAMILIA; TASAS, RAZONES Y PROPORCIONES/métodos; ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA; INDICADORES DE SALUD.

La tuberculosis (TB), afección que evoluciona por un período prolongado de latencia entre la fase de infección y la de enfermedad, afecta principalmente los pulmones, aunque también puede dañar otros órganos.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en la década de los 90 ha sido la causa más frecuentemente atribuible a un agente infeccioso en el mundo, por su condición de reemergente. Se estima en alrededor de 1 700 millones las personas infectadas por *M. tuberculosis*; anualmen-

te enferman unos 8 millones (95 %) en los países en vías de desarrollo y mueren aproximadamente 3 millones.²⁻⁴

En Cuba, antes de 1959 constituía un grave problema de salud, pero a partir de 1970 se toman una serie de medidas que garantizan una notable reducción de la morbilidad y mortalidad por esta causa, con un ritmo de desarrollo anual de 6 %. En 1991 comienza a reincidir este mal, que alcanza su máxima expresión en 1995;⁵ pero a partir de aquí disminuye el número de casos, debido a la implantación de un nuevo programa

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Epidemiología.

ma de control de la enfermedad (Cuba. Ministerio de Salud Pública. Actualización del Programa Nacional de Control y Erradicación de la Tuberculosis. La Habana: Dirección Nacional de Epidemiología; 1995). Con su puesta en marcha iniciamos nuestro trabajo en la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología de Santiago de Cuba, en la gerencia del programa, y luego de 3 años en esta labor, decidimos realizar el presente estudio con el objetivo de valorar los logros, insuficiencias y desafíos durante el período analizado.

Métodos

Se hizo un estudio descriptivo y retrospectivo sobre los principales indicadores de impacto y operacionales del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el municipio de Santiago de Cuba durante el trienio 1996-1998, pero gerenciado por un Médico de Familia y asesorado por epidemiólogos.

Los principales indicadores evaluados según el mencionado programa fueron:

a) Indicadores de impacto

- Incidencia de casos nuevos de tuberculosis pulmonar según categorías: baciloscopia positiva (BK +) y negativa (BK-)

- Distribución de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar (tasas por grupos de edades).

- Mortalidad por años y localización.

b) Indicadores operacionales.

	Indicador (%)
• Pacientes con SR + 14, detectados en consulta externa.	0,6
• Proporción de primeras muestras realizadas.	95,0
• Proporción de segundas muestras realizadas.	90,0
• Proporción de casos diagnosticados en la atención primaria de salud (BK +).	80,0

Se utilizaron métodos estadísticos como porcentajes, tasas y estandarización de tasas.

Resultados

La morbilidad por tuberculosis en el municipio de Santiago de Cuba desde 1993 hasta 1998 la presentamos en la tabla 1, donde se observa un aumento del número de enfermos hasta 1995, con 90 diagnosticados y una tasa de 19,9 x 100 000 habitantes, que luego desciende durante el trienio 1996-1998, hasta reducirse incluso a 53 afectados y una tasa de 11,3 x 100 000 habitantes en 1997.

TABLA 1. Morbilidad por tuberculosis según año y localización

Año	Localización de la enfermedad				Total	
	Pulmonar		Extrapulmonar		No.	Tasa
	No.	Tasa	No.	Tasa		
1993	52	11,3	8	1,7	60	13,0
1994	59	12,7	6	1,2	65	14,0
1995	60	13,3	30	6,6	90	19,9
1996	48	10,3	20	4,3	68	14,6
1997	39	8,3	14	3	53	11,3
1998	43	9,1	15	3,1	58	12,3

Tasa x 100 000 habitantes.

Fuente: Departamento de Estadísticas Municipal.

La incidencia de nuevos casos de tuberculosis pulmonar según categorías de BK + o BK - la reflejamos en la tabla 2, donde aparece un descenso de los clasificados como BK + desde 1993, con 50 pacientes y una tasa de 10,8 x 100 000 habitantes, hasta 1997, con 28 y una tasa de 5,9 x 100 000 habitantes; pero en el último año hubo un incremento de 5 casos nuevos, para una tasa de 7 x 100 000 habitantes. Las BK- alcanzan su mayor incidencia en 1995 y 1996 con tasa de 4,8 y 3,8 x 100 000 habitantes, respectivamente, para descender en los últimos años hasta reducirse a 10 casos nuevos y una tasa de 2,1 x 100 000 habitantes.

TABLA 2. Incidencia de casos nuevos de tuberculosis pulmonar según categorías BK + y BK -

Año	Incidencia de TB pulmonar			
	BK +		BK -	
	No.	Tasa	No.	Tasa
1993	50	10,8	12	2,6
1994	46	9,9	13	2,8
1995	38	8,4	22	4,8
1996	24	5,3	18	3,8
1997	28	5,9	11	2,3
1998	33	7,0	10	2,1

Fuente: Departamento Municipal de Enfermedades Transmisibles.

En la tabla 3, donde se distribuye a los pacientes según grupos etáreos, puede verse que en ambos trienios este mal prevaleció en las personas mayores de 45 años e incidió con rigor en los ancianos. También hubo más de 40 casos diagnosticados, cuyas edades oscilaban entre 25 y 34, localizados principalmente en instituciones cerradas. Debemos señalar que en el período de 1996 a 1998 fue detectada esta afección en 5 niños, a través de los controles de focos y antecedentes patológicos familiares: 4 de ellos tuvieron su fuente de infección en familiares de primer orden, notificados como casos en 1995.

TABLA 3. Pacientes tuberculosos según edad y trienio

Edad (en años)	Trienios			
	1993-1995		1996-1998	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Menor 15	1	0,8	5	4,6
15-19	3	9,3	2	5,9
20-24	11	21,2	5	10,6
25-34	45	50,4	41	43,8
35-44	26	41,9	24	38,6
45-54	28	55,2	28	53,5
55-64	30	93,3	25	106,5
65 y más	71	230,1	49	136,6
Total	215	46,3	179	38,4

Fuente: Departamento de Estadísticas Municipal.

TABLA 4. Mortalidad por TB según años y localización

Año	Localización de la enfermedad							
	Pulmonar		Miliar		Otros		Total	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
1993	9	1,9	1	0,2	1	0,2	11	2,3
1994	5	1,1	0	0	0	0	5	1
1995	5	1,1	6	1,3	1	0,2	12	2,6
1996	3	0,6	4	0,8	1	0,2	8	1,6
1997	3	0,3	0	0	0	0	3	0,6
1998	2	0,4	0	0	2	0,4	4	0,8

Fuente: Departamento de Estadísticas Municipal.

En la tabla 4 se observa que el año de mayor mortalidad por tuberculosis fue 1995, con 12 casos y una tasa de 2,6 x 100 000 habitantes, a diferencia de 1997, con 3 y una tasa de 0,6 x 100 000 habitantes. En los fallecidos, la enfermedad se encontró fundamentalmente en los pulmones, con 27 casos, seguida de la forma miliar con 11. Se impone señalar que la mortalidad por la forma pulmonar ha ido en descenso, con 9 casos en 1993 hasta reducirse a 2 en 1998.

La estandarización de la tasa de mortalidad según trienios analizados arrojó una reducción del número de fallecidos, con cifras de 6,8 a 3,4 x 100 000 pacientes diagnosticados.

Uno de los factores que determinan el éxito de un programa de tuberculosis radica en la pesquisa activa de la enfermedad, dirigida fundamentalmente a los grupos de riesgo presentes en la población. Al respecto, en la tabla 5 se aprecia que aunque los indicadores se elevan cada año, es en el trienio 1996-1998 donde se encuentran los porcentajes más altos de captación de SR + 14 y de estudios con primera y segunda muestras de esputos a estos pacientes sintomáticos, de modo tal que en 1998 se obtuvo un índice de captación de 1,1, además de 96,9 y 89,4 % de esputos a los captados.

TABLA 5. Pesquisa activa de tuberculosis por años

Año	SR + 14	Pesquisa en área de salud	
		1ra muestra (%)	2da muestra (%)
1993	0,7	70,1	57,9
1994	0,9	73,1	64,2
1995	1,0	71,6	58,2
1996	1,2	83,8	68,8
1997	1,0	88,0	73,7
1998	1,1	96,9	89,4

Fuente: Departamento Municipal de Enfermedades Transmisibles.

A pesar de la labor desarrollada para dar cumplimiento al Programa de Control de la Tuberculosis en el municipio, existen dificultades para diagnosticar los casos pulmonares BK + en las áreas de salud (tabla 6), pues como se ha establecido, 80 % de los casos con esta condición debe ser diagnosticado por el Médico y Enfermera de la Familia; sin embargo, en nuestra investigación nunca se ha logrado este indicador. Fue en 1996 cuando se alcanzó el mayor porcentaje de diagnosticados en la atención primaria de salud (APS), dado por 37,5 %.

TABLA 6. Diagnóstico de los casos pulmonares BK + según nivel de atención

Año	Nivel de atención			
	APS		Hospital	
	No.	%	No.	%
1993	16	30,8	36	69,2
1994	21	35,6	38	64,4
1995	12	33,3	24	66,6
1996	9	37,5	15	62,5
1997	9	32,1	19	67,8
1998	12	36,3	21	63,9

Fuente: Departamento Municipal de Enfermedades Transmisibles.

Discusión

Con la implantación del nuevo Programa de Control de la TB en el municipio, se logra disminuir la morbilidad y mortalidad por esta afección, hasta exhibir tasas que si bien no se igualan a las de la década del 80, se consideran bajas respecto a la situación presentada por otros países de América Latina y el Caribe, pues la Organización Panamericana de la Salud calcula que diariamente enferman alrededor de 1 100 personas en la región y mueren más de 200, así como también que el decenio 1990-1999 se producirán 1 210 millones de defunciones

por esa entidad, incluso, en los Estados Unidos se ha observado un alza de la enfermedad por los siguientes factores:

- Incremento de la población marginal con problemas de pobreza, hacinamiento y otros.
- Deterioro de los programas de control en muchos países.
- Epidemia VIH-SIDA.
- Drogorresistencia de las cepas de *M. tuberculosis*.¹⁻¹⁰

Nuestros resultados reafirman que en el patrón de aparición de este proceso, la mayor incidencia correspondió a los pacientes con más de 50 años, debido a reactivaciones endógenas y en menor grado a reinfecciones.⁵ La incidencia de TB

infantil es muy baja si la comparamos con la literatura revisada, donde se informa que alrededor de 500 niños mueren a diario por esa causa.¹⁰

Conclusiones

La pesquisa activa de la tuberculosis en las áreas de salud se ha elevado, pero no se ha podido cumplir con el indicador de diagnóstico de los casos BR + en la atención primaria, de donde se infiere que el trabajo realizado no es óptimo. Los Médicos de Familia deben mejorar su pensamiento epidemiológico respecto a la enfermedad y dirigir la búsqueda de los SR + 14 a los principales grupos de riesgo identificados por ellos.

SUMMARY: A descriptive and retrospective study on the main impact and operational indicators of the National Program of Tuberculosis Control in the municipality of Santiago de Cuba from 1996 to 1998 was carried out in order to compare this program with the previous one and to show its achievements and challenges. This Program was managed by a family physician with the advising of epidemiologists. The percentages, the rates and the standardization of rates were the statistical methods used. It was observed that morbidity and mortality decreased as a result of this process and that the most affected age groups were those over 45. The number of cases with negative bacilloscopy declined at the primary level, whereas the diagnosis of those with positive bacilloscopy at the secondary level was maintained. The screening indicators increased in the health areas. Based on the above, it was recommended to continue training family physicians and nurses in the knowledge of this Program so that they may identify the risk groups in their community.

Subject headings: NATIONAL HEALTH PROGRAMS; TUBERCULOSIS, PULMONARY; PRIMARY HEALTH CARE; PHYSICIAN, FAMILY; RATES, RATIOS AND PROPORTIONS/methods, COMMUNITY HEALTH NURSING; HEALTH STATUS INDICATORS.

Referencias bibliográficas

1. Tratamiento de la tuberculosis en atención primaria de salud. (Monografía). Bol Terap Andaluz 1997;(11):8-12.
2. La lucha contra las enfermedades transmisibles. Bol of Santi panam 1992;113(5-6):471-3.
3. WHO. Report on the tuberculosis epidemic. Genova: WHO, 1995:5-18.
4. OMS. Programa de la OMS para el control de la tuberculosis. Bol of Sanit panam 1991; 111(5):463-9.
5. Valdés García L, Carbonell García I, Delgado Bustillo J, Santín Peña M. Tuberculosis. En:

- Enfermedades emergentes y reemergentes. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1998. p. 269-82.
6. Estrategias de control e investigación de la tuberculosis en el decenio de 1990: Memorándum de una reunión de la OMS. Bol of Sanit panam, 1993;114(5):429-36.
 7. Mc Kenna MT, McGray Y. The epidemiology of tuberculosis among foreing-born persons in the United States, 1986-1993. New Engl Med J 1995;332:1071-6.
 8. Tuberculosis. Situación epidemiológica internacional. UATS 1996;3(33):18-24.
 9. Tuberculosis en el mundo. Situación epidemiológica internacional. UATS 1997; 3(39):25-32.
 10. Protección antituberculosa para el personal de la salud. Rev Panam Salud Pública 1998;3(3):202-5.

Recibido: 14 de octubre de 1999. Aprobado: 30 de noviembre de 1999.

Dr. Meinardo Zayas Vinent. San Miguel No. 225, entre Celda y Ira., reparto Portuondo, Santiago de Cuba, Cuba.