

Trabajos originales

Tuberculosis: perfil epidemiológico en la población perteneciente al Policlínico Universitario “Vedado”

Esperanza Martínez Uriarte,¹ Sandra Mullen Castillo² y Magda Rivera Lias³

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo a 3 910 pacientes pertenecientes al Policlínico Universitario “Vedado”, en el quinquenio 2000-2005, con el objetivo de caracterizar la pesquisa de la tuberculosis y conocer su morbimortalidad en el área de salud. Se aplicó el método estadístico porcentual, las tasas y la estandarización de tasas. Se concluyó que la pesquisa cumple el indicador de impacto en el año 2000. En el quinquenio se diagnosticaron 19 pacientes con tuberculosis, y la mayor morbilidad se presentó en los años 2000 y 2001. Evolucionaron hacia la curación 17 pacientes y 2 fallecieron. El grupo de edad más afectado es el de 65 años y más, con un predominio el sexo masculino y de la tuberculosis pulmonar. Todos los enfermos pertenecen a grupos de riesgo.

Palabras clave: Tuberculosis, epidemiología, diagnóstico, morbilidad, esputo BAAR.

La lucha contra la tuberculosis comienza con una política eficaz de identificación y tratamiento de las personas infectadas o con riesgo de desarrollar la enfermedad, lucha que representa un desafío importante para la salud pública en su intento por disminuir su incidencia en el país.¹

En la década de los 90 la tuberculosis ha sido la causa más frecuente atribuible a un agente infeccioso en el mundo por su condición de enfermedad reemergente, y constituye un problema de salud de primera magnitud a escala mundial.²

Es una 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. Se estima en alrededor de 1 700 millones las personas infectadas por *Mycobacterium tuberculosis*; anualmente enferman unos 8 millones en los países en vías de desarrollo, y mueren aproximadamente 3 millones. La coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana representa del 3 al 5 % de los casos (Boletín Epidemiológico Semanal del IPK. Vol 9.No. 25/2000).

Se conoce que el 90 % de las personas infectadas tendrán controlados los bacilos en estado latente para toda la vida por medio de su sistema inmunológico. Un 5 % presentará tuberculosis primaria y el otro 5 % presentará la enfermedad en estados tardíos de la vida, lo que se denomina tuberculosis de reactivación.³

La OMS y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (UICTER) alertan sobre las devastadoras consecuencias económicas y de salud causadas por esta enfermedad, su efecto en los países en desarrollo y su impacto continuo y trágico en la salud global. Tratándose de una enfermedad curable, la OMS recomienda las Estrategias DOTS (tratamiento acordado directamente observado) que combina 5 elementos: el compromiso político, la detección de casos mediante la microscopia de esputo, el tratamiento de corta duración directamente observado, el suministro de medicamentos y el sistema regular de monitoreo (Alonso CR. Día mundial contra la tuberculosis. IPK, marzo/2005). Se pudo comprobar que en el año 2002, de 22 países con mayor morbilidad por esta afección 17 son países de bajos recursos, y solo 1 de cada 4 pacientes afectados se somete a las Estrategias DOTS.

Cuba presenta tasas inferiores a 25 x 100 000 hab y clasifica entre los países que cumplen con las metas globales de la OMS de curación y detección de casos.⁴ En 1995 logra detener el incremento de pacientes enfermos, las tasas registradas en el año 2000 fueron de 10,1 x 100 000 hab, en el 2001 de 8 x 100 000, en el 2002 de 7,6 x 100 000, en el 2003 de 7,2 x 100 000 y en el 2004 de 6,6 x 100 000 hab (Cuba. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. 2004).

Nuestro país cuenta con un Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT), en el que se establecen indicadores operacionales y de impacto para evaluar su desarrollo (Cuba. MINSAP. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Manual de Normas y Procedimientos. La Habana, 1999). Hasta el año 1993 se notificaban solamente los casos de tuberculosis pulmonar confirmados microbiológicamente, así como por biopsia y necropsia. Los casos con diagnóstico clínico, radiológico y epidemiológico se consideraban fuera del Programa, recibían tratamiento específico, pero no se notificaban. Entre las modificaciones realizadas al Programa se actualizó el criterio de *caso de tuberculosis pulmonar* y se introdujo la definición de *pulmonar BAAR negativa* que incluye al BAAR negativo y cultivo positivo, así como al BAAR negativo y cultivo negativo, considerando a este último tributario tanto de tratamiento como de notificación (Boletín Epidemiológico Semanal del IPK. Vol 11.No. 34/2001).

El registro de la morbilidad por esta enfermedad nos permite monitorear el programa, pues mediante él conocemos su estructura y tendencias, así como las tasas específicas por grupos de edades, y se puede establecer en forma aproximada cuál es la situación. Si las tasas se reducen en forma acelerada, en especial en los grupos de población joven (15-29 años), la morbilidad es disminuida progresivamente y se circunscribe a los grupos de mayor edad, esto indica el éxito en el control de la enfermedad.⁵ El fortalecimiento de la APS permite un adecuado funcionamiento del Programa Nacional con la búsqueda de casos y el estudio de sintomáticos respiratorios de más de 14 días, en aras de contribuir a una adecuada vigilancia epidemiológica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de una población de 3 910 pacientes pertenecientes al Policlínico Universitario “Vedado”, del municipio Plaza de la Revolución, a los cuales se les realizó vigilancia epidemiológica de tuberculosis durante el

quinquenio 2000-2005, teniendo en cuenta como criterio de inclusión la realización de esputos a sintomáticos respiratorios de más de 14 días (SR+14). Los datos se obtuvieron del Departamento de Estadísticas del Policlínico, y para ello se confeccionó una hoja de vaciamiento en la que se reflejaron las variables: edad, sexo, SR+14, consultas de medicina interna, 1ra muestra, 2da muestra, cultivo, tipo de TB según localización, resultados de la bacteriología y factores de riesgo. Posteriormente se operacionalizaron estas variables mediante el método estadístico porcentual, las tasas y la estandarización de tasas.

RESULTADOS

Indicadores de localización de casos

Los SR+14 detectados (tabla 1) solamente cumplen el indicador de impacto en el año 2000 (indicador 1,2 %) y en los últimos 2 años ha sufrido un deterioro alcanzando un valor máximo del 0,2 %. En relación con la toma de las primeras muestras se sobrecumple el indicador establecido (98 %), mientras que la toma de las segundas muestras (indicador 95 %) se incumple a partir del año 2002. El indicador del cultivo (indicador 95 %) solo se cumple en el año 2000. Esto evidencia la falta de cumplimiento de lo establecido por el programa en el área de salud.

TABLA 1 . Indicadores de localización de casos por año

Años	SR+14 No.	CMMI No.	Indic. (%)	1a m No.	%	2a m No.	%	Cultivo No.	%
2000	1 137	93 634	1,2	1 130	99,3	1 081	95	1 130	100
2001	765	95 785	0,7	765	100	737	96,3	643	89
2002	626	102 928	0,6	626	100	524	83,7	364	58,1
2003	891	116 937	0,7	891	100	811	91	753	84,5
2004	267	100 421	0,2	267	100	204	76,4	246	92,1
2005	224	92 254	0,2	224	100	182	81,2	143	63,8

Fuente: Departamento de Estadísticas del Policlínico.

Morbilidad de la tuberculosis y evolución clínica de los pacientes

En cuanto a la morbilidad (tabla 2) los años 2000 y 2001 se comportaron con mayor tasa (1,2), la cual fue disminuyendo, pero en el 2005 comienza a elevarse nuevamente (1,0). Esta tendencia nos alerta a realizar de manera estricta la vigilancia epidemiológica de pacientes sintomáticos respiratorios y de riesgo. La evolución clínica es hacia la curación, excepto los 2 pacientes que fallecieron con diagnóstico de neoplasia de pulmón.

TABLA 2. Morbilidad de tuberculosis por año y evolución de los pacientes

Años	Enfermos	Tasa x 10 000 hab	Curación	Fallecidos
2000	5	1,2	4	1
2001	5	1,2	5	0

2002	4	0,9	4	0
2003	0	0,0	0	0
2004	1	0,2	1	0
2005	4	1,0	3	1

Tasa x 10 000 hab

Fuente: Departamento de Estadísticas del Policlínico Universitario “Vedado”.

Distribución de enfermos por grupos de edad y sexo

El grupo de edad más afectado es el de 65 años y más con 8 pacientes en total (tabla 3), pero debemos llamar la atención de que en el año 2005, 3 de los enfermos son jóvenes. En el quinquenio predominó el sexo masculino (14 pacientes), que se corresponde con lo planteado en la literatura.^{6,7}

TABLA 3. Distribución de enfermos por grupos de edad y sexo en cada año

Años	Grupos de edades (en años)								Sexo	
	15- 24		25-59		60-64		65 y más		M	F
	Casos	tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa		
2000	1	0,06	1	0,08			3	0,4	4	1
2001					2	0,8	3	0,4	3	2
2002			2	0,1			2	0,3	3	1
2003										
2004			1	0,04					1	
2005	1	0,2	2	0,09	1	0,4			3	1
Total	2		6		3		8		14	5

Tasa x 1 000 hab

Fuente: Departamento de Estadísticas del Policlínico Universitario “Vedado”.

Diagnóstico de tuberculosis según localización de la enfermedad

En el diagnóstico según localización (tabla 4) el mayor por ciento de enfermos tiene un diagnóstico de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, lo que demuestra la importancia de la realización del examen baciloscópico como parte de la vigilancia epidemiológica.

TABLA 4. Diagnóstico de tuberculosis según localización de la enfermedad en cada año

Años	TB pulmonar con baciloscopia positiva		TB pulmonar con baciloscopia negativa		TB extrapulmonar	
	No.	%	No.	%	No.	%
2000	5	100				

2001	4	80	1	20		
2002	3	75	1	25		
2003						
2004					1	100
2005	3	75			1	25

Fuente: Departamento de Estadísticas del Policlínico Universitario “Vedado”.

Distribución de enfermos según riesgo

Todos los pacientes enfermos tienen riesgo (tabla 5). El 42,2 % corresponde a los ancianos, seguidos de los alcohólicos con un 21,1 %.

TABLA 5. Distribución de pacientes según riesgo

Grupos de riesgo	No.	%
Ancianos > 60 años	8	42,2
Alcohólicos	4	21,1
Diabéticos	2	10,5
Pacientes con VIH	2	10,5
Caso antiguo de TB	1	5,2
EPOC	2	10,5
Total	19	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Policlínico Universitario “Vedado”.

DISCUSIÓN

El incumplimiento de los indicadores operacionales establecidos por el PNCT refleja la baja percepción de riesgo de los profesionales de la salud en relación con esta enfermedad, que hoy es una emergencia internacional, no solo por el daño a la salud, sino también por el impacto socioeconómico que desencadena, ya que aproximadamente el 80 % de los casos nuevos ocurren en el grupo de edad entre los 15 y los 59 años, precisamente el más productivo de la economía.⁸ Esta tendencia comienza a aparecer en nuestro país y debemos estar vigilantes.

Según *Rieder*,⁹ la edad mediana de los tuberculosos ha aumentado notablemente en los países en los que el riesgo de infección decrece rápido, de esta forma los segmentos infectados de la población se hacen más viejos.

Si tenemos en cuenta que por cada paciente bacilífero se infectan entre 10 y 20 personas en un año, y de esas personas infectadas un 10 % puede enfermar, y de estos enfermos un 50 % pueden ser casos nuevos, es apremiante entonces la toma de decisiones de carácter preventivo para disminuir la morbilidad por esta enfermedad.¹⁰

CONCLUSIONES

La pesquisa de tuberculosis cumple el indicador de impacto en el año 2000. En el quinquenio se diagnosticaron 19 pacientes con tuberculosis, y la mayor morbilidad se presentó en los años 2000 y 2001. La mayoría evoluciona hacia la curación.

El grupo de edad más afectado es el de 65 años y más, con un marcado predominio del sexo masculino y de la tuberculosis pulmonar. Todos los enfermos pertenecen a grupos de riesgo.

SUMMARY

Tuberculosis: epidemiologic profile in the population of "Vedado" University Polyclinic

A retrospective, descriptive and observational study was conducted among 3 910 patients seen in "Vedado" University Polyclinic from 2000 to 2005 to characterize the tuberculosis screening and to know its mortality and morbidity in the health area. Percentage statistical method, rates, and rate standardization were applied. It was concluded that the screening fulfils the impact indicator in the year 2000. During this 5-year period, 19 patients were diagnosed tuberculosis. A higher morbidity was observed in 2000 and 2001. There was an evolution towards cure in 17 patients, whereas two died. The age group 65 and over was the most involved, with a predominance of males and of lung tuberculosis. All the patients belonged to risk groups.

Key words: Tuberculosis, epidemiology, diagnosis, morbidity, sputum.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carceller A, Lebel MH. Prevención de la tuberculosis en España en el siglo XXI. *Anales de Pediatría*. Marzo 2005;62(3):207-9.
2. Zayas Vinent M. Logros y desafíos de un médico de familia en la gerencia del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000;16(5):491-6.
3. Rivas Santiago B, Vieyra Reyes P, Araujo Z. Respuesta de inmunidad celular en la tuberculosis pulmonar. *Invest Clín*. Dic 2005;46(4):391-412.
4. Marrero Figueroa A, Cué Brugueras M. Tuberculosis: una revisión para médicos de la atención primaria. *RESUMED* 1998;11(4):196- 209.
5. Miret P, Gonzalez P, Lopez JL, Martin A, Gutierrez JM. The tuberculosis program of Colonia's central health region (1986-1993). *Int J Tuberc Lung Dis*. 1997;1(2):142-456.
6. Holmes CB, Hausler H, Nunn P. A review of sex differences in the epidemiology of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1998;2(2):96-104.
7. Valdés E, Ferrer A, Ferrer N. La tuberculosis, otra vez un problema de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999;15(3):318-27.
8. Ochoa E, Armas L. Tuberculosis: directions for detection and control. *Handbook of Cuban Ministry of Public Health*. 2002.p.5.

9. Rieder HL. Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis UICTER. 1999;101-4.
10. Díaz Castrillo AO, Barrell Ferrer MC, Valiente Gavito O, Lazo Álvarez MA, González Ochoa E. Impacto del aislamiento y la quimioprofilaxis en el control de la tuberculosis en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1990-1999. Rev Panam Infect. 2004;6(2):12-6.

Recibido: 24 de marzo de 2006. Aprobado: 20 de abril de 2006.

Dra. *Esperanza Martínez Uriarte*. Calle 26 # 154, apto. 1, entre 15 y 17, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail esperanza.mtnez@infomed.sld.cu

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Asistente.

²Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora.

³Especialista de I Grado en Epidemiología.