

CARTAS AL EDITOR

Antecedentes de la Comisión Provincial de Diagnóstico de Tuberculosis de Ciudad de La Habana para el estudio de enfermos presuntivos microbiológicamente negativos*

Dr. José I. Sevy Court,¹ Dra. Delfina Machado Molina,¹ Dra. Libertad Carreras Corzo¹ y Prof. Edilberto González Ochoa²

Distinguido Sr. Editor:

En la historia de la Salud Pública cubana no quedan olvidadas las acciones realizadas por las autoridades sanitarias y el personal de los servicios de salud del país para el control de la tuberculosis (TB), y con particular importancia las implementadas a partir de 1959, por los relevantes resultados obtenidos (Aldereguía G, Pascual L. Programa para el control de la tuberculosis. En: Estudios sobre tuberculosis pulmonar. Ministerio de Salud. Pública Gobierno Revolucionario. La Habana 1961. p. 107-34) (Ministerio de Salud Pública. Tuberculosis; bases para el Programa de Control. En, Forum de Higiene y Epidemiología. Epidemiología. MINSAP. Gobierno Revolucionario. La Habana; 1962. p. 168-78).^{1,2} Uno de estos esfuerzos ha sido encaminado a mejorar la calidad del diagnóstico de los casos sospechosos de TB que presentan baciloscopias negativas, lo que es actualmente un problema importante en la mayoría de los países.^{3,4} Nuestro objetivo es dar a conocer los antecedentes de la Comisión de Tuberculosis para la confirmación de enfermos pulmonares presuntivos, bacilosópicamente negativos (CODIBAARNE), de la provincia Ciudad de La Habana.

El control de la tuberculosis en Cuba, a partir de 1971, consideraba solamente como enfermos nuevos de tuberculosis pulmonar notificables, aquellos confirmados microbiológicamente (baciloscopias o cultivos), así como por biopsia y necropsia, los cuales constituían la incidencia de la enfermedad.² Los pacientes con diagnóstico clínico radiológico/epidemiológico recibían tratamiento específico controlado, pero no se notificaban. A partir de 1992, como consecuencia del incremento de la morbilidad por tuberculosis, que hasta entonces venía disminuyendo satisfactoriamente en todo el país² (4,7 por 10⁵ en 1991 a 5,4 en 1992), se hizo necesario

¹ Especialistas de Neumología de la Comisión para Diagnóstico de Casos de Tuberculosis con Baciloscopia Negativa. Hospital Benéfico Jurídico. Calzada del Cerro esq. Lombillo. La Habana. Teléf: 53-7-577150

² Jefe del Grupo de Investigaciones y Vigilancia de TB, Lepra e IRA. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourf". AP 601. Playa. Ciudad de La Habana. Teléf: 53-7-2020652. Correo electrónico: ochoa@ipk.sld.cu

* Esta comunicación forma parte del estudio titulado "Valoración del proceso de detección de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia negativa", que se realizó en coordinación y bajo la dirección del Grupo de Investigación y Vigilancia de TB, Lepra e IRA del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourf" con ayuda financiera del Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo de Amberes.

intensificar la vigilancia y las medidas de control. En mayo de 1994 se actualizó y adecuó el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) a la situación existente en el que se introdujo, el criterio de enfermo de tuberculosis pulmonar BAAR(-) que incluye la tuberculosis pulmonar con frotis de esputo BAAR(-) y cultivo positivo de *M. tuberculosis* y también a pacientes con frotis BAAR(-) y cultivo (-), o sea, casos con diagnóstico clínico-radiológico, considerando a estos últimos, no solo como casos para tratamiento, sino también de obligatoria notificación (Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Actualización del Programa Nacional de Control de Tuberculosis. La Habana, Programa Nacional de Control de Tuberculosis. La Habana 1995). Resulta significativo mencionar, que hasta 1993, pocos casos con diagnóstico clínico-radiológico se habían diagnosticado y tratado en Ciudad de La Habana: 8 enfermos en 1990 y 7 casos en 1993. Puestas en práctica las modificaciones del PNCT, en 1994 impactó la cifra de 41 enfermos BAAR(-), cultivo(-), notificados por hospitales y médicos de familia. Esto puso en evidencia la necesidad de crear un mecanismo de control especializado en el estudio de estos enfermos.

El incremento de pacientes BARR(-) notificados a partir de 1994 en Ciudad de La Habana y en otras provincias, puso en alerta a la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), la cual en reunión con el Grupo Nacional Técnico Asesor de Tuberculosis (GNTATB) acordó que la notificación y el tratamiento de estos enfermos tenían que ser aprobados por facultativos especializados y se encargó a la Dirección del Hospital Docente Neumológico “Benéfico Jurídico” (HBJ) la creación de una comisión de expertos para cumplir lo acordado. El 20 de julio de 1995 la Dirección del HBJ comunicó por escrito al Jefe del Programa de Tuberculosis de la Provincia de Ciudad de La Habana “la creación de una consulta especializada integrada por el profesor Rafael Pedraza Rodríguez (internista, miembro del GNTATB desde 1967), la doctora Delfina Machado Molina (neumóloga), doctora Ernestina Días Pérez (radióloga). Esta comienza a partir del mes de septiembre, todos los miércoles a las 10:00 a.m. y su función es ratificar o no el diagnóstico, tratamiento y notificación de los enfermos presuntivos de tuberculosis pulmonar no confirmados microbiológicamente. La presentación de los casos a la comisión requiere llevar la historia clínica o su resumen, con exámenes de esputos directos y cultivos, radiografía de tórax, prueba de tuberculina y otros exámenes realizados. De igual modo, el 10 de agosto de 1995 la Vicedirección Provincial de Higiene y Epidemiología envió una comunicación a todos los Directores Municipales de Salud de Ciudad de La Habana informando de la creación de la CODIBAARNE con todos los pormenores señalados.

Esta comisión realizó su primera sesión el 30 de agosto de 1995 con 2 enfermos presuntivos que no fueron considerados “casos de tuberculosis pulmonar”. El 27 de septiembre del propio año se integró a la CODIBAARNE el jefe del Programa de Control de la Tuberculosis de Ciudad de La Habana, doctor José I. Sevy Court (neumólogo).

El 21 de abril de 1996 ocurrió el lamentable fallecimiento del profesor Pedraza, siendo ocupado entonces su valioso espacio por la doctora Libertad Carreras Corzo, Neumóloga y Jefa del Grupo Nacional de Neumología, que se incorporó a la CODIBAARNE el 5 de junio.

En el período inicial consultaron solamente 18 casos hasta el 31 de diciembre de 1995; de ellos, 5 pacientes con diagnóstico clínico-radiológico remitidos de los policlínicos, fueron concluidos como “no tuberculosis”, y de 11 casos clínico-radiológicos remitidos de los hospitales, fueron concluidos 2 (18,2 %) como tuberculosis BAAR(-) y 9 (81,8 %) como “no tuberculosis”. Además, 1 paciente con diagnóstico previo BAAR(+) ratificado por la CODIBAARNE y 1 caso quedó con diagnóstico pendiente. Se debe señalar que los policlínicos trajeron 1 caso (20 %) que llevaba 10 d con tratamiento específico previo para TB y 10 casos (55,5 %) remitidos de los hospitales con tratamiento anti TB previo, oscilando el tiempo de tratamiento entre 15 d y 7 meses con un promedio de unos 3,5 meses. Estos casos deberían haber recibido solo tratamiento inespecífico hasta confirmar su diagnóstico.

En el quinquenio 1996-2000, los resultados del trabajo de la CODIBAARNE (Sevy J. Machado D, Carreras L, Sánchez de la Osa R, Fernández N, Rosas C, Suárez R. Tuberculosis BAAR negativa en Ciudad de la Habana. Quinquenio 1996-2000. 2001 Boletín Epidemiológico Semanal del IPK;11[34]:266-70) parecen confirmar su importancia. Del total de pacientes presentados por los médicos de los policlínicos fueron ratificados como casos de TB, 26,4 % (158/598), mientras que a los hospitales se les ratificó 54,2 % de los

casos (238/439). Globalmente, se ratificó 43,1 % (396/918) como tuberculosis activa, de estas 64,9 % pulmonar (BAAR- y BAAR+) y 35,1 % extrapulmonar, porque la práctica real impuso a la CODIBAARNE el estudio de estas últimas. Un aspecto interesante es, que los médicos de los policlínicos en 1996 presentaron a 16,4 % de sus casos con tratamiento específico previo, y ya en el 2000 solo 4,2 %. Así también los casos provenientes de hospitales en 1996, 74,2 % con tratamiento anti TB previo, lo que descendió en el 2000 hasta 1,7 %.

Desde nuestro punto de vista queda clara la importancia y utilidad de la CODIBAARNE, pues permite llevar hasta un grado mínimo posible el margen de error en el diagnóstico de certeza, al someterlo a la revisión clínica crítica de un grupo de especialistas experimentados en esa enfermedad con todo el beneficio que esto conlleva, tanto para el PNCT como para el paciente. Consideramos su creación, un importante jalón de las medidas de lucha contra la tuberculosis en la nación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González E, Armas L; García M. Breve recuento de las etapas históricas del programa de control de la tuberculosis. *Rev Cubana Med Trop.* 1993;45(1):49-54.
2. González E, Armas L, Baly A, Gálvez A, Álvarez M, Ferrer G. Impacto económico social del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en la población cubana. *Cadernos de Saude Publica Río de Janeiro* 2000;16(3):687-99.
3. Colebunders R, Bastian I. A review of the diagnosis and treatment of smear-negative pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4(2):97-107.
4. Siddiqi K, Lambert ML, Walley L. Clinical diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis in low income countries; current evidence. *Lancet Infections Diseases* 2003;3:288-96.