

Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con tuberculosis diagnosticada en el Hospital Provincial "Celia Sánchez Manduley"

Clinical and epidemiological characterization of patients with tuberculosis diagnosed in "Celia Sánchez Manduley" Provincial Hospital

MsC. Sahily Quintero Salcedo,^I Lic. Aracelis Reyes Castillo,^{II} MsC. Gladys Leidis Blanco Zambrano,^{III} MsC. Haidee Marrero Rodríguez^I y MsC. Jesús Ángel Quintero García^{IV}

^I Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas, Manzanillo, Granma, Cuba.

^{III} Hospital clinicoquirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley", Manzanillo, Granma, Cuba.

^{IV} Hospital Infantil Sur, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal de 63 pacientes con tuberculosis, atendidos en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente Universitario "Celia Sánchez Manduley" de Manzanillo, provincia de Granma, desde el 2009 hasta el 2011, con vistas a caracterizarles según factores clinicoepidemiológicos de interés. Entre las variables analizadas figuraron: edad, sexo, procedencia, factores de riesgo, formas clínicas de la tuberculosis, tipo de tuberculosis extrapulmonares y categoría de casos. En la casuística predominaron el sexo masculino, los grupos etarios de 45-65 años, procedentes en su mayoría de zonas rurales; la ingestión de alcohol como factor de riesgo asociado y las formas pulmonares con baciloscopia positiva como las formas clínicas más frecuentes. La mayoría de los casos notificados fueron nuevos.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, factor de riesgo epidemiológico, factor de riesgo asociado, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective and longitudinal study of 63 patients with tuberculosis, assisted in "Celia Sánchez Manduley" Teaching Clinical-Surgical University Hospital, Manzanillo, Granma province was carried out from the 2009 to 2011, aimed at characterizing them according to interesting clinical and epidemiological factors. Among the analyzed variables there were: age, sex, origin, risk factors, clinical forms of tuberculosis, type of extrapulmonary tuberculosis and cases category. Male sex, the age groups 45-65, most of them coming from rural areas; alcohol consumption as associated risk factor and the pulmonary forms with positive bacilloscopy as the most frequent clinical forms prevailed in the case material. Most of the confirmed cases were new.

Key words: lung tuberculosis, epidemiological risk factor, associate risk factor, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una de las infecciones humanas de gran preocupación para la sociedad, y aunque se conocen tratamientos que permiten curar a todos los enfermos, así como las bases científicas para su control en la comunidad, persiste como un problema de salud grave, pues actualmente, a escala mundial, es probable que haya más enfermos que hace 20 años. Hoy día se estima, que una tercera parte de la población mundial (cerca de 2 mil millones de personas) está infectada por el *Mycobacterium tuberculosis*.¹

Debido a una combinación de factores, tales como declive económico, colapso de los sistemas sanitarios, aplicación insuficiente de medidas de control de la TB, propagación del VIH/sida y emergencia de tuberculosis plurifarmacorresistente (TB-PFR); la enfermedad va en aumento en muchas economías en desarrollo y transición. Se estima que entre los años 2000 y 2020 alrededor de 1000 millones de personas podrían contraer la infección; 200 millones enfermarán a causa de la tuberculosis y unos 35 millones morirán por esta causa.²

Gracias a la instauración en Cuba del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis a partir de 1970, se ha logrado una disminución de la morbilidad y la mortalidad por esta causa, con una tasa de 4,7 por cada 100 000 habitantes en 1991; sin embargo, en 1992 su tendencia descendente se invirtió, debido a los problemas operacionales del programa, la falta de jerarquización y control en la base, así como algunas dificultades materiales en determinado momento, unido a la existencia de factores de riesgo en la comunidad ocurridos en años anteriores que llevaron al aumento de la incidencia de casos.³

Ahora bien, en los últimos años la tasa de incidencia ha disminuido, pues en el 2007 alcanzó 6,2 por cada 100 000 habitantes y en el 2010 fue de 7,3 por cada 100 000 habitantes.⁴

Por otro lado, la provincia de Granma ha mostrado tasas de incidencia de esta afección que han oscilado desde cifras muy bajas hasta valores altos como en los años 2009 y 2010. Así, en el 2009, la tasa de incidencia fue de 11,1 por cada 100 000 habitantes y en el 2010 de 10,2 por cada 100 000 habitantes, aportada en gran medida por los municipios Bayamo, Manzanillo, Niquero y Yara.⁵

En tal sentido, hoy Manzanillo es un municipio de alto riesgo de TB, a pesar de la implementación del programa de control y las acciones de salud encaminadas a prevenir dicha enfermedad. En el año 2011 la tasa de incidencia fue de 9 por cada 100 000 habitantes. En el Hospital "Celia Sánchez Manduley", ubicado en esta localidad, cada año se realiza el diagnóstico de una gran parte de los pacientes con esta afección, y no solo de esta ciudad, también en municipios aledaños, entre ellos Niquero y Yara, igualmente considerados de alto riesgo en los últimos años.

Resulta importante señalar que, en la mayoría de los casos no se puede determinar por qué una persona en particular desarrolla o no una tuberculosis después de haber sido infectada con el bacilo tuberculoso. Por otra parte, se han identificado una multitud de factores que aumentan el riesgo de progresión de una infección subclínica con *Mycobacterium tuberculosis* a la enfermedad tuberculosa; algunos de ellos pueden tener un impacto considerable debido a que no solo son factores potentes, sino que también pueden ser altamente prevalentes en la población general. Si bien otros pueden multiplicar en alto grado el riesgo, solo son considerados como curiosidades médicas con escaso valor para la salud pública, debido a que ocurren raramente; la importancia de un factor de riesgo para la salud

pública está determinada tanto por la fuerza de la asociación como por su prevalencia en la población.⁶

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal de 63 pacientes con tuberculosis, atendidos en el Hospital Clinoquirúrgico Docente Universitario "Celia Sánchez Manduley" de Manzanillo, provincia de Granma, desde el 2009 hasta el 2011, con vistas a caracterizarles según factores clinicoepidemiológicos de interés.

Entre las variables analizadas figuraron: grupos etarios, sexo, procedencia, factores de riesgo, formas clínicas de la tuberculosis y categorías de casos.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con 15 años y más notificados con TB en el hospital, según los criterios utilizados en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Cuba (PNCT), que residían en zonas urbanas y rurales de la provincia de Granma, así como estudiantes internos en la Facultad de Ciencias Médicas de dicha provincia.

Quedaron excluidos los pacientes y familiares que no aceptaron ser incluidos en la muestra, los que no reunieron los criterios para sostener el diagnóstico clínico, bacteriológico, radiológico, inmunológico y epidemiológico de tuberculosis y los que procedían de otras provincias o de otros países.

La información se obtuvo de los expedientes clínicos de los pacientes notificados como casos nuevos o recaídas, controlados en el registro de tuberculosis del Departamento de Estadísticas de la Dirección Municipal de Higiene y Epidemiología y del hospital.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra un predominio del sexo masculino (84,5 %) y los grupos etarios de 45-65 años (44,8 %), así como 26-44 (20,7 %), con una media de 49,2 años.

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

Edad (en años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-25	4	6,9	3	5,2	7	12,1
26-44	12	20,7	1	1,7	13	22,4
45-65	26	44,8			26	44,8
Más de 65	7	12,1	5	8,6	12	20,7
Total	49	84,5	9	15,5	58	100,0

En la casuística prevalecieron los afectados procedentes de la zona rural, con 55,2 %.

Con relación a los factores de riesgo (tabla 2), primaron la ingestión de bebidas alcohólicas y los contactos de casos con baciloscopia positiva, con 69,0 y 39,6 %, respectivamente.

Tabla 2. Pacientes según factores de riesgo

Factores de riesgo	No.	%
Ingestión de sustancias		
-Alcohol	40	69,0
-Tabaco	21	36,2
-Drogas		
Contactos de casos con bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) positivos	23	39,6
Desnutrición	21	36,2
Procedencia de prisiones	15	25,9
Antecedentes patológicos personales		
- Diabetes mellitus	9	15,5
- Cáncer	5	8,6
- Insuficiencia renal		
- Cirrosis hepática	1	1,7
- Tratamiento con esteroides	3	5,2
Fibrosis pulmonar por tuberculosis	6	10,3
Trabajador de salud	2	3,4
Infección por VIH/sida		

En el estudio se observó que 25 casos (43,1 %) fueron diagnosticados como TB pulmonar con BAAR positivo, seguidos de 21 con BAAR negativos; con la forma extrapulmonar hubo 12 pacientes, para 20,7 % y solo fueron diagnosticadas pleuresías tuberculosas.

También se analizaron los casos según su categoría con predominio de los nuevos (54 para 93,1 %).

DISCUSIÓN

Con relación al impacto epidemiológico, aunque en este país existen cifras de tuberculosis comparables con las de países desarrollados, en esta serie se encontraron enfermos no solo en la quinta y sexta décadas de la vida (donde la TB está ocasionada, fundamentalmente, por la progresión de una infección o reinfección exógena), sino también en la población joven. Llama la atención que esto ocurre cuando aparecen dificultades en la ejecución del programa de control y debe ser motivo de preocupación para todos porque de esta forma no se logrará erradicar la tuberculosis, debido a que en la comunidad existen pacientes infectados que tal vez en algún momento de su vida desarrollen la enfermedad. Es importante que la población con estas edades es la que tiene un gran peso en la rama productiva del país, lo que provoca un impacto negativo en la economía, pero el estado le brinda los servicios gratuitos a estos pacientes, además de pagar 100 % de su salario durante su tratamiento.^{7,8}

Durante mucho tiempo se ha planteado que el género es un factor predisponente para padecer tuberculosis; existen más hombres que mujeres con esta enfermedad, pero se han realizado pocos estudios para establecer si es debido a desigualdades. Según los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003 hubo 1,7 hombres con TB bacilífera por cada mujer, lo cual significa que existió 60 % más de pacientes masculinos enfermos que féminas. Para explicar este fenómeno se citan factores biológicos; en las mujeres la prevalencia total es más baja y el aumento con la edad es menos marcado que en los varones; ellas alcanzan su nivel máximo a los 40-50 años y ellos aumentan al menos hasta 60 años.^{9,10}

En la serie prevalecieron los casos procedentes de la zona rural, resultado que difiere de lo hallado en la bibliografía consultada. Esto puede deberse a que en la provincia de Granma existen extensas áreas rurales y predomina la labor agrícola; sin embargo, no es despreciable que 43,1 % proceda de zonas urbanas, lo que facilita los contagios interhumanos mediante la aglomeración y el hacinamiento, así como por la facilidad y rapidez de dispersión de los diseminadores de bacilos. También se puede transmitir la infección de forma indirecta, al disminuir las condiciones de resistencia del organismo frente al germen.^{11,12}

Respecto a la ingestión de bebidas alcohólicas, los resultados de este estudio coinciden con los de otros investigadores, dado el impacto biopsicosocial que tiene la ingestión de estas y aún más en la provincia, que tiene un índice importante de alcoholismo, factor de riesgo mediante el cual el individuo puede sufrir una degradación moral ante la sociedad, pérdida del rendimiento laboral, trastornos sexuales, pérdida de la higiene personal y descuido de los hábitos higiénico sanitarios.¹³ De los casos estudiados hubo 2 trabajadores de la salud que desarrollaron la enfermedad, hecho poco frecuente en este medio y que requiere de una vigilancia estricta, así como de la búsqueda de posibles causas que llevaron a estos resultados.

En cuanto a la variable VIH/sida, por ser un indicador de gran importancia a escala mundial, y aunque no incide sobre este país hasta el momento, no se debe descuidar la estrecha asociación que existe entre estas 2 enfermedades.^{14,15}

Por otra parte, el contacto con un caso de TB positiva es la forma de transmisión más importante para la tuberculosis, es por ello que las primeras medidas para romper la cadena epidemiológica del bacilo son evitar, controlar y tratar los contactos de casos bacilíferos. En Cuba uno de los aspectos del Programa de Control Nacional de TB se refiere al tratamiento de los individuos que fueran contacto de casos positivos y la evaluación periódica por 2 años.¹⁶

La mayoría de los casos de la serie fueron diagnosticados con esta afección al realizar el examen directo de las muestras de esputo, el cual constituye la forma de presentación más importante en la cadena de transmisión. Se sabe, que para tener buenos resultados en los indicadores operacionales del programa de control de la tuberculosis deben diagnosticarse más de 80 % de los casos como bacilo de Koch (BK) positivos en las áreas de salud de la atención primaria y no en los centros hospitalarios.¹⁷

En este estudio no se llegó a demostrar el bacilo directamente por el cultivo en los casos negativos; aspecto que constituye una debilidad del programa, pues no siempre se llegan a cultivar la totalidad de las muestras, a pesar de que este es el "diagnóstico de oro" en la tuberculosis por ser un método de concentración, que permite diagnosticar pacientes con poca población bacilar.

Por otro lado, al tener una baja incidencia de recaídas se constata que la mayoría de los pacientes con tuberculosis toman su tratamiento completo, uno de los requisitos fundamentales para evitar la reaparición de la misma. Las recaídas suponen la reaparición de la enfermedad clínica y de cultivos positivos significativos en un paciente que había sido alta por curación. Su frecuencia, incluso bajo una quimioterapia correcta, oscila entre 0 y 3 %, pero generalmente se manifiesta en los primeros 5 años posteriores a la quimioterapia, que está originada por bacilos persistentes no eliminados mediante el efecto de los fármacos. Un solo cultivo aislado no presupone recidiva y se considera como bacilo de escape.^{18,19}

Los casos BAAR negativos y extrapulmonares cerrados son de menor riesgo en la transmisión de la enfermedad. Las formas pulmonares con BAAR positivos de

presentación son las más importantes en la cadena de transmisión, pues son los pacientes expectoradores de bacilos los que transmiten dicha afección en la comunidad.

Cabe destacar que los resultados de esta investigación no concuerdan con trabajos realizados en otras provincias, tales como Matanzas, Habana y Santiago de Cuba; puede que se deba a que el estudio solo incorpora a pacientes ingresados en el hospital y que han pasado por una comisión para evaluar este tipo de enfermos, los cuales se pueden definir solamente por la clínica, la epidemiología, los hallazgos radiológicos y, en ocasiones, inmunológicos.²⁰

El número de casos de tuberculosis diagnosticados en el ámbito hospitalario es uno de los indicadores que debe disminuir al aplicar adecuadamente las medidas de control de la enfermedad. En este estudio predominaron los grupos etarios de 45-65 años y el sexo masculino, gran parte procedente de zonas rurales; la ingestión de bebidas alcohólicas fue el factor de riesgo principal y prevalecieron los casos nuevos, la mayoría de ellos presentaron tuberculosis pulmonar con bacteriología positiva.

Se recomendó diseñar estrategias de intervención comunitaria en todas las áreas de salud con énfasis en las de mayor incidencia de la enfermedad, para con ello, mejorar los indicadores recomendados por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y que la misma no constituya un problema de salud en este medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Programa regional de tuberculosis. OPS. 2009;11(4):1-3.
2. Organización Panamericana de la Salud. El control de la tuberculosis en las Américas. Boletín epidemiológico. 1998;19(2):1-8.
3. Getahun H, Gunneberg C, Granich R, Nunn P. HIV infection-associated tuberculosis: the epidemiology and the response. Clin Infect Dis. 2010;50 (supl 3):S201–S7.
4. Herchline T, Amorosa J. Tuberculosis: factores de riesgo. MEDSCAPE. 1993;7(2).
5. World Health Organization. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. WHO report 2009. Geneva:WHO;2009.
6. World Health Organization. The Global Plan to Stop TB, 2006–2015. Actions for life—towards a world free of tuberculosis. Geneva: WHO; 2008.
7. World Health Organization. Global tuberculosis control-surveillance, planning, financing. WHO report 2007. Geneva, Switzerland: WHO;2007.
8. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago EM, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, et al. Tuberculosis pulmonar. En: Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001, vol 2. p. 500-5.

9. Del Campo Mulet E, Toledano Grave de Peralta Y, Blanco Zambrano G, Nápoles Smith N, Ramos Arias D. Algunos factores epidemiológicos relacionados con la tuberculosis en la provincia de Santiago de Cuba (2005-2007). MEDISAN. 2010[citado 8 Oct 2013];14(4).
10. González E, Armas L, Llanes M, Borroto S, Sánchez L. Prioridades territoriales para la tuberculosis en Cuba: alternativas de estratificación con indicador único. Rev Esp Salud Pública. 2002;76(2):149-51.
11. Beldarraín Chaple E. Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 1998;24(2):97-105.
12. Montoro E, Lemus D, Echemendía M, Armas L, González Ochoa E, Llanes MJ, et al. Drug-resistant tuberculosis in Cuba. Results of the three global projects. Tuberculosis. 2006;86(3-4):319-23.
13. Corbett EL, Watt CJ, Walker N, Maher D, Williams BG, Raviglione MC, et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. Arch Intern Med. 2003;163(9):1009-21.
14. Palomino JC, Cardoso S, Ritacco V. Tuberculosis 2007. Sao Paulo: BourcillierKamps; 2007. p. 497-500.
15. Iseman MD. Tuberculosis. In: Cecil. Textbook of Medicine. 21ed. Philadelphia: WB Saunders, 1998:1724-32.
16. World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva: WHO; 2006.
17. Aaron L, Saadoun D, Calatroni I, Launay O, Mémain N, Vincent V, et al. Tuberculosis in HIV infected patients: a comprehensive review. Clin Microbiol Infect. 2004;10:388-98.
18. Brock I, Ruhwald M, Lundgren B, Westh H, Mathiesen LR, Ravn P. Latent tuberculosis in HIV positive, diagnosed by the M. tuberculosis specific interferon-gamma test. Respir Res. 2006;7:56.
19. Colebunders R, John L, Huyst V, Kambugu A, Scano F, Lynen L. Tuberculosis immune reconstitution inflammatory syndrome in countries with limited resources. Int J Tuberc Lung Dis. 2006;10(9):946-53.
20. Caminero Luna J. Guía de la tuberculosis para médicos especialistas. París: UICTER; 2003:312-23.

Recibido: 23 de enero de 2014.

Aprobado: 30 de enero de 2014.

Sahily Quintero Salcedo. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: quintero@medired.scu.sld.cu