

Título: Variables clínicas y epidemiológicas de la tuberculosis., ciudad habana. 2010

Autores: Isabel Reyes Rodríguez ^I; Marta Álvarez Sáez ^{II}; Migdalia Abreu Díaz ^{III}; Ana Lucia Peña Paredes ^{IV}; Jaquelin Guerra Acosta^V.

Centro de procedencia: Policlínico Docente "Julio Antonio Mella"

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el Policlínico Docente "Julio A. Mella" de Ciudad de La Habana, que incluyó características clínicas y epidemiológicas de los casos diagnosticados de tuberculosis en el año 2010, los cuales alcanzaron un total de 11 ,la forma clínica de presentación más frecuente fue la tuberculosis pulmonar con 10 casos(91%), destacándose el sexo masculino 10 para un 91%, la razón masculino :femenino es 5/1, todos los casos presentaron factores de riesgos, hubo un predominio del grupo de 15-49 años con 8(72,7%) casos, 9(81,8%) presentaron baciloscopia positiva, el Consejo Popular Villa I es donde se concentran la mayor cantidad de casos, el incremento de la enfermedad con respecto a igual etapa del año 2009 fue un 70,0 %.

Palabras clave: Reemergente/Baciloscopia positiva.

^I Especialista I Grado Medicina General Integral. Asistente. Policlínico Docente "Julio A Mella". Ciudad Habana, Cuba.

^{II} Especialista I y II Grado Higiene y Epidemiología. Profesor Auxiliar. Máster en Salud Ambiental. Policlínico Docente "Julio A Mella".

^{III} Especialista I Grado Medicina General Integral. Asistente. Máster en Atención Integral a la Mujer. Policlínico Docente "Julio A Mella".

^{IV}. Especialista I Grado Medicina General Integral. Asistente. Policlínico Docente "Julio A Mella".

^V Licenciada en Enfermería. Instructora. Policlínico Docente "Julio A Mella".

INTRODUCCIÓN

Una antigua enfermedad aniquila hoy más gente que nunca y retorna amenazadora. Más de 8 millones de nuevos casos de Tuberculosis (TBC) surgen anualmente, cerca de dos millones de personas mueren todavía de TBC, alrededor de un tercio de las personas de todo el mundo están infectadas con la bacteria que causa la TB, aunque solo un pequeño porcentaje de ellas alguna vez desarrolla la enfermedad¹.

La TBC es una enfermedad infectocontagiosa aguda, subaguda o crónica que puede afectar distintos órganos; pero preferentemente a los pulmones, con aspectos socio-económicos determinantes bien definidos en el mundo entero, causada por diversas especies del género *Mycobacterium*, todas ellas pertenecientes al Complejo *Mycobacterium tuberculosis*, la especie más importante y representativa, también denominado bacilo de Koch, descubierto por el Dr. Robert Koch² el 24 de marzo de 1882, por lo que la OMS declaró ese día como el Día Mundial de la Tuberculosis. Con la aparición del SIDA en 1980, se comenzó a comportar como una enfermedad reemergente, una vez que se encontraba controlada a índices muy bajos de infección. Los principales factores que influyeron fueron la crisis socio-económica, negligencias, falta de prioridad en los programas, multi-resistencia a los fármacos anti-TB, entre otros³. Cuba no está exenta de la situación mundial donde fue necesaria una revisión del programa de TB. En estos momentos la Atención Primaria de Salud (APS) tiene la Vigilancia Epidemiológica de sintomáticos respiratorios (SR+14) como un prioridad, teniendo como pilares los Objetivos de trabajo e indicadores para el 2011 del MINSAP⁴, alcanzar en el 80% de las áreas de salud el cumplimiento del total de los indicadores operacionales del programa. La

tendencia ascendente y predominante en esta área, motivó a profesionales de la APS a realizar un estudio clínico-epidemiológico de la enfermedad, para una posterior intervención intersectorial y comunitaria.

OBJETIVOS

General:

Caracterizar clínica y epidemiológicamente la Tuberculosis en el Policlínico Docente Julio A Mella durante el año 2010.

Específicos:

1. Identificar los casos diagnosticados según edad, sexo, color de la piel, ocupación laboral y Consejo Popular.
2. Describir los factores de riesgo presentes en los casos, formas clínicas de presentación, baciloscopia y evolución.
3. Analizar la incidencia de casos de Tuberculosis con respecto a igual etapa del año anterior.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de la Tuberculosis durante el año 2010, en el Policlínico Docente "Julio A. Mella" ubicado en el Municipio Guanabacoa. El universo estuvo conformado por los pacientes diagnosticados, se revisaron las encuestas epidemiológicas de los mismos. Las variables seleccionadas fueron, edad, sexo, color de la piel, Consejo Popular, ocupación, localización de la enfermedad, baciloscopia, evolución de la enfermedad y factores de riesgo asociados. Los datos fueron agrupados en tablas de contingencia, se analizaron mediante el programan Microsoft Office Excel,

tasas de incidencia, %, razones, P, procesados en un microcomputadora Pentium IV, e impresora EPSON LX-300, se exponen tablas y gráficos en anexos. Participó en este estudio un equipo multidisciplinario de cinco especialistas de la atención primaria de salud.

El presente trabajo cumple con los principios éticos que rigen en nuestro Sistema Nacional de Salud.

RESULTADOS

La tuberculosis afectó con mayor frecuencia a pacientes de 15-49 años 8 (72,7 %), predominaron los hombres 9 (81,4%), con predominio de pacientes de piel blanca en número de 7 (63,6 %), se diagnosticaron pacientes de piel negra 2(18,1%). Con relación a la ocupación, no tenían vinculo laboral 2 (18,1%), igual número corresponden a jubilados, el mayor grupo está constituido por obreros 4 (36,4%), de los tres Consejos Populares que tiene nuestra área de salud, Villa I tuvo 7 casos para un (63,6 %) seguido de Villa II con 3 casos para un (27,2 %) y por último Roble Chibas con solo un caso para un (9,1%).

Al analizar la frecuencia de la enfermedad, el 100 % de los pacientes presentaban factores de riesgo, contactos TB 3(27,2 %), con igual número de casos sociales, seguidos de seropositivos 2(18,1%), los alcohólicos, exreclusos y ancianos sólo reportaron uno respectivamente para un 9,1%.

Se diagnostican con baciloscopia positiva 9 pacientes, para un 81,8 %, al analizar la forma clínica de mayor incidencia, fue la pulmonar con 10 casos para un (91,0%), solo fue diagnosticado un caso con TB laríngea, la evolución fue a la curación de 10 pacientes (91,0 %) y un fallecido (9,1%).

La enfermedad se incrementó con respecto a igual etapa del año 2009, de una tasa de 6,7 x 10000hab a 24,5 x 10000hab.

DISCUSIÓN

La tuberculosis constituye un paradigma de la interacción de un agente exógeno y la respuesta inmunitaria del huésped. La infección por *M. tuberculosis* suele realizarse por vía aérea, declarada como enfermedad Reemergente que está afrontado el mundo. Se estima que en el mundo existe un 33% de personas infectadas por el micobacteria *tuberculosis*, por lo que está declarada la urgencia al nivel mundial^{1, 5}.

En el presente estudio la distribución de los pacientes por grupos de edades reveló un predominio de los pacientes en edades plenamente productivas, destacándose el grupo de 15- 49 años con 72,7 %, con significación estadística $p < 0,05$, coincidiendo con los reportes nacionales^{2,6} e internacionales donde el 75% de los casos está en el grupo más productivo⁶ de 15 a 50 años.

Con respecto al sexo hay un franco predominio del sexo masculino, para una razón 5/1, a diferencia de lo planteado por la OMS, que la tuberculosis es la enfermedad mayor asesina del mundo de las mujeres en franca edad reproductiva^{6,7}.

Con relación al color de la piel, enfermó un 71,4 % más de pacientes de piel blanca con relación a la negra y a la mestiza. A diferencia de lo planteado en otras publicaciones donde plantean que esta enfermedad no respeta color de la piel ni barrera geográfica⁸.

La ocupación predominante es la de obreros, seguida por los desocupados, en los cuales confluyen los bajos ingresos, hacinamiento y otros factores sociales,

en correspondencia con la literatura revisada que refleja que, junto con el hacinamiento, los malos hábitos dietéticos, la mala alimentación, pueden contribuir el fuerte vínculo observado entre la tuberculosis y la pobreza⁹. A su vez coincide con la tasa de incidencia que exhiben los dos Consejos Populares más afectados de nuestra área de salud como fue Villa I con 63,6 % seguido de Villa II con 27,2 %, que son los más densamente poblados de nuestro municipio, donde predominan los factores anteriormente mencionados⁹.

Con relación a los factores de riesgo predisponentes a la enfermedad, se encontró que estaban presentes en todos los pacientes, con mayor expresión los contactos TB 3(27,2 %), con igual número de casos sociales, seguidos de seropositivos 2(18,1%), los alcohólicos, ex reclusos y ancianos sólo reportaron uno respectivamente para un 9,1%, en oposición a estudios realizados en los Estados Unidos donde según los epidemiólogos de los CDC Eric Pevzner "El factor de riesgo de TB más comúnmente notificado fue el abuso de sustancias"², y que quienes abusaban de sustancias resultaron más contagiosos que otras personas con la enfermedad y la transmitían durante más tiempo.

Respecto a los exreclusos, este es un FR presente en la TB del área, de ahí la prioridad de la pesquisa activa de casos, siendo la acción de mayor importancia para la prevención y el control de la TB¹

La Baciloscopia fue positiva en un 81,8 %, coincidiendo como la técnica de elección para el diagnóstico rápido y el control del tratamiento de la tuberculosis pulmonar del adulto. Es simple, económica y eficiente para detectar los casos infecciosos¹⁰, por eso es la herramienta fundamental de un programa de control de tuberculosis.

La forma clínica que predomina es la pulmonar, lo cual coincide con la literatura revisada, donde expresa que la tuberculosis puede manifestarse en cualquier órgano, porque *M. tuberculosis* se disemina por todo el organismo; sin embargo, la enfermedad pulmonar es la más frecuente (80-85% de todos los casos diagnosticados) debido a que el bacilo necesita abundante oxígeno para multiplicarse.)^{2, 6, 7,9}.

La evolución de los pacientes participantes en el estudio fue a la curación en 10 casos (91,0 %), lo que supera lo planteado en la cuadragésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud (1991) que estableció como metas mundiales para el control de la TB para el año 2000, curar el 85%⁹ de los casos y reducir la transmisión de la enfermedad dentro de las comunidades y casos de TB infecciosa^{2, 5,7} No se apreció en el estudio fármaco resistencia, lo cual difiere de otros estudios donde las 786 cepas estudiadas correspondientes al periodo 1995-96, 763 pertenecían a pacientes clasificados como casos nuevos; de ellas, 700 (91,7%) resultaron sensibles a los cuatro medicamentos y 63 cepas (8,3%) presentaron algún tipo de resistencia. En relación a esto un grupo de expertos ha desarrollado un nuevo compuesto⁴ que impide el desarrollo del patógeno de la tuberculosis, los científicos europeos, estadounidenses y asiáticos indicaron que el compuesto impide el desarrollo de las paredes celulares del microorganismo, lo que puede conducir a la creación de nuevos fármacos para combatir la enfermedad^{6,11,12}.

En el presente estudio no hubo fallecidos con co-infección al VIH, lo cual difiere con lo planteado por los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos² en el 2006, en el que la TB se vio vinculada en muchos casos al VIH/SIDA, causando la muerte a 9,2 millones de personas en el mundo.

El incremento de la enfermedad, con respecto a igual etapa del año 2009, fue de un 70,0 %, la tasa de incidencia fue de 24,5 x 100 000 hab, en correspondencia con la situación mundial¹⁰ donde se reportan cada año un aumento en la tasa de incidencia de la enfermedad, se producen entre 8 y 10 millones de casos nuevos al año y el 50% de ellos son contagiosos^{1, 7}.

CONCLUSIONES

- Hubo un predominio del sexo masculino, al igual que la piel blanca, el grupo de 15- 49 años y los obreros, resultando el Consejo Popular Villa I el más afectado.
- Todos los pacientes tenían factores de riesgo de la enfermedad.
- La forma clínica que más se diagnóstico fue la pulmonar con baciloscopia positiva.
- La tasa de incidencia aumentó considerablemente respecto al año 2009

RECOMENDACIONES

Cumplir con el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Analizar con los líderes de los Consejos Populares de mayor tasa de incidencia, las posibles formas de mitigar los factores de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Manual de Normas y Procedimientos. La Habana 1999: 25-32.
2. Informe OMS para la TBC 2006. Consultado el 11-febrero 2011
3. MINSAP. Objetivos de trabajo e indicadores 2011.
4. Relacionan tuberculosis con abuso de sustancias, <http://archinte.ama-assn.org/>: Washington, enero 27/2009, ultimo acceso 17-febrero 2011.
5. Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson; & Mitchell, Richard N. (2007). *Robbins Basic Pathology* (8th ed.). Saunders Elsevier. pp. 516-522 ISBN 978-1-4160-2973-1
6. *BMC Infectious Diseases* 2004, 4:44. <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/4/44>,ultimo acceso 17-febrero 2011.
7. Evolution of Tuberculosis Control and Prospects for Reducing Tuberculosis Incidence, Prevalence, and Deaths Globally, *JAMA*, June 8, 2005—Vol 293, No. 22 2769.
8. Ramos José Manuel, Masía A. Mar, Rodríguez Juan Carlos, Padilla c Isabel, Soler Ma. José, Gutiérrez Félix, Tuberculosis en inmigrantes: diferencias clinicoepidemiológicas con la población autóctona (1999-2002) *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2004; 22: 315-8. ISSN: 0213-005X, Vol.22 Núm. 06.

9. Raviglione MC, O'Brien RJ (2004). «Tuberculosis». En Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Isselbacher KJ, eds.. *Harrison's Principles of Internal Medicine* (16th ed. edición). McGraw-Hill Professional. pp. 953–66. doi:[10.1036/0071402357](https://doi.org/10.1036/0071402357). ISBN [0071402357](https://www.isbn-international.org/product/0071402357).
10. *Manual para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis, normas y guía técnica parte 1 Baciloscopia, OPS-OMS 2008.*
11. Compuesto bloquea el patógeno de la tuberculosis, *Science*: <http://www.sciencemag.org/>, *Washington, marzo 20/2009 (EFE)*.
12. Montoro E., Echemendía M Lemus. *Vigilancia de la resistencia de Mycobacterium tuberculosis a las drogas antituberculosas en Cuba, 1995-1998*, *Biomédica* 2004, 24 (supl.), 80-4.