

Caracterización clínica de la tuberculosis en el municipio de Matanzas. Año 2010-2014

Clinical characterization of tuberculosis in the municipality of Matanzas. 2010-2014 years

Dra. Yanet Carmona Denis, Dr. Luis Enrique Moreno Peña, Dra. Lisset Méndez Fleitas, Dra. Carmen Rosa Escalona Robaina

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández.
Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la tuberculosis es la más antigua de las pandemias y causa alrededor de 1,7 millones de muertes y 9 millones de casos nuevos cada año constituyendo una enfermedad reemergente en Cuba por lo cual se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el municipio de Matanzas en el período comprendido entre enero 2010 a diciembre del 2014.

Objetivo: determinar el comportamiento clínico de la tuberculosis.

Materiales y métodos: el universo del estudio fue el total de 41 pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el municipio de Matanzas en el período estudiado y los datos fueron obtenidos del departamento de estadística del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología.

Resultados: predominó el sexo masculino con el 87,8% de los pacientes y el grupo de edades de 60 y más años con el 34,15 %. El grupo vulnerable más frecuente fue el de los alcohólicos 50,09% seguidos de los pacientes con 60 o más años con el 34,14%. Predominó el diagnóstico mediante el pesquisaje pasivo con el 65,85% de los pacientes. El síntoma más frecuente fue la tos en 85,35% de los pacientes seguido por

la expectoración y la disnea con 68,29% y 65,85% respectivamente. La tasa de defunción por tuberculosis en quinquenio estudiado fue 0,36 x 100000 habitantes.

Conclusiones: el diagnóstico de tuberculosis fue más frecuente en el sexo masculino, en el grupo etario de 60 años y más y en alcohólicos. Los síntomas más frecuentes fueron tos, expectoración y disnea. Predominó el pesquisaje pasivo en el diagnóstico.

Palabras claves: tuberculosis, diagnóstico, mortalidad.

ABSTRACT

Introduction: tuberculosis is the oldest of the pandemics and causes around 1.7 million of death and 9 million of cases every year, being a reemerging disease in Cuba. That is why a retrospective, descriptive, observational study was carried out in the municipality of Matanzas in the period between January 2010 and December 2014.

Objective: to determine the clinical behavior of tuberculosis.

Materials and methods: the universe of study was the total of 41 patients diagnosed with tuberculosis in the municipality of Matanzas in the studied period. Data were obtained from the Department of Statistics of the Municipal Center of Hygiene and Epidemiology.

Results: male sex predominated with 87.8 % of the patients in the age group of 60 years and more (34.15 %). The most vulnerable group was the one of the alcoholics with 50.09 %, followed by the patients aged 60 years or more, with 34.14 %. The predominating diagnosis was the one obtained through passive screening, for 65.85 % of the patients. The most frequent symptom was cough in 85.35 of the patients, followed by expectoration and dyspnea, with 68.29 % and 65.85 respectively. The death rate for tuberculosis in the studied five-year period was 0.36 x 100 000 inhabitants.

Conclusions: Tuberculosis diagnosis was more frequent in male sex, in the age group of 60 years-old and more and in alcoholics. The most frequent symptoms were cough, expectoration and dyspnea. Passive screening predominated in the diagnosis.

Key words: tuberculosis, diagnosis, mortality.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es la más antigua de las pandemias, causa alrededor de 1,7 millones de muertes y aparecen 9 millones de casos nuevos cada año; constituyendo la principal causa de muerte entre las enfermedades infecciosas bacterianas.¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en el mundo están infectados por la bacteria causante de la tuberculosis, unos 1.500 millones de individuos, lo que representa la tercera parte de la población mundial y cada año continúan apareciendo cerca de 10 millones de casos nuevos de la enfermedad con incidencias muy variables según países y continentes.² La TB es la enfermedad infectocontagiosa que causa más muertes en el mundo, después de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Al igual que con otras enfermedades, la TB puede verse influenciada por situaciones socioeconómicas que pueden hacer aumentar y disminuir tanto la prevalencia como la incidencia de la enfermedad.³ En la actualidad se considera una enfermedad re-emergente en casi todo el planeta y su alza ha sido atribuida a factores tales como las crecientes diferencias sociales, el incremento de la población mundial, el impacto de la pandemia de Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), la multidrogorresistencia y el manejo inapropiado de los programas de control.^{4,5}

Según el reporte mundial de control de la tuberculosis de la OMS, en el 2010 hubo 8,8 millones de casos de tuberculosis, 1,1 millones de muertes entre pacientes negativos para el VIH y 350 mil muertes por tuberculosis asociadas al VIH. En ese mismo año, el porcentaje de curación a nivel mundial fue de 86 % y la mortalidad de 11,7 %.

En la región de las Américas, la mortalidad por tuberculosis fue de 7,6 %.⁶ En las Américas se estiman un número de 280 000 nuevos casos TB cada año, de estos 38000 están asociados a VIH y 8.200 son resistentes a múltiples drogas, con un aumento de la incidencia en Brasil, Haití y Perú quienes reportan el 50% de los casos.⁷

Cuba, al concluir el año 2004, se ubicó como el país demás baja morbilidad de tuberculosis en América Latina, con tasas de incidencia y prevalencia de 6,5 y 5.0 por cien mil habitantes respectivamente. En los últimos años ha continuado descendiendo, y en el 2007 alcanzó nuevamente la tasa de 6,2 x 100 000 habitantes.⁸

Convirtiéndose en uno de los primeros candidatos para su eliminación antes del año 2015. La última etapa fue iniciada en el 2009 con el inicio del proyecto del Fondo Mundial de Fortalecimiento del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, como una oportunidad para fortalecer la red diagnóstica, la capacitación del personal de salud, la localización de casos en grupos vulnerables y la elevación de la percepción de riesgo en la población.⁹ La provincia de Matanzas reportó 27 nuevos casos, para un índice de prevalencia de 3,9 x 100 000 habitantes en el año 2010, comportándose de manera favorable respecto al resto de las provincias de país, ofreciendo mejores resultados las provincias de Santi Spiritus, Camagüey y el municipio especial Isla de la Juventud.¹⁰

El municipio de Matanzas aportó un total de 9 casos en el 2010 ocupando dentro de la clasificación de municipios de alto, mediano y bajo riesgo la segunda de estas categorías, con una tasa entre 4 y 6,9 x 100.000 habitantes.¹¹ Hasta el cierre de febrero del año 2014 fueron confirmados 4 nuevos casos en la provincia de Matanzas.¹⁰

En la actualidad la tuberculosis se considera una enfermedad re-emergente en casi todo el planeta, a lo que no escapa Cuba. El municipio de Matanzas ha tenido una tasa de incidencia estática en los últimos 5 años, manteniéndose entre 4 – 6,9 por cada 100 000 habitantes. Si se tiene en cuenta que el objetivo del Programa en el municipio de Matanzas es disminuir la incidencia anual a 1 bacilífero por cada millón, el autor considera necesario la realización de un estudio sobre el comportamiento clínico de la TB en el municipio, que nos permita contribuir al mejoramiento la sospecha clínica de los casos e incrementar el pesquizaje activo y los indicadores del Programa para esta enfermedad. Por ello se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar el comportamiento clínico de la tuberculosis en el municipio de Matanzas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el municipio de Matanzas en el período comprendido entre enero 2010 a diciembre de 2014. Se tomó como universo los 41 pacientes con diagnóstico de tuberculosis tanto pulmonar como extra pulmonar durante el período de enero de 2010 a diciembre de 2014. Se trabajó con el total del universo por tanto no se realizó selección de muestra. Los datos fueron obtenidos del departamento de estadística del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología, los cuales fueron recogidos en una encuesta creada por el investigador con el objetivo de caracterizar la tuberculosis en estos pacientes en relación con algunos aspectos como su distribución según edad y sexo, factores de riesgo, principales síntomas manifestados y tipo de pesquisa. Posteriormente se descargaron en una base de datos confeccionada en Microsoft Access para este fin. Para el análisis estadístico se usaron frecuencias absolutas y relativas, así como tasas de mortalidad, calculadas para 100.000 habitantes. Los datos fueron procesados en el paquete Microsoft Office 2010 y mostrados en forma de tablas para su mejor comprensión.

RESULTADOS

En la tabla 1, el 87,8% de los pacientes correspondió al sexo masculino y el 30% restante al sexo femenino. El mayor número casos se registró en el año 2011 con 34,14% seguido del 2010 con 21.95% y a partir del año 2012 se produjo un descenso de casos que llegó hasta el 7,31% en el 2014.

Tabla 1. Distribución de casos de tuberculosis según sexo. Municipio Matanzas. Año 2010-2014

Año	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
2010	9	21,95	-	-	9	21,95
2011	11	26,82	3	7,31	14	34,14
2012	7	17,07	1	2,43	8	19,51
2013	6	14,63	1	2,43	7	17,07
2014	3	7,31	-	-	3	7,31
Total	36	87,8	5	12,2	41	100

En la tabla 2 se observa que predominó el grupo de edades de 60 años o más con 34,14% seguido por los pacientes de 40-49 años con 26,82%.

Tabla 2. Distribución de casos de tuberculosis según grupos de edades

Grupos de edades	No.	%
<20	1	2,43
20-29	2	4,87
30-39	10	24,39
40-49	11	26,82
50-59	3	7,31
≥60	14	34,14
Total	41	100

Se muestra en la tabla 3, el grupo vulnerable más frecuente en los pacientes diagnosticados con tuberculosis fueron los alcohólicos con 50,09% seguidos de los pacientes con 60 o más años con el 34,14%.

Tabla 3. Distribución de casos de tuberculosis según grupos vulnerables

Grupos vulnerables	No.	%
≥ 60 años	14	34,14
Contactos de casos TB activa	4	9,75
Asentamientos críticos	7	17,07
Personal institucionalizado	2	4,87
Diabetes Mellitus	6	14,63
Insuficiencia Renal Crónica	3	7,31
VIH/SIDA	3	7,31
Otros inmunocomprometidos	3	7,31
Ex reclusos	12	29,26
Alcohólicos	23	56,09
Fumador	12	29,26
EPOC	8	19,51
Trabajador de salud	2	4,87
TB antigua	4	9,75

N=41

Predominó el diagnóstico de tuberculosis mediante el pesquiasaje pasivo con el 65,85% de los pacientes, esto se observa en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de casos de tuberculosis según tipo de pesquiasaje

Tipo de pesquiasaje	No.	%
Activo	14	34,14
Pasivo	27	65,85
Total	41	100

En la tabla 5 se observa que el síntoma más frecuente fue la tos que se presentó en 85,35% de los pacientes seguido por la expectoración y la disnea con 68,29% y 65,85% respectivamente.

Tabla 5. Distribución de casos de tuberculosis según frecuencia de los síntomas

Síntomas	No.	%
Tos	35	85,35
Expectoración	28	68,29
Hemoptisis	6	14,63
Dolor torácico	18	43,90
Disnea	27	65,85
Astenia	18	43,90
Fiebre	16	39,02
Otros	5	12,19
Asintomáticos	1	2,43

N=41

La tasa de defunción por tuberculosis en quinquenio estudiado fue 0,36 x 100000 habitantes y se registró un fallecido en los años 2010,2011 y 2014 donde la tasa llego hasta 0,6 x 100000 habitantes. Estos resultados se pueden ver en la tabla 6.

Tabla 6. Defunciones y tasa de mortalidad por tuberculosis.

Año	Defunciones	Tasa x 100000 hab.
2010	1	0,6
2011	1	0,6
2012	-	-
2013	-	-
2014	1	0,6
Quinquenio 2010-2014	3	0,36

Departamento archivo del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología de Matanzas

DISCUSIÓN

Referente al sexo se evidencia en la muestra un predominio del sexo masculino sobre el femenino, siendo aproximadamente siete veces mayor el número de casos en el primero. Se reportan comportamientos similares en estudios nacionales realizados en las provincias de Ciudad de la Habana, Villa Clara, Ciego de Ávila y Santiago de Cuba sin embargo otros reportan una incidencia bastante similar en ambos sexos sobre todo en los casos de tuberculosis extra pulmonar.^{8,11,12} Somos del criterio de que el predominio en el sexo masculino ocurre como consecuencia a un mayor número de factores de riesgo presentes en esta población; tales como el tabaquismo, el alcoholismo, VIH/SIDA, añadiéndose el hecho de que la población penal masculina supera a la femenina. Todos estos aspectos se ponen en evidencia en nuestro estudio

al observar que más del 80% de los pacientes estudiados, pertenecen al sexo masculino.

Al realizar la comparación de pacientes diagnosticados de tuberculosis se tiene que en nuestro estudio existió un predominio del grupo comprendido entre los 60 y más años, mostrándose de esta manera a nivel de país donde las personas con 65 años y más alcanzan un tasa de 11,5 x 100000 habitantes.¹⁰ Por tanto los resultados pueden depender del aumento de expectativa de vida de la población cubana a la altura de países desarrollados y el envejecimiento poblacional que muestra el país y la provincia en particular que se encuentra entre las cinco más envejecidas del país, constituyendo los ancianos el mayor por ciento de la muestra estudiada. La bacteria responsable de la enfermedad tiene una mayor preferencia por los ancianos y los niños, los primeros son más propensos a sufrir desnutrición por cualquier causa, inmunodepresión, además de la comorbilidad de enfermedades crónicas asociadas tales como, *diabetes mellitus*, insuficiencia renal crónica, neoplasias y lesiones fibróticas residuales.

Existe además en estas edades la posibilidad de haber sido tuberculosos antiguos y presentar una reactivación endógena debida a la ocurrencia de la primoinfección en la infancia al no estar vacunados con la BCG. En estudio realizado en la población perteneciente al Policlínico Universitario Vedado. El grupo de edad más afectado es el de 65 años y más coincidiendo con lo encontrado en nuestra serie.¹²

En estudio realizado en Estados Unidos el grupo de edad más afectado fue el de 70 años y más, presumiblemente por la reactivación de infecciones latentes de comienzos de la vida.¹³

La bibliografía consultada describe una serie de factores de riesgo que predisponen a enfermar de tuberculosis donde resaltan las inadecuadas condiciones socioeconómicas, la presencia de enfermedades crónicas asociadas como la *diabetes mellitus* y enfermedades respiratorias crónicas, los hábitos tóxicos y más recientemente la coinfección con el VIH/SIDA.^{14,15} En este estudio el 100% de los casos con diagnóstico de tuberculosis pertenecía al menos a un grupo vulnerable, con un predominio de los alcohólicos, mayores de 60 años, fumadores y reclusos en orden de frecuencia; coincidiendo con la bibliografía nacional e internacional consultada.

No se comportó de la misma manera el grupo vulnerable correspondiente a los pacientes con coinfección VIH-SIDA/TB donde solo se reportaron 3 casos, mostrando una baja incidencia en comparación la alta incidencia de coinfección que muestran los países subdesarrollados tanto en América como en el resto del mundo donde esta enfermedad cobra tantas vidas.^{9,13,14} Esto sustenta la prioridad que le da el programa nacional cubano de tuberculosis (PNCTB) a este grupo de riesgo en particular tanto a través de pesquisa activa como en la indicación de tratamiento profiláctico en pacientes con diagnóstico de VIH y riesgo de contraer la enfermedad, además de una prevalencia relativamente baja de VIH en la población. Un comportamiento similar se observa en estudios nacionales realizados donde al analizar los factores de riesgo, fueron los alcohólicos los que más incidieron con 22,2%, seguido de reclusos (17,5%), trabajadores de salud (14,3%), contacto de TB y malas condiciones socioeconómicas con el 12,7%, cada una, otras que incidieron de forma significativa.⁸ Llama la atención el hecho de que más del 65% de los pacientes se diagnosticaron a través del pesquijaje pasivo, si tenemos en cuenta que dentro de las funciones del médico de familia y/o su enfermera según PNCTB se encuentra garantizar la localización de casos a través de la identificación y notificación de SR+14 y la pesquisa

activa en grupos de riesgo, con especial atención al anciano, contactos de casos de TB BAAR+, contactos de reclusos, ex reclusos, seropositivos al VIH y personas con internamiento prolongado no es difícil concluir que existe una falla en el programa desde el área de salud.

En cuanto a los síntomas sugestivos de tuberculosis predominó la tos que apareció en el 89,7% de los casos seguido por la expectoración 71,8% y la disnea 69,2%. En estudios nacionales revisados se observa un comportamiento bastante semejante siendo los principales síntomas quejados por los pacientes: la fiebre en 50,8% y con frecuencia muy similar a este estudio la astenia en el 44,4%.¹²

Teniendo en cuenta que un porcentaje cercano a la totalidad de los pacientes presentó síntomas sugerentes de tuberculosis, no se justifica que el mayor porcentaje se halla diagnosticado de manera pasiva lo cual al criterio de la autor se debe a falla en la Atención Primaria de Salud como se expresó anteriormente. En el informe Mundial OMS sobre la tuberculosis 2012, señala que ocurrieron en 2011 aproximadamente 1,4 millones de muertes, de las cuales medio millón en mujeres. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años.¹¹ En este estudio solo fallecen 3 pacientes durante el quinquenio estudiado alcanzando tasas similares al resto del país y bajas con respecto a otros países subdesarrollados lo cual en opinión del autor está relacionado con la existencia de un programa nacional de control de la tuberculosis que rige el seguimiento estricto de los casos diagnosticados con tratamiento supervisado y la existencia de una Comisión Provincial que da seguimiento al 100 % de los casos. Concluimos que en el estudio realizado el diagnóstico de tuberculosis fue más frecuente en el sexo masculino, siendo el más afectado el grupo de edades de 60 años y más. Los factores de riesgo que predominaron en orden de frecuencia fueron alcoholismo, los mayores de 60 años, fumadores y reclusos. Más de la mitad de los casos BK+ se pesquisaron de forma pasiva, evidenciando una falla del PNCTB. Los síntomas más frecuentes fueron la tos, seguido por la expectoración y la disnea en orden de frecuencia. El municipio de Matanzas alcanzó tasas de mortalidad correspondientes a las alcanzadas a nivel de país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Bope E T, Kellerman R. Conn ´s Current Therapy [Internet]. USA: Elsevier; 2017 [citado 15 Ene 2017]. Disponible en: <https://www.elsevier.ca/ca/product.jsp?isbn=9780323527699>
- 2- Rozman C, Cardellach F. Farreras-Rosman. Medicina Interna Decimotava edición. España: Elsevier Barcelona; 2016.
- 3- Castañeda DM, Tabón D, Rodríguez AJ. Asociación entre incidencia de Tuberculosis e Índice de Desarrollo Humano en 165 países del mundo. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 15 Mar 2016]; 30(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a04v30n4.pdf>

- 4- Vicente E, Rodríguez AL, Sánchez E. Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Interna. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2016.
- 5- Villa L, Trompa IM, Montes FN. Análisis de la mortalidad por tuberculosis en Medellín, 2012. Biomédica [Internet]. 2014 [citado 15 Mar 2017]; 34(3): 425-32. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2336>
- 6- Noya ME, Moya NL. Roca Goderich Temas de Medicina Interna. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2017.
- 7- Ramírez M, Menéndez A, Noguero A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2015 [citado 15 Mar 2017]; 17(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1575-06202015000100002
- 8- Campo y, Toledano Y, Blanco G. Algunos factores epidemiológicos relacionados con la tuberculosis en la Provincia de Santiago de Cuba (2005-2007). MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 15 Mar 2017]; 14(4): 439. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000400004&nrm=iso
- 9- Global tuberculosis report 2014 [Internet]. USA: OMS [citado 15 Mar 2017]; 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/137094>
- 10- Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 2015.
- 11- Organización Mundial de la Salud. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 [Internet]. Ginebra: Repositorio Institucional para Compartir Información; 2015 [citado 15 Jun 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43438>
- 12- Rodríguez JE, China G, Zamora S. Algunos factores epidemiológicos de la tuberculosis en el municipio de Morón. MEDICIEGO [Internet]. 2013 [citado 15 Feb 2017]; 19(1). Disponible en: www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=43246
- 13- Goldman I, Schafer AI. Goldman-Cecil Medicine. 25th edition. USA: Elsevier Saunders; 2016.
- 14- Programa Nacional y Normas de procedimientos para la Prevención y Control de la Tuberculosis. La Habana: MINSAP; 2013.
- 15- World Health Organization. Fluorescent Light-Emitting Diode (LED) Microscopy for Diagnosis of Tuberculosis Policy: Policy Statement. Ginebra: OMS; 2011.

Recibido: 9 /2/18

Aprobado: 24/5/18

Yanet Carmona Denis. Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez. Carretera Central Km101.Matanzas.Correo electrónico: ycarmona.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Carmona Denis Y, Moreno Peña LE, Méndez Fleitas L, Escalona Robaina CR. Caracterización clínica de la tuberculosis en el municipio de Matanzas. Año 2010-2014. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 May-Jun [citado: fecha de acceso]; 40(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2611/3864>