

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS GUANTÁNAMO

COMPORTAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA PROVINCIA GUANTÁNAMO DURANTE EL AÑO 2009

Dra. Virgen Xiomara Duany Sanchez¹, Lic. Luis Manuel Bucheró², Lic. Roger Didsey Rodríguez Duany³, Manuel Basulto Velásquez⁴, Yalina Letourneaut Castellanos.⁵

1 Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Higiene General y Administración de Salud. Asistente

2 Máster en Ciencias de la Educación. Licenciado en Química.

3 Licenciado en Medicina Física y Rehabilitación.

4 Estudiante de Quinto año de Medicina.

5 Estudiante de Quinto año de Medicina.

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo en la provincia de Guantánamo con el objetivo de conocer la incidencia de tuberculosis (TB) pulmonar durante el año 2009 y determinar cuáles son los municipios y grupos de edades más afectados. Los datos se procesaron en una computadora utilizando el sistema estadístico SPSS 15.0, los resultados se presentan en tablas, predominando el municipio Guantánamo y el grupo de edad de 65 años y más, el municipio más afectado es el de Guantánamo seguido de Baracoa, el mayor número de casos es diagnosticado en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", la TB Pulmonar BK+ fue la de mayor porcentaje, se reportaron 4 casos de recaídas, los municipios Baracoa y Caimanera reportan indicadores adecuados del programa.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, recaída.

INTRODUCCIÓN

La TB Pulmonar es una enfermedad infecciosa causada por el *mycobacterium tuberculosis* que se caracteriza por inicio solapado y discretos síntomas generales. Un inicio agudo con tos, expectoración hemoptoíca, hemoptisis franca, dolor torácico, fiebre alta, astenia y anorexia y la forma especial de inicio, neumonía TB. Los principales factores de riesgo de esta enfermedad son los niños menores de 5 años y adultos mayores de 65-70 años, los inmunodeprimidos, fumadores, población normal, entre otros.¹

Actualmente la TB pulmonar a nivel mundial se mantiene como un grave problema de salud pública mundial y un tercio de la población mundial está infectada con 8.9 millones de nuevos casos anuales, el 80 % reportado en 22 países, 1.7 millones de fallecidos, 98 % en países en vías de desarrollo. Hay 250 000 muertes asociadas a la coinfección TB/VIH/sida. Se estiman de 2 a 3 millones de casos en África, África Subsahariana, el 27 % del total mundial, con medio millón de muertes anuales asociadas al VIH/sida.²

Cuba esta considerada por la Organización Mundial de la Salud como país de baja prevalencia, por tener tasas debajo de 24×10^5 habitantes. La evolución de la TB pulmonar en Cuba muestra una tendencia descendente hasta el año 1991, la incidencia se incrementa de una tasa de 5×10^5 habitantes, a 14.3 en 1994, multicausal asociado a las dificultades económicas del país, reactivaciones endógenas en adultos de la tercera edad. Con la revitalización del programa en 1993 y 1995, detiene el incremento de casos hasta lograr una tasa de 6.7×10^5 en 2007 y 6.9×10^5 en el 2008. La cobertura de vacunación Bacilo Calmete Guerin (BCG) es superior al 98 %.

En los últimos dos años se incrementaron las casos de TB/ VIH/sida. La mortalidad se mantiene con tasas por debajo de 1×10^5 habitantes.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de las principales variables asociadas a la TB pulmonar en la provincia Guantánamo en el año 2009.

El universo está constituido por el total de pacientes diagnosticados en la provincia en el año 2009 en al provincia de Guantánamo según series cronológicas.

Para describir el comportamiento de la morbilidad se utilizan medidas de resumen para variables continuas (números absolutos, porcentaje y tasas).

Los datos son procesados en una computadora Pentium IV, con sistema operativo Windows XP profesional, además de utilizar el programa EPINFO versión 2002. Se utiliza el número absoluto y el porcentaje como medida de resumen de variables cualitativas.

Se realiza una amplia revisión bibliográfica sobre el tema con la literatura disponible en la biblioteca de la Universidad Médica, CPHEM, así como las existentes en formato digital.

La recogida de los datos se realiza por la autora de la investigación mediante la revisión de las series cronológicas existentes en el CPHEM.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La TB pulmonar es una enfermedad muy difundida en todo el mundo que crea un gran problema de salud principalmente en países subdesarrollados.

Grupos vulnerables más afectados: ancianos, alcohólicos, diabéticos, pacientes con insuficiencia renal, inmunodeprimidos (fumadores, desnutridos, EPOC, neoplasias) VIH, contacto de TB, trabajadores de salud, instituciones cerradas, asentamientos críticos (prisiones), exreclusos, o medicamentos antirrechazo administrados después de un trasplante de órgano.

La mayor incidencia de TB pulmonar se reportó en el año 2009 con una tasa de (4.67) x 100 000 habitantes contra (3.12).en igual período que el año anterior.

El grupo de edad más afectado fue el 45-54 años con 7 casos y tasa 11.78 x 100000 habitantes, seguido del grupo de 65 y más años con 6 casos y tasa de 12.8 x 100 000 habitantes.

Los municipios más afectados fueron Guantánamo con 19 casos y tasa de 7.51 x 100 000 habitantes, seguido de Baracoa con 4 casos y tasa de 4.87 x 100 000 habitantes. No se reportan casos graves de TB.

Según la localización de la TB pulmonar se puede decir que la TB pulmonar BK+ fue la de mayor incidencia en la provincia (62.5 %) seguida de la BK- con un (33.3 %). El lugar de diagnóstico de la TB BK+ fue en el Hospital (60 %).

El municipio que más casos de BK diagnosticó fue Guantánamo (80 %), seguido de Baracoa.

Con relación a la vigilancia epidemiológica de la TB se puede decir que existió

- % abandonos - 0
- % fracasos - 0
- % recaídas - 4 (16.6)
- mortalidad - 0
- coinfección TB-sida-0
- TB infantil -15 años -0
- Casos en prisión: 1 caso (recaída) y 2 caso de la incidencia

En los Municipios de Baracoa y Caimanera se exhiben los mejores indicadores del programa en la provincia. Esto demuestra que a los casos que acuden a consulta se les realiza la captación de SR+14 y se les toman las muestras como establece el programa.

En las prisiones se debe de tener una constante vigilancia epidemiológica por ser este grupo susceptible a padecer la TB pulmonar, apareciendo en el período estudiado 3 casos confirmados.

En los últimos años surge en el mundo la emergencia o reemergencia de eventos epidemiológicos entre ellos el incremento de la TB que ha vuelto ha surgir como problema sanitario de primera magnitud, tanto en los países en vías de desarrollo, como en los desarrollados.⁴

Varios factores dentro de los que se destacan los socioeconómicos y el abandono de los programas de control, determinan este fenómeno, Nuevos acontecimientos como el sida y la multiresistencia a los medicamentos agravan esta situación.⁵

Se estima que la tercera parte de la población mundial es infectada por el *Micobacterium Tuberculosis* y que antes de finalizar el presente siglo surgirán 90 millones de casos nuevos de la enfermedad, con 30 millones de defunciones .Para la región de la Américas la Oficina Sanitaria Panamericana estiman que 400mil personas enfermaron de tuberculosis en 1996 y mas de 60 mil mueren anualmente por esta causa, en edades productivas de la vida.

En los Estados Unidos, hay aproximadamente 10 casos de TB por cada 100.000 personas, sin embargo, las tasas varían tremendamente por áreas de residencia y clase socioeconómica.

En el enfrentamiento de esta amenaza y su progresiva extensión regional, motivada por la pobreza, la creciente desigualdad, programas de control inadecuado, incremento de la población mundial e impacto de la pandemia del VIH la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó en 1993 el estado de emergencia global y exhortó a cada país al control de la TB mediante la aplicación del conjunto de medida de eficacia comprobada, enmarcadas en la estrategia DOTS (Sistema de tratamiento Directo Observado) de la propia OMS.⁸

Aunque en las revisiones bibliográficas y en la provincia donde se realiza el estudio no aparece la TB como una de las 10 primeras causas de muerte en Cuba y en el mundo, se conoce que a pesar de mostrar una tendencia ascendente, la morbilidad se mantiene como un problema sanitario, más aún teniendo en cuenta la oculta y que un enfermo puede transmitir la infección a 10-15 personas si no recibe tratamiento oportuno^{7,9}; hecho revelador de la importancia que reviste la educación para la salud en las áreas donde se han detectado portadores del bacilo en los últimos tiempos.

Las tasas de incidencia de TB en Cuba se mantiene por debajo de 10 por 100 000 habitantes durante los últimos años, por ello es considerado como un país de baja prevalencia y se proyectado alcanzar la meta de eliminación establecida por la OMS (tasa menor de 5 x 100 000 habitantes) para el 2015.

La tendencia a la disminución de la incidencia detectada en este estudio, constituye una evidencia de la posibilidad de erradicación de esta enfermedad en el país, realidad que no comparten otros países de la región.⁵⁻⁷

Estos resultados coinciden con otros autores como Borroto y Coll que estudiaron la TB pulmonar y obtuvieron una mayor morbilidad.

CONCLUSIONES

- Existió mayor incidencia de casos de TB en el año 2009 con respecto al 2008.
- El municipio que reportó el mayor número de casos fue Guantánamo y los grupos de edades fueron de 45-54, 65 y más años.
- El mayor diagnóstico se reportó en la atención hospitalaria.
- En prisiones existió un alto índice de casos de TB.
- Los indicadores del programa nacional se cumplen en los municipios de Caimanera y Baracoa.

RECOMENDACIONES

- ❖ Continuar insistiendo en las acciones de promoción sobre los grupos de riesgo para evitar la aparición de nuevos casos en la provincia.
- ❖ Generalizar a las unidades de salud la actualización educativa sobre la TB Pulmonar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Programa Nacional Central contra la tuberculosis. Braz J. 2008; 28: 277-82.
2. Álvarez Sintés R. Tuberculosis pulmonar. En: Temas de medicina general Integral. v2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. P.500-5.
3. Organización Panamericana de la Salud. La tuberculosis necesita ser enfrentada: evitemos que sea un mal incurable. Washington, DC: OPS; 2008.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de la Tuberculosis Pulmonar en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p.107.
5. Zúñiga MM, Rojas EM. Programa contra la tuberculosis en el 2000. Avances hacia su eliminación. Rev Chil Enf. Res. 2008; 18: 55-63.
6. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis: capitán de los ministros de la muerte vinculados a la pobreza. Washington, DC:OPS; 2009.
7. Haití. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Manual de Normes du Programme National de Lutte Contre la Tuberculose. Puerto Príncipe: Ministère de la Santé Publique et de la Population; 2008.
8. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la segunda reunión. Stop tuberculosis en las Américas, Brasil. Washington, DC: OPS; 2006.
9. Sant'Anna CC. Diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. En: Tuberculosis en la infancia y adolescencia. Río de Janeiro: Ateneo; 2005. P.69-82.

10. Borroto Gutiérrez S, Armas Pérez L, González Ochoa E, Peláez Sánchez O, Arteaga. Manual de capacitación UICTER. Diagnóstico de TB. 2008.
11. Toledo Curbelo. Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
12. Programa Nacional de la Tuberculosis. Manual de Normas y Procedimientos. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2007.
13. Reid A, Scano F, Getahun H. Towards universal access to HIV Prevention, treatment, care and support: the role of tuberculosis, HIV collaboration. The Lancet Infectious Diseases [internet]. 2006 [citado 23 diciembre 2005]; 6: 483-495. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473309906705497/fulltext>
14. Yero AL, Sevy Court J. Distribución y tendencia de la tuberculosis por grupos de edades y por municipios en Ciudad de la Habana. Cuba. Rev Esp Salud Pública (Madrid). 2008; 74(5,6).
15. Alcaide J, Altet MN, Canela I. Epidemiología de la tuberculosis. An Esp Pediatr. 2007; 53:449- 457.
16. Moreno L. Desde las fuerzas mágicas hasta Roberto Koch: Un enfoque Epidemiológico de la tuberculosis. Rev Inst Nal Enf Res Méx. 2004; 17(2):117-125.
17. Marrero Figueroa A, Carreras L, Santín M. El programa de control de la tuberculosis en Cuba. Rev Cubana Med Gen Intgr. [Internet]. 2008 [citado 23 marzo 2011]; 4 (12): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_4_96/mgi10496.htm (Acceso: 5 de septiembre 2006).
18. Álvarez Gordillo GC, Dorantes Jiménez JE, Molina Rosales D. La búsqueda de atención para la tuberculosis en Chiapas, México. Rev Panamericana de la Salud. 2007; 9 (5):22-30.

Tabla 1. Incidencia de tuberculosis pulmonar en Guantánamo.

2008		2009	
No.	TASA	No.	TASA
16	3.12	24	4.67.

Tabla 2. Municipio y grupo de edades.

MUNICIPIO	≤ 15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥ 65	Total	Tasa
Guantánamo	-	3	4	-	6	-	6	19	7.51
Yateras	-	-	-	-	1	-	-	1	4.82
Baracoa	-	1	1	1	-	-	-	4	4.87
<i>Total</i>	-	4	5	1	7	-	6	24	-
<i>Tasa</i>	-	4.6	5.3	1.1	11.7	-	12.8	4.67	-

Tabla 3. Localización.

Tipo	No.	%
TB Pulmonar Bk+	15	62.5
TB Pulmonar Bk-	8	33.3
TB Extra Pulmonar	1	4.1

Tabla 4. Lugar de diagnóstico BK+.

MUNICIPIO	APS	%	HOSPITAL	%	TOTAL	%
Guantánamo	4	33.3	8	66.6	12	80
Yateras	-	-	1	100	1	6.6
Baracoa	2	100	-	-	2	13.3
<i>Total</i>	<i>6</i>	<i>40</i>	<i>9</i>	<i>60</i>	<i>15</i>	<i>100</i>

Tabla 5. Indicadores de casos de tuberculosis pulmonar.

MUNICIPIO	Total Consulta	Captac SR+14	MUESTRA			INDICE %			
			1ra	2da	Cultivo	SR+14	1ra	2da	Cultivo
Salvador	49408	656	600	583	575	1,3	91,5	97,2	95,8
Guantánamo	346894	3293	3099	3045	1592	0,9	94,1	98,3	51,4
Yateras	29324	141	113	95	67	0,5	80,1	84,1	59,3
Baracoa	110876	735	732	701	732	0,7	99,6	95,8	100,0
Maisí	31111	157	31	22	0	0,5	19,7	71,0	0,0
Imías	19758	117	97	91	93	0,6	82,9	93,8	95,9
San A Sur	32716	247	228	164	180	0,8	92,3	71,9	78,9
Manuel Tames	14212	160	120	111	24	1,1	75,0	92,5	20,0
Caimanera	15283	175	145	138	145	1,1	82,9	95,2	100,0
Niceto Pérez	26981	193	188	188	173	0,7	97,4	100,0	92,0
A. Social	5196	60	43	39	38	1,2	71,7	90,7	88,4
<i>Total</i>	<i>681759</i>	<i>5934</i>	<i>5396</i>	<i>5177</i>	<i>3619</i>	<i>0,9</i>	<i>90,9</i>	<i>95,9</i>	<i>67,1</i>

Tabla 6. Vigilancia en prisiones de casos de tuberculosis pulmonar.

INDICADOR	2008		2009	
	No.	%	No.	%
No. consultas	13461	-	8272	-
SR + 14	170	1.16	200	2.4
1era. muestra	170	100	200	100
2da. muestra	108	63.5	182	91
Cultivos	143	84.1	200	100