

Estudio descriptivo de los casos de Tuberculosis en el Servicio de Medicina Interna. Años 91-95

G. Peralta / J.M. Garijo / R. Sampedro / B. Illa / I. Campos / I. León / M.C. Rodríguez

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad cuya presencia ha sido constante en la historia de la humanidad, están descritas huellas en el Neolítico y en momias egipcias, en textos de medicina clásica y en testimonios históricos «toque real».

No hay estadísticas fiables antes del siglo XIX, pero se asegura que alcanzó su máxima incidencia en Europa entre 1780 y 1880 (revolución industrial).

La comprobación de la contagiosidad de la tuberculosis y la identificación de su agente causal lleva al aislamiento del tuberculoso, apartarle de ambientes nocivos y facilitarle suministro de cuidados médicos, lo que impulsó a la construcción de sanatorios; esto, unido a una lucha para identificación temprana de casos (Rx y PPD) así como el descubrimiento de la vacuna BCG condujo a que a mediados del presente siglo se controlara la tuberculosis. Después de la Segunda Guerra Mundial se procedió a la vacunación masiva.

La introducción de la Estreptomicina en 1944 y otros quimioterápicos (1947-1960) da origen a una caída brusca de mortalidad por tuberculosis.

La quimioterapia unida a la inmunización, educación sanitaria, aplicación de técnicas diagnósticas, orientadas al descubrimiento y eliminación de focos infecciosos, nos hizo

pensar en la eliminación de la tuberculosis; pero a finales de este siglo se está observando un nuevo pico de incidencia de tuberculosis, parece que coinciden, según muchos autores con la llegada del SIDA, resistencias a quimioterapia, etc.

Nuevamente se hace necesaria una lucha antituberculosa estrechamente organizada y un alto grado de cooperación entre investigación microbiológica, clínica y epidemiológica para su control.

Motivos de estudio

A) Magnitud del problema:

1.700 millones de infectados en el mundo. 8 millones de enfermos nuevos anuales, de los cuales:

- 45% son bacilíferos;
- 45% no son bacilíferos;
- 10% formas extrapulmonares.

B) Problemas de salud pública:

Es una enfermedad infectocontagiosa de evolución crónica por excelencia, con altas tasas de morbi-mortalidad, con intensa repercusión política-cultural y económica.

C) Su incremento actual:

El cual parece estar ligado al SIDA y a movimientos migratorios.

Palabras clave: Tuberculosis. Incidencia. Tuberculosis y SIDA

Fecha de recepción: Diciembre 1996.

D) *Calidad de registro insuficiente*

A pesar de ello parece existir (estudio RAI) una incidencia de 42-43 casos por 100.000 hab.

Objetivos

A) *Epidemiológicos:*

Conocer la incidencia de casos de tuberculosis en nuestro servicio en los dos últimos años.

Conocer las características de estos enfermos.

B) *Clínicas:*

Formas de presentación.

Metodología y técnicas diagnósticas.

Material y métodos

Estudio de casos:

1) *Búsqueda de casos:* Ingresados en servicio de Medicina Interna en los años 1991-1995, y diagnosticados en consulta de Neumología.

2) *Retrospectivo:* La búsqueda y recogida de datos se hace con posterioridad al inicio de la enfermedad.

3) *Descriptivo,* limitado a conocer sus características.

A) *Criterios de inclusión:*

• Pacientes diagnosticados de tuberculosis con criterios de certeza:
Cultivos microbiológicos positivos para *Mycobacterias*.

Baciloscopia positiva, más clínica y/o radiología sugestivas de enfermedad tuberculosa.

Diagnóstico anatomopatológico: granulomas caseificantes con necrosis y con clínica y/o radiológicos sugestivos de tuberculosis. Pacientes diagnosticados de tuberculosis con criterios de probabilidad:

Clínicos y/o radiológicos (patrón miliar, diseminación bronquial), y/o bioquímicos (ADA elevado), y/o A-P (granulomas en los que se descartan otras patologías diferentes a tuberculosis). Y en cualquiera de la si-

tuaciones anteriores con historia de respuesta a tratamiento específico.

• Haber sido diagnosticado entre el 1-enero-91 al 31-12-95.

• Ingreso en Hospital «San Agustín», Servicio de Medicina Interna, o consulta de Neumología.

Para los criterios diagnósticos hubo un intento de consenso en 1991, sobre el que se han definido estos criterios.

Si incluimos sólo los casos clásicos (AP y Bacteriología) no estarán todos los que consideramos enfermos en la clínica práctica. Si incluimos todos los casos probables sobrestimaríamos el número.

B) *Búsqueda de casos*

Servicio de Medicina Interna Hospital «San Agustín» de Linares.

Consulta de Neumología de área de Linares.

Archivo de historias clínicas del Hospital.

Farmacia hospitalaria.

Cada caso es: nominativo, no repetido con identificación (nombre, domicilio, edad, número S.S.).

En el presente estudio puede existir sesgos de selección, los cuales se ha intentado evitar con:

Error sistemático, haciendo la recogida de hospital y consulta.

No existe error de respuesta, ya que no es de encuesta la metodología empleada.

Diferencia entre prevalente e incidente, para ello excluimos a los fracasos, crónicos o que ya estaban en tratamiento con anterioridad al 1-1-91.

C) *Fuente de datos:*

Hospital:

– Informes de alta del Servicio de Medicina Interna.

– Ht.^a clínica.

– Bacteriología.

– Farmacia.

Consulta de Neumología:

– Ht.^a clínica.

– Endoscopias.



Obtención de las variables

Se recogieron los siguientes datos:

1.-Identificación del paciente, para la no repetición de casos

Ingresado o consulta. Nombre, sexo, fecha de nacimiento, edad, número de la S.S., domicilio.

2.-Epidemiológicos:

Antecedentes personales, entre ellos quimioprofilaxis primaria o contacto con tuberculosos y tipo de contacto.

Factores de riesgo: Diabetes mellitus, silicosis, I. Renal crónica, gastrectomía, alcoholismo, corticoterapia, tratamiento inmunosupresor, neoplasias, ADVP, embarazo/ puerperio, ex-UDVP.

Situaciones de riesgo: Colectivos cerrados (residencia de ancianos, prisión, hospital psiquiátrico, cuartel, otros). Personal sanitario. Sin domicilio. Drogas otras vías (incluido tabaco). Inmigrantes.

3.-Contexto clínico:

Síntomas: Asintomáticos, respiratorios, constitucionales, otros (relacionados o no relacionados).

Fecha de inicio y de primera consulta.

Datos sobre la enfermedad: Inicial o diagnosticada o tratada previamente.

Localización: Pulmonar, pleural, linfática, ósea, genitourinaria, meníngea, peritoneal, diseminada, miliar, extrapulmonar, sin especificar, otras.

4.-Diagnóstico

Baciloscopias.

Cultivo: Esputo u otras muestras (jugo gástrico, líq. pleural, LCR, ascítico, orina, BAS, BAL Biopsia pleural, Biopsia pulmón, Adenopatías, Med. ósea, sangre, otras).

Histología de muestras.

Químico: ADA (n.º unidades) e Ig A60.

Rx tórax: Normal, Anormal cavitada, anormal no cavitada, No hecha, no solicitada.

Reacción tuberculínica: mm (+ ó -), no solicitada, no hecha.

Tipificación germen y estudio sensibilidad.

Análisis de los datos obtenidos:

Estudio descriptivo de todas las variables:

- Variables cuantitativas: Calculamos la media, mediana y desviación típica (días de demora en general, según localización, etc.).
- Variables cualitativas: Distribución de frecuencias.
- Análisis asociación de variables.
- Análisis de incidencia.

Resultados

Generalidades:

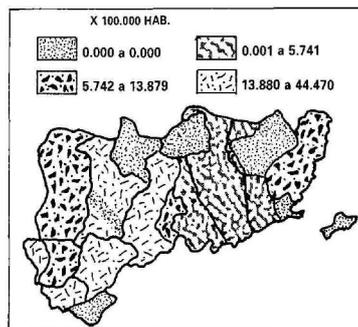
Se han encontrado 106 casos de TB en el período de estudio; sólo se han aceptado los que cumplían los criterios de inclusión antes especificados.

Con respecto al nivel sanitario donde han sido diagnosticados: Hospital 100. Consulta 6.

Incidencia

Según la población, hemos estudiado la tasa media de incidencia anual y la incidencia acumulada; para la primera hemos estudiado la incidencia de cada año hallando posteriormente la media; para la segunda, número de nuevos casos en el período de estudio dividido por el total de la población en riesgo, y todo ello referido a 100.000 habitantes. Obteniendo los siguientes datos:

Incidencia media TBC. Distrito de Linares 1991/95



Castellar	I.M.=5,35	I.A.=26,75
Jabalquinto	I.M.=44,47	I.A.=220,83
La Carolina	I.M.=13,892	I.A.= 72,45
Bailén	I.M.=5,742	I.A.=28,33
Vilches	I.M.=15,58	I.A.=77,62
Linares	I.M.=21,666	I.A.=107,06
Baños de la E.	I.M.=7,2	I.A.=36,49
Chiclana	I.M.=12,17	I.A.=60,86
Guarromán	I.M.=13,88	I.A.=34,83
Santisteban	I.M.=3,9	I.A.=19,92
Navas de S. Juan	I.M.=3,6	I.A.=18,37
Arquillos	I.M.=10,91	I.A.=54,55

En cuando a la incidencia anual del distrito sanitario de Linares, tenemos:

- Año 1991, 17,81.
- Año 1992, 17,41.
- Año 1993, 15,12.
- Año 1994, 27,24.
- Año 1995, 24,42.

Lo cual nos da una incidencia acumulada de 100,23.

En cuanto a las tasas de incidencia por sexo, los valores son:

Varón: 113,02.

Mujer: 33,6.

Por grupos de edad:

15-29 años: 115,17.

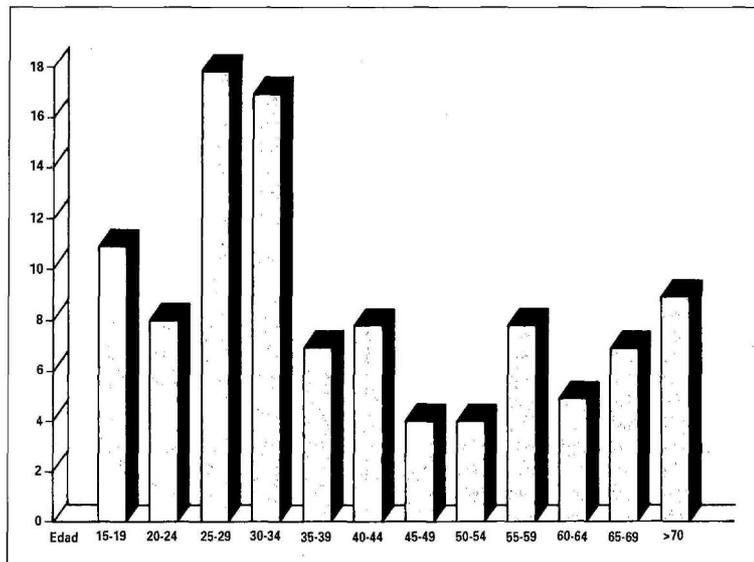
30-44 años: 176,69.

45-59 años.: 86,85.

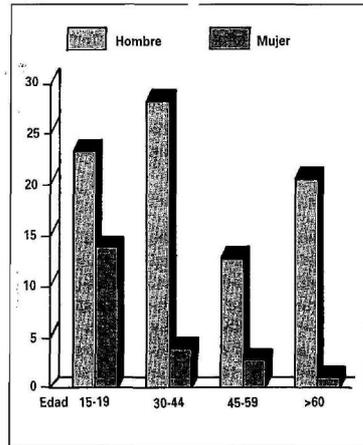
> 60 años: 85,94.

Edad y sexo

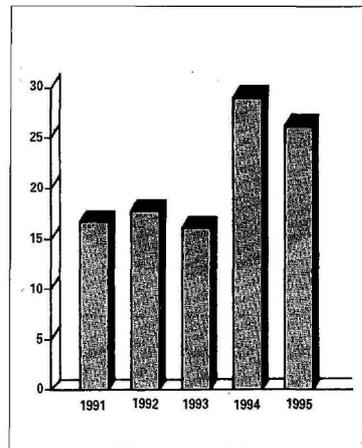
La distribución por edad y sexo entre los 15-29 años, es similar para ambos, a partir de esta edad presenta una mengua importante para la mujer, manteniéndose en el hombre entre los 30-44 años, a partir de esta edad sufre un descenso, para volver a ascender a partir de los 60 años.



La media de edad está en los 40 años, con una desviación típica de 18, una moda 31 y 32 y una mediana en 34.
 Diagrama de barra edad y sexo.



En los años de estudio se observa un crecimiento importante en los dos últimos años:



Tiempo en solicitar demanda

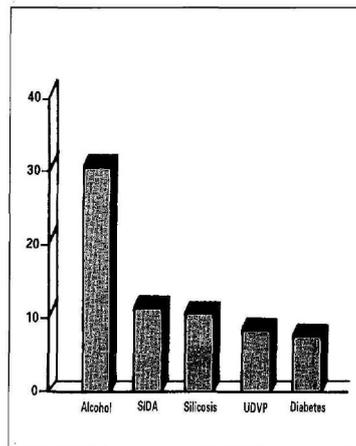
Los días entre el inicio de la clínica y el tiempo en solicitar demanda tiene una media de 33,3 días.

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo estudiados encontramos con más frecuencia los siguientes:

- Alcohol en 31 casos (29,2%).
- SIDA en 12 casos (11,3%).
- Silicosis en 11 casos (10,3%).
- UDVP en 9 casos (9,4%).
- Diabetes en 8 casos (7,6%).

No encontramos ningún caso de Insuficiencia renal crónica o en tratamiento con inmunosupresores, posiblemente por que en nuestro hospital no existe servicio de Nefrología ni Oncología.



Situaciones de riesgo

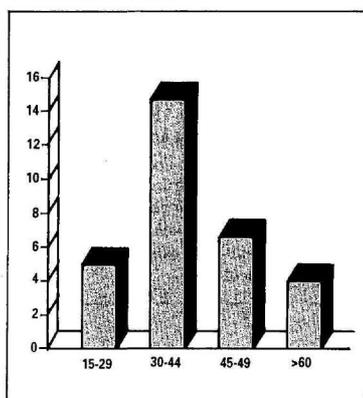
No hemos encontrado nada relevante en estas situaciones estudiadas excepto 4 casos sin domicilio fijo.

En cuanto a la variable tabaco tampoco existen diferencias significativas, 51,9% eran fumadores, frente al 46,2% que no eran fumadores.

Hemos relacionado algunas de estas variables, entre ellas:

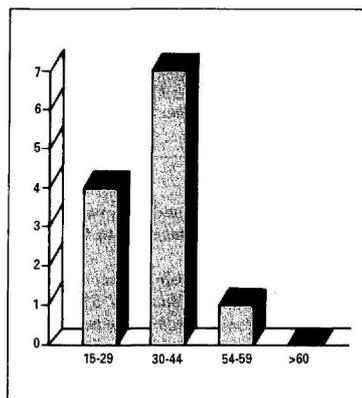
Edad y alcohol

15-29 años: 5 casos.
30-44 años: 15 casos.
45-59 años: 7 casos.
> 60 años: 4 casos.



Edad y VIH

15-29 años: 4 casos.
30-44 años: 7 casos.
45-59 años: 1 caso.
> 60 años: 0 casos.



Sexo y alcohol

En nuestro estudio, los 31 casos son varones.

Sexo y VIH

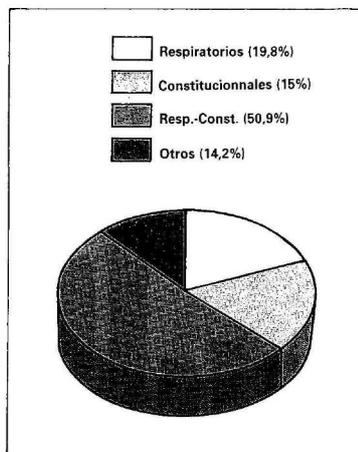
Encontramos 11 varones y 1 mujer.

Quimioprofilaxis previa

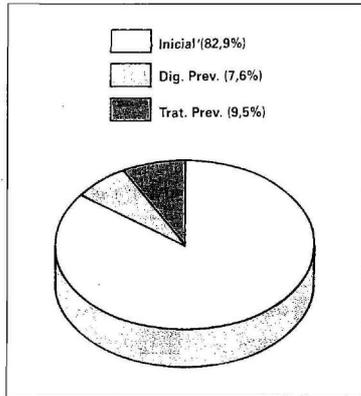
El 92,5% no la habían recibido, frente al 17,9% que sí la habían recibido por haber estado en contacto con enfermos con TB.

Formas de presentación clínica

Tenemos 76 casos que presentaban síntomas respiratorios, 70 casos síntomas constitucionales. Estando asociados ambos en 54 pacientes, por lo que sólo presentaban signos respiratorios 21 casos y en un caso estaba asociado con otros síntomas no relacionados. En 16 casos sólo aparecían síntomas constitucionales.



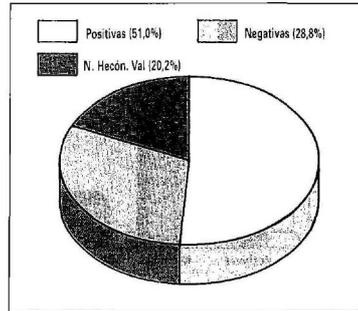
En el 82,9% (87 casos) su forma de presentación fue inicial y el 9,5% (10 casos) habían sido tratados previamente, y el 7,6% (8 casos) habían sido diagnosticados con antelación.



Baciloscopias

Espuito:

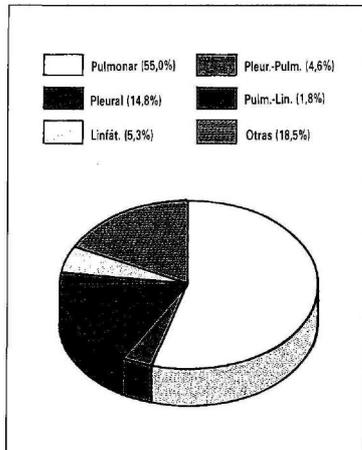
- Positivas en 53 casos (50%).
- Negativas en 30 casos (28,8%).
- En 20 casos (20,2%) no se hicieron o no fueron válidas.



Localización

(ver gráfico tarta).

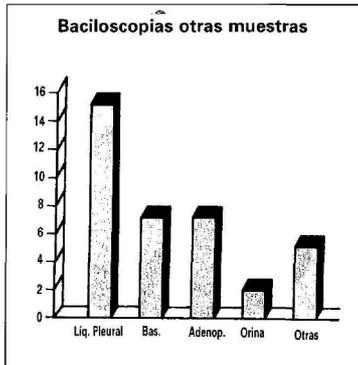
- En 63 casos (59,4%) pulmonar.
- En 17 casos (16,0%) pleural.
- En 6 casos linfática.
- En 6 casos pleura-pulmonar.
- En 2 casos pulmonar y linfática.
- En 11 casos otras localizaciones.

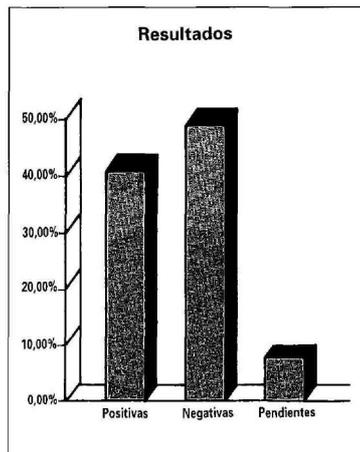


Otras muestras:

Se realizaron baciloscopias de otras muestras en 36 casos (37%) de ellas:

- 15 casos (14,2%) en líquido pleural siendo positivo en 4.
- 7 casos BAS (6,6%) siendo positivo en 3.
- 7 casos adenopatías no siendo ninguna positiva.
- 2 casos en orina siendo positiva en 1.
- 5 casos otras muestras (LCR, líq. ascítico, etc.), siendo todas negativas.

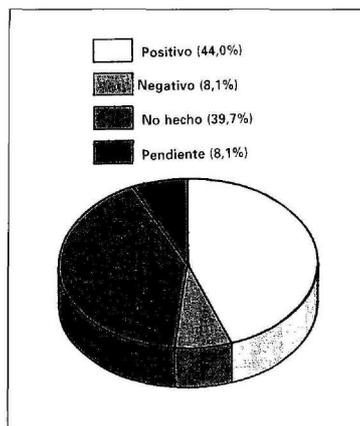




Cultivo

Espuito:

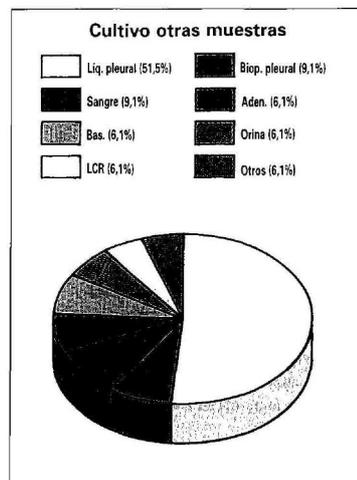
- En 43 casos fue positivo.
- En 8 casos fue negativo.
- En 42 casos no se hizo.
- En un caso no fue valida.
- En 8 casos estaba pendiente en el momento de recogida de los datos.



Otras muestras:

Se realizó en 33 casos (31%), siendo positivo en 12 de las muestras de las cuales:

- 17 casos líquido pleural.
- 3 casos en: Biopsia pleural y sangre respectivamente.
- 2 casos en: Adenopatías, BAS, orina, LCR respectivamente.
- 1 caso en Biopsia pulmón y otras.



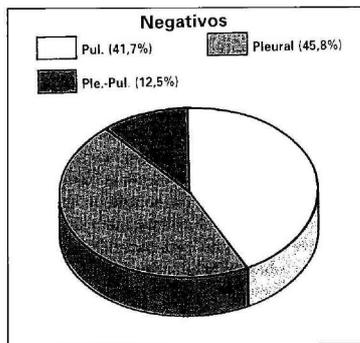
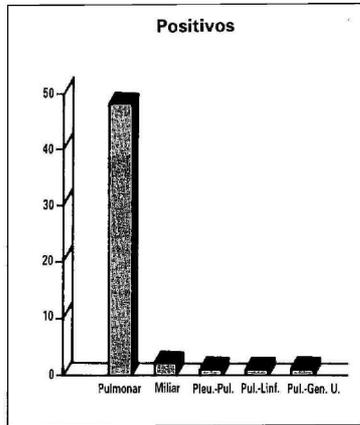
Relacionamos posteriormente las variables Localización y Baciloscopias en esputo, encontrando como datos más significativos los siguientes:

De los positivos:

- 48 en localización pulmonar.
- 2 Pulmonar linfática.
- 1 Miliar.
- 1 Pleuropulmonar.
- 1 Pulmonar genitourinaria.

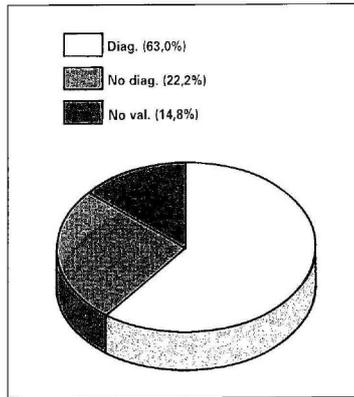
De los negativos:

- 10 en localización pulmonar.
- 11 Pleural.
- 3 Pleuropulmonar.



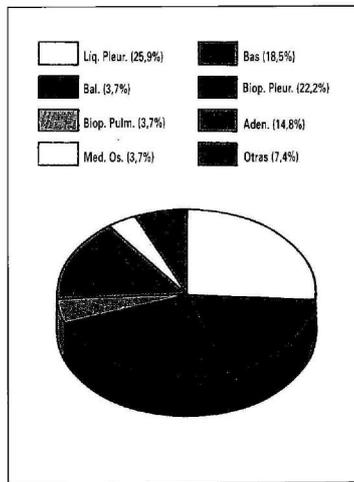
Histología

Se realiza en 27 casos, de las cuales se diagnostica en 17 casos, en 6 casos no es diagnóstica y 4 casos no tiene validez.



Las muestras estudiadas fueron:

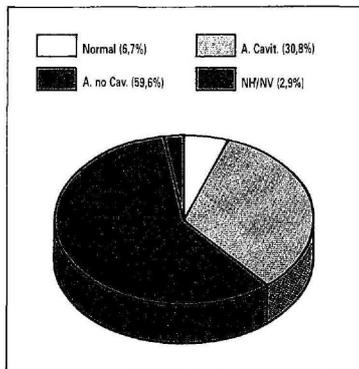
- 7 líquido pleural, 6 Biopsia pleural.
- 5 BAS, 4 Adenopatías.
- 1 en BAL, Biopsia pulmonar y médula ósea.
- 2 otras muestras.



Radiología

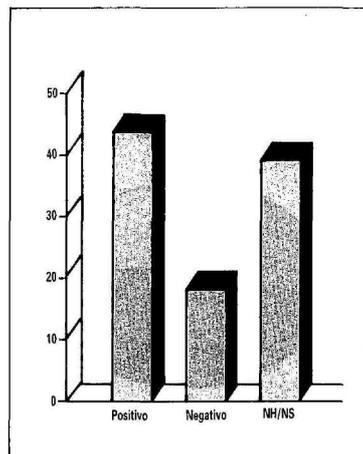
En cuanto a la radiografía de tórax encontramos los siguientes datos:

- Normal en 7 casos (6,7%).
- Anormal cavitada en 32 casos (30,8%).
- Anormal no cavitada en 62 casos (59,6%).
- No hecha o no solicitada en 3 casos (2,9%).



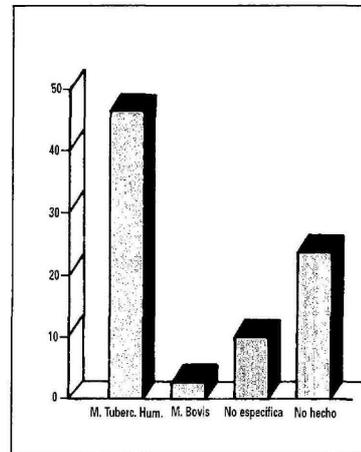
Mantoux

- En 44 casos (41,5%) fue positivo.
- En 18 casos (17%) fue negativo.
- En 39 casos (36,8%) no fue solicitado.



Tipificación del germen

- En 49 casos (46,2%): M. Tuberculosis Humano.
- En 2 casos (1,9%): M. Bovis.
- En 11 casos (10,4%): No especificado.
- En 25 casos (23,6%): No hecho.



Sensibilidad

- En 51 casos (48,1%) era sensible al tratamiento.
- En 19 casos (17,9%) estaba pendiente.
- En 15 casos (14,2%) no consta en la historia.

Conclusiones

El presente estudio es solo descriptivo, de lo acaecido en el Servicio de M. I. y consulta de Neumología durante los años 91-95. Hemos obtenido una incidencia entre 15,12 en el 93 y 27,24 en el 94, que si bien puede ser algo inferior a la detectada en otros estudios, se debe probablemente a que en el presente estudio no está incluida la población con edad inferior a los 15 años, ni los casos de tuberculosis diagnosticados en otros servicios del hospital, ni en consultas de medicina general o consultas privadas.

El crecimiento observado en los dos últimos años, en nuestro estudio es coincidente con el realizado en Santiago de Compostela por M. SALGUEIRO.

En cuanto a la edad se ofrece una distribución bimodal con dos picos en jóvenes-adultos y otro en ancianos, coincidiendo con el estudio realizado recientemente en Córdoba por DÍAZ MARÍN, F. y col. durante los años 85-90, así como al realizado en Santiago de Compostela por M. SALGUEIRO y col. y por MURRAY en 1990 en países en vías de desarrollo.

Asimismo, coincidimos con el estudio realizado en Santiago de Compostela en cuanto a la localización, encontrando una mayoría a nivel pulmonar.

Hemos encontrado cierta relación con el alcoholismo y el VIH, que si bien coincide con otros estudios, al ser una muestra pe-

queña y no conocer con exactitud la incidencia de dichas variables en nuestro medio es difícil poder llegar a otras conclusiones.

En cuanto al sexo existe una mayor incidencia en varones a partir de los 30 años.

El grado de certeza diagnosticada ha sido del 82%, similar al encontrado en el estudio de DÍAZ MARÍN, F. y col. en Córdoba (81,3%) y algo por encima del de CAMINERO en Gran Canaria (70,5%) y GÓMEZ CAMACHO en Huelva en el 89.

La incidencia geográfica es más alta en Linares, Jabalquinto y Vilches. ◀

G. Peralta, J.M. Garijo, R. Sampedro, B. Ila, I. Campos, I. León, M.C. Rodríguez,
Servicio de Medicina Interna Hospital «San Agustín» de Linares.

