

TUBERCULOSIS EN LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR SANTA ANA. PERIODO 2015 – 2018

Tuberculosis at the Santa Ana Family Health Unit During 2015 – 2018.

Isaac Arias Álvarez ¹, Ana Lorena Fernández ²

RESUMEN

Introducción: La segunda causa principal de muerte por enfermedad infecciosa es la tuberculosis TBC, después de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, VIH. En cualquier momento, cerca de 11 millones de personas en todo el mundo tienen tuberculosis activa. **Objetivos:** Describir las características de los pacientes con tuberculosis en la Unidad de Salud Familiar Santa Ana (USF), de enero 2015 a diciembre 2018; determinar la frecuencia registrada de la tuberculosis en el programa nacional de TBC de la USF Santa Ana; identificar los datos demográficos de la población estudiada; establecer el tipo de población de riesgo al que pertenecen los pacientes; describir el método de diagnóstico utilizado en los pacientes que ingresaron al programa; exponer el resultado obtenido al finalizar las dos fases de tratamiento en estos pacien-

tes. **Metodología:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se seleccionaron 152 pacientes con clínica sugerente de TBC y fueron diagnosticados con TBC, 16 pacientes. Se utilizó la aplicación informática Sistema Experto del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (SEPNACOTU) y también, las fichas clínicas fueron revisadas. **Resultados:** Del total de pacientes con clínica sugerente de TBC, un 10 % cumplió con los criterios para ingresar al programa y se caracterizó por ser predominantemente mayores de 60 años, sexo masculino. La mayoría de los pacientes tenían factores de riesgo por ser consumidores de drogas. En su mayoría, el tratamiento durante el periodo de estudio fue exitoso.

Palabras clave: programa Nacional de TBC, salud familiar y comunitaria, tuberculosis

¹ Egresado del programa Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria UCMB

² Tutora del programa Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria UCMB

ABSTRACT

Introduction: The second leading cause of death from infectious disease is tuberculosis (TB), after infection by the human immunodeficiency virus, HIV. At any time, about 11 million people worldwide have active tuberculosis.

Objectives: To describe the characteristics of patients with tuberculosis at the Santa Ana Family Health Unit (FHU), from January 2015 to December 2018; to determine the frequency of tuberculosis at the Santa Ana FHU as registered in the national TB program; to describe the demographic data of the population studied; to establish the type of at-risk population to which the patients belong; to describe the diagnostic method used to identify patients who entered the program; to describe the result obtained at the end of the two phases of treatment in these patients

Methodology: This was an observational, descriptive, retrospective cross-sectional study. 152 patients with symptoms suggestive of TB were selected and 16 patients were diagnosed with TB. The Expert System computer application of the National Tuberculosis Control Program (SEPNACOTU) was used and the clinical records were also reviewed.

Results: Of the total number of patients with symptoms suggestive of TB, 10 % met the criteria to enter the program and were predominantly male over 60 years of age. Drug use was the most common risk factor in the patients. For the most part, treatment during the study period was successful.

Keywords: National TB Program, family and community health, tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis representa un grave problema de salud pública. Fue responsable de más del 30 % del total de muertes en Europa durante el siglo XIX, hasta que, con el desarrollo de la medicación específica contra la tuberculosis, a finales de la década de los años 40 del siglo XX, la esperanza de vida de éstos pacientes comenzó a mejorar. Sin embargo, sigue siendo una enfermedad mortal en todo el planeta porque la insuficiencia de los recursos, la asociación con el Sida, la aparición de resistencia a los fármacos y la extrema pobreza que existe en muchas partes del mundo son factores que contribuyen a dicha situación (1).

El número de casos varía de forma notable en función al país, la edad, el género y el nivel

socio-económico. Por ejemplo: de los 9,2 millones de casos nuevos, cerca de 3 millones ocurrieron en África, 3 millones en el Sudeste Asiático y alrededor de 2 millones en la región del Pacífico Occidental. En India y China se presentaron el mayor número de casos nuevos. Llama la atención que Sudáfrica registró la mayor tasa de casos nuevos en el mundo, con 860 nuevos casos por cada 100.000 personas (2).

En Paraguay, lejos de ser una enfermedad erradicada sigue afectando a miles de personas, según el último informe del Programa Nacional de Tuberculosis (PNTC), solo

en 2017, se notificaron 2770 casos nuevos y retratados, y una incidencia de 37,6 casos por cada 100.000 habitantes. De todos estos casos 208 (7,5 %) corresponde a niños y niñas de 0-14 años, 455 (16,4 %) a población indígena, 399 (14,4 %) a personas privadas de libertad, 208 (7,5 %) a pacientes con VIH, y 167 (6,02 %) en pacientes con diabetes. De este total registrado, 176 casos fueron fatales (3).

Urge un sistema adecuado en la prevención y control de la enfermedad en la población y en ese sentido el país enfrenta una serie de desafíos, entre otros, como el de lograr la disponibilidad de recursos humanos con capacidades de desempeño en la búsqueda de sintomáticos respiratorios en las comunidades e incidir y contribuir con éxito en la solución de la problemática de TB que los aquejan. El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis para orientar esta tarea cuenta con el Manejo de Tuberculosis pulmonar en Atención de la Primaria: Protocolo 6. (4).

Este estudio tiene como objetivos: Describir las características de los pacientes con tuberculosis en la Unidad de Salud Familiar Santa Ana (USF), de enero 2015 a diciembre 2018; determinar la frecuencia registrada de la tuberculosis en el programa nacional de TBC de la USF Santa Ana; identificar los datos demográficos de la población estudiada; establecer el tipo de población de riesgo al que pertenecen los pacientes; describir el método de diagnóstico utilizado en los pacientes que ingresaron al programa; exponer el resultado obtenido al finalizar las dos fases de tratamiento en estos pacientes.

Las variables de estudio fueron: Edad, sexo, Factores de riesgo para TBC, resultado de tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación observacional, estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se realizó en el área de una Unidad de Salud Familiar barrio Santa Ana, Asunción, de enero de 2015 a diciembre de 2018. Se utilizó la aplicación informática denominada Sistema Experto del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (SEP-NACOTU) que está orientada a recoger datos relativos a los registros de personas con síntomas que generan sospechas de padecer TBC, casos confirmados y las informaciones relativas a su tratamiento. Asimismo, se revisaron las fichas de los pacientes del estudio.

Se seleccionaron 132 pacientes que presentaron clínica sugerente de TBC que fueron reportados como sospechosos y de éstos 16 pacientes resultaron positivos con las pruebas bacteriológicas aplicadas como: baciloscopía, cultivo y Genexpert. Así se tuvo 13 pacientes diagnosticados a través de la baciloscopía, 2 cultivo y 1 por Genexpert.

Los criterios de inclusión comprendían: tener sintomatología sugerente de TBC, residir en el barrio, tener diagnóstico y tratamiento en el periodo comprendido del estudio. Los de exclusión eran: fichas de pacientes con datos incompletos, residir fuera del área de estudio, el diagnóstico y tratamiento fuera del tiempo comprendido. Se analizaron e incluyeron los datos

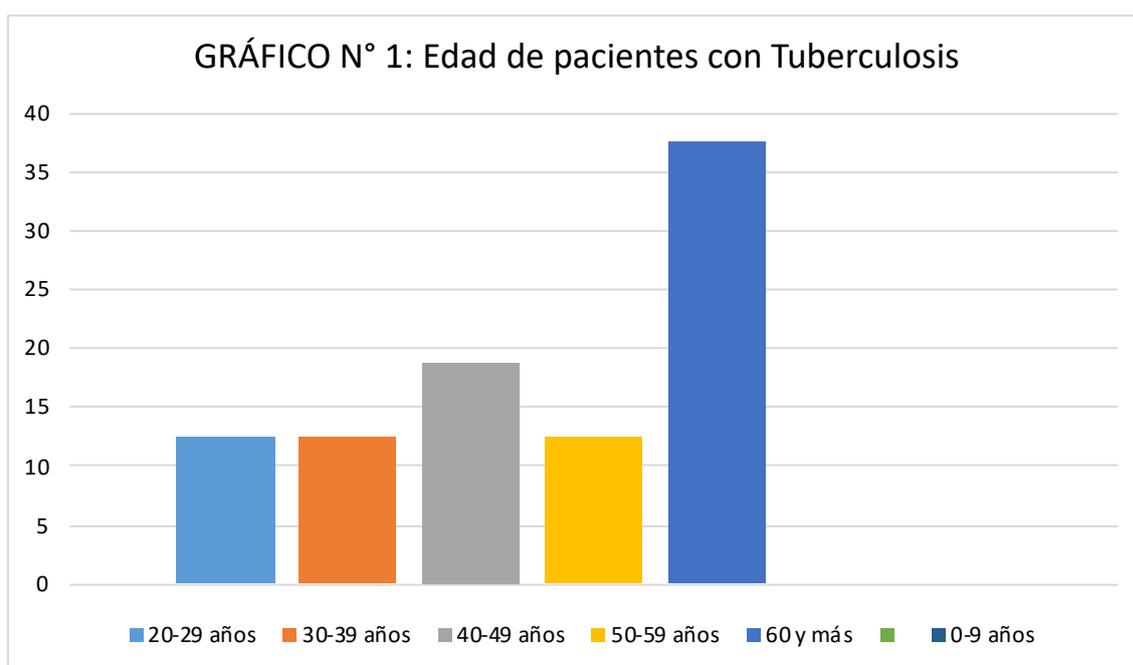
de forma cuantitativa y se informan los resultados en forma de gráficos que se expresan en porcentajes y promedios. Se garantizó la confidencialidad del estudio y se autorizó su realización a través de la Dirección General de la Unidad de Salud Familiar de la zona.

RESULTADOS

Del total de pacientes con clínica sugerente de TBC (N: 152) resultaron positivos para TBC 16 (10 %) por algún método de diagnóstico y fueron ingresados al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

De los ingresados, ninguno tenía menos de 0 a 9 años, 1 tenía (6 %) tenía entre 10 a 19 años; 2 (13 %) entre 20 a 29 años; 2 (13%) 30 a 39 años; 3 (18 %) 40 a 49 años; 2 (13%) 50 a 59 años; 6 (37 %) más de 60 años (ver gráfico 1).

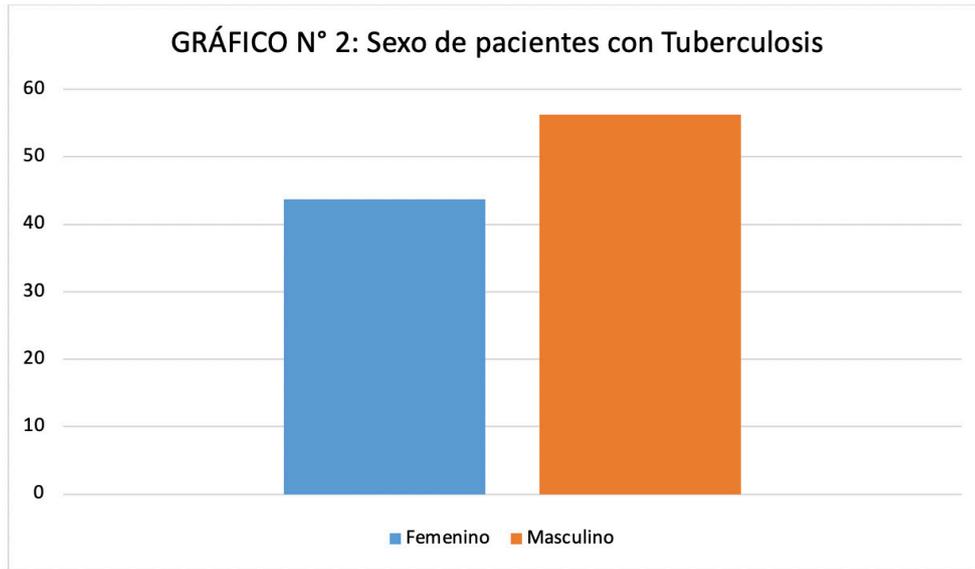
GRÁFICO N° 1



Fuente: Datos obtenidos por el autor

En cuanto al sexo (n:16), 7 (43 %) sexo femenino y 9 (57 %) del masculino (ver gráfico 2).

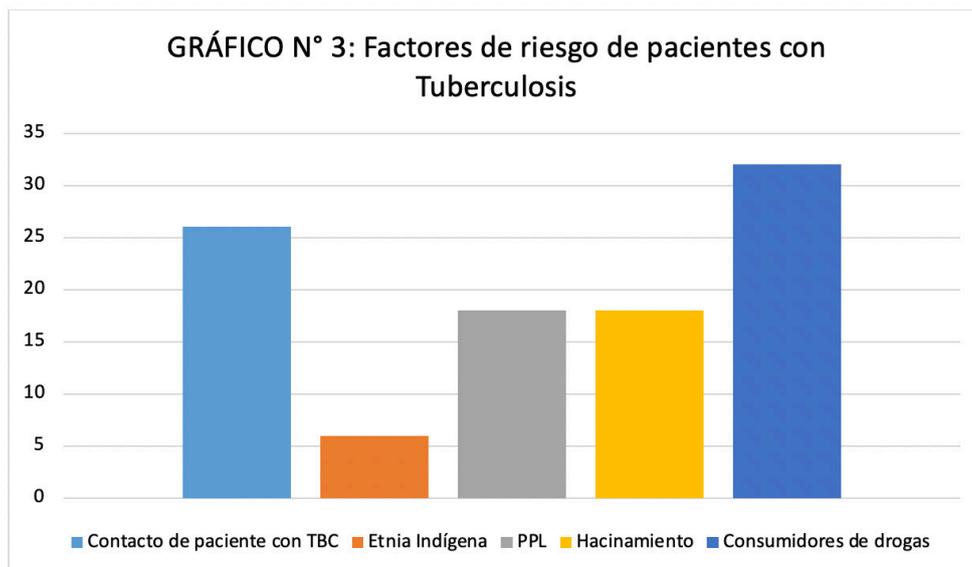
GRÁFICO N° 2



Fuente: Datos obtenidos por el autor

De los pacientes con TBC (n:16) y factores de riesgo para la enfermedad, 4 (26 %) eran contacto de paciente con TBC; 1 (6 %) pertenecía a una etnia indígena; 3 (18 %) estuvieron privados de su libertad; 3 (18 %) vivían en hacinamiento; 5 (32 %) eran consumidores de drogas (ver gráfico 3).

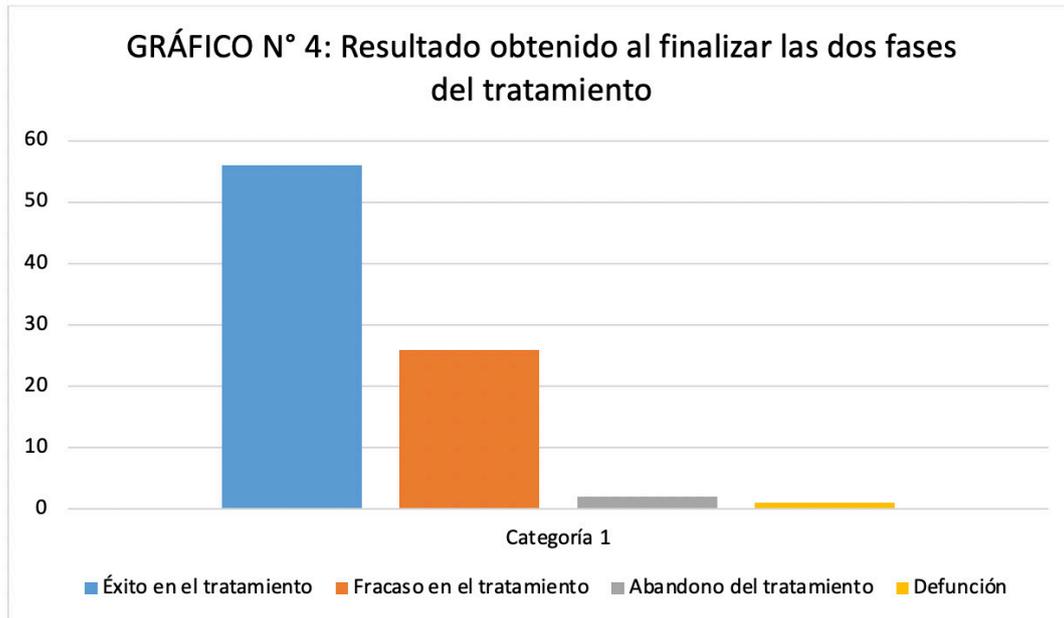
GRÁFICO N° 3



Fuente: Datos obtenidos por el autor

En relación al tratamiento (n:16), en 9 pacientes (56 %) fue exitoso; 4 pacientes (25 %) con fracaso en el tratamiento; 2 (13 %) abandonó el tratamiento; 1 paciente (6 %) falleció antes de completar el tratamiento (ver gráfico 4).

GRÁFICO N° 4



Fuente: Datos obtenidos por el autor

DISCUSIÓN

De los pacientes con clínica sugerente de TBC (N: 152) resultaron positivos 16 (10 %) por algún método de diagnóstico y fueron ingresados al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, los restantes 136 (90 %) no reunieron los criterios para ingresar a dicho programa. Estos datos no concuerdan con los obtenidos de la literatura donde se constata que un mayor número de pacientes son diagnosticados en relación a quienes presentaron sintomatología sugerente de TBC (5).

La edad de mayor afectación que corresponde a este estudio se encuentra en pacientes de más de 60 años y eso no coin-

cide con otros estudios que reportan el diagnóstico de TBC en todas las edades (6).

El dato en relación al sexo en este estudio da una predominancia en el sexo masculino, pero en reportes de otros trabajos similares no se observó diferencia en relación al sexo (7).

En Latinoamérica en referencia a los factores de riesgo para la TBC, las poblaciones susceptibles se encuentran entre aquellos que viven hacinados, estuvieron privados de su libertad y son consumidores de drogas. En este aspecto existe coincidencia con las publicaciones revisadas (8, 9).

Según la literatura consultada, las probabilidades de curación con un tratamiento estricto, siguiendo las pautas del Progra-

ma Nacional de Control de la Tuberculosis tienen tasas más altas que las obtenidas en este trabajo (10).

CONCLUSIONES

Un grupo pequeño fue ingresado al Programa nacional de Control de la Tuberculosis y llama la atención que la edad predominante estuvo en 60 años y más y de sexo masculino. Entre los factores de riesgo para TBC resaltaron el consumo de drogas, el antecedente de privación de libertad y el hacinamiento. Solamente la mitad de los pacientes estudiados completaron con éxito el tratamiento. Un paciente falleció durante el tratamiento.

Se recomienda realizar un estudio a mayor escala para detectar más casos y pacientes con factores de riesgo importantes. Asimismo, es necesario realizar una campaña de concienciación para percibir que una detección y tratamiento temprano de la enfermedad son importantes.

REFERENCIAS

Ospina, S. La tuberculosis una perspectiva histórico – epidemiológica. *Rev. Infectio* [Internet] 2001 [consultado el 4 de abril de 2022]; 5 (4). Disponible en: <http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/371/386>

Cartes Parra, J. Breve historia de la tuberculosis. *Rev. Med. Cos. Cen.* [Internet] 2013 [consultado el 4 de abril de 2022]; 70(605): 145-150. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131z.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manejo de tuberculosis pulmonar en Atención de la Primaria: Protocolo 6 [Internet] Asunción: OPS; 2013 [consultado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31260/index.pdf?sequence=1&isAllowed=y> González-Martin, J. Microbiología de la tuberculosis. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología.* [Internet] 2014 [consultado el 4 de abril de 2022]; 15(1): 25-33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1577356614000025>

Estrada, S.; Velasco, O.; Rébora, F.; Díaz, M.; Padierina, J. Inmunoterapia de la tuberculosis pulmonar avanzada con factor de transferencia específico. *Salud Pública de México* [Internet] 1983 [consultado el 6 de abril de 2022]; 25(6): 579-590. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/595/582>

Martínez, M.; Sardiña, M.; García, G.; Mederos, L.; Díaz, R. Nuevas herramientas para el diagnóstico de la tuberculosis. *Rev. Cubana Med Trop* [Internet] 2015 [consultado el 6 de abril de 2022]; 67(1): 41-49. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v67n1/mtr05115.pdf>

Llerena C. y Zabaleta A. Evaluación por el laboratorio de los casos de tuberculosis en profesionales del área de la salud. *Acta Med Colomb* [Internet] 2014 [consultado el 6 de abril de 2022]; 39 (4): 321-326. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n4/v39n4a04.pdf>

Palacios, C.; Gaviria, M.; Restrepo, R.; Tamayo, L. Tuberculosis cutánea: reto diagnóstico. *Rev. Asoc Colomb Dermatol.* [Internet] 2011 [consultado el 6 de abril de 2022]; 19: 249-251. Disponible en: https://revistasocolderma.org/sites/default/files/tuberculosis_cutanea_reto_diagnostico.pdf

Calderoli, FE. Quimioterapia estándar de la tuberculosis en el Paraguay. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)* [Internet] 2014 [consultado el 6 de abril de 2022]; 47(1): 101-108. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v47n1/v47n1a08.pdf>
