



SECCION ARTICULO ORIGINALES
REVISTA CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
Año 5 Vol 1 No. 6 (Pags. 52 - 60)

ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO ACORTADO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO (TAES) EN TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRAPULMONAR

Jaime Gavilanes¹, Camilo Guerrero², Oscar Bilbao³, Jenny Guerrero⁴, Inés Revelo⁵, Eudoxia Araujo⁶

Recibido Mayo 11 - 05 Enviado para evaluación Junio 20 - 05 Aceptado Agosto 27 - 05

RESUMEN

Objetivo: Aplicar estrategias que contribuyan a reducir la morbilidad y la transmisión de la TBC.

Materiales y Método: La población de estudio estuvo constituida por 16 pacientes de las comunas 3 y 4 de la zona IV del Municipio de Pasto, con diagnóstico de TBC. El tratamiento aplicado fue el Acortado Estrictamente Supervisado (TAES). Los instrumentos aplicados en la recolección de datos fueron la Ficha Epidemiológica, Diario de campo, Familiograma, Ecomapa, Mapa Ambiental y la Historia Clínica Académica de la Facultad de Medicina.

Resultados: La TBC se presentó con mayor frecuencia en los rangos de edad comprendidos entre 16 y 30 y 31 a 60 años, el género masculino fue el más implicado. Los síntomas que se observaron con mayor frecuencia fueron la tos seguida por la hemoptisis. Dentro de las pruebas diagnósticas utilizadas, la baciloscopia fue positiva en 10 casos; el cultivo fue necesario en 2 y la anatomía patológica se realizó en 1 solo caso. Clínicamente se confirmó 6 casos, radiográficamente fueron sospechosos 5 casos, pacientes nuevos 6, reactivados 2 y con el test de ADA se diagnosticó un solo caso. El mayor número de pacientes presentó TBC pulmonar en 11 casos y 5 pacientes presentaron TBC extrapulmonar, 1 caso meníngea, renal 1, ganglionar, pulmonar más VIH 1 y pleural 1 caso. Las pruebas diagnósticas más realizadas fueron en su orden baciloscopia, cultivo, examen clínico y radiografía de tórax.

Conclusiones: El TAES obtuvo una efectividad del 80 al 83%. El comportamiento epidemiológico de la TBC en los casos estudiados corresponde a lo descrito en la literatura universal. La enfermedad compromete en mayor número a las personas en edad productiva. Se recomienda insistir en las campañas de vacunación con BCG.

PALABRAS CLAVES: TBC. TAES. Ficha Epidemiológica, Familiograma, Ecomapa, Mapa Ambiental, Historia Clínica Académica.

¹ MD. Esp. Medicina Interna. Docente Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia sede Pasto. jimmigavilanes@yahoo.com.mx

² Estudiante Octavo Semestre Medicina Universidad Cooperativa de Colombia sede Pasto. doctorguerrero@yahoo.com.mx

³ Estudiante Octavo Semestre Medicina Universidad Cooperativa de Colombia sede Pasto. oscarbilbao@hotmail.com

⁴ Estudiante Octavo Semestre Medicina Universidad Cooperativa de Colombia sede Pasto. 2ej20@hotmail.com

⁵ Odontóloga. Msc. Administración en Salud Docente Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia sede Pasto. nachyrevelo@gawab.com

ABSTRACT

Objective: Determine the incidence of pulmonary and extra-pulmonary tuberculosis in patients of communes 3 and 4 zone IV in Pasto municipality and apply strategies for the contribution in the decrease of morbidity and transmission of TBC.

Materials and Method: The sample was composed by 16 patients from communes 3 and 4 zone IV, Pasto, diagnosed with TB. The treatment performed was the "shortened strictly supervised treatment" (STTT). The instruments for data collection were the epidemic card, the field diary, the family tree tracement, the ecological and environmental map and the academic clinic history of the Medicine school.

Results: The TB was found more often in patients whose ages ranged between 16 and 30 or 31 to 60 years old. The male population was the most affected. The most recurrent symptom was the cough, followed by bleeding sputum secretion. Among the diagnose tests used the bacilli test was positive in 10 cases, cultivation was necessary in 2 and pathological anatomy was performed in only one case. Six cases were confirmed clinically. Radiographically 6 cases were suspicious, 6 patients were new, 2 were re-activated and with ADA test only one case was diagnosed. Most of the patients presented pulmonary TB, one case showed renal, one case meningeal, one case pulmonary and HIV and one case was pleural. The diagnose test more frequently performed were (in order): Bacilli test, cultivation, clinical examination and thorax radiography.

Conclusion: The SSST get affectivity rate of 80 to 83%, the epidemic behavior of TB in the cases studied corresponds to what is described in the universal literature. The disease affects more the people in the productive age. The population displacement caused by violence in the country wasn't an influence trait in the activation of the pathology in the region. It is advisable to insist on the importance of the vaccination campaigns.

KEY WORDS: TB, SSST, Epidemic Card, Family Tree Tracement, Ecological map, Environmental map, Academic clinic history.

INTRODUCCIÓN

La TBC es una enfermedad infectocontagiosa, bacteriana producida por una *Mycobacteria* del complejo *Micobacterium M. Tuberculosis*, *M. Bovis* o *M. Africanum* (Bacilo de Koch), con diversas manifestaciones clínicas y con amplia distribución mundial. Clínicamente los pulmones son los órganos más comúnmente afectados aunque la enfermedad puede comprometer también riñones, huesos, ganglios linfáticos, sistema nervioso central, órganos genitales, pericardio, peritoneo, articulaciones o diseminarse por todo el organismo. Como resultado del proceso patológico y de acuerdo con la historia natural de la enfermedad se puede producir la curación espontánea o bajo tratamiento, la cronificación del paciente o la muerte. La característica de la curación de la TBC es la cicatriz tuberculosa o secuela que puede ocurrir en cualquier

órgano y si bien no es contagiosa, si puede producir limitación e incapacidad funcional. ⁽¹⁾

La transmisión se efectúa por vía aérea al inhalar las partículas de esputo que exhala el enfermo al toser, hablar o estornudar. No es posible infectarse a través de un beso, una relación sexual o compartiendo utensilios de comida o ropa. La tos es la forma más efectiva de transmisión del bacilo. La tos, es el síntoma más precoz y se presenta en más del 90% de los casos de TBC pulmonar. Donde existe TBC bovina, la vía de transmisión es la ingestión de leche cruda. El contagio se presenta mientras el enfermo elimina bacilos; al iniciar el tratamiento rápidamente se suprime la población bacteriana por lo tanto desaparece el riesgo. El aislamiento del paciente no tiene justificación, por cuanto una

vez iniciado el tratamiento, la población en riesgo que puede contagiarse disminuye progresivamente. Sin embargo, se debe tomar todas las medidas de protección para evitar el contagio de las personas que interactúen con el enfermo. Cada enfermo bacilífero, sin tratamiento, puede infectar entre 10 y 15 personas al año. Las formas de contagio de la TBC son de persona a persona y en el caso de la TBC bovina del ganado al hombre.⁽²⁾

El periodo de incubación varía de 2 a 12 semanas. Ocurrida la infección, alrededor del 10% desarrollará la enfermedad en alguna época de la vida. Si el infectado de TBC adquiere el VIH, el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa es del 50%. En este país una proporción importante de las tuberculosis secundarias se deben a reinfección siendo la TBC Extrapulmonar menos frecuente que la pulmonar. Las complicaciones de la TBC dependen del órgano afectado. En el caso de la TBC pulmonar se pueden presentar la insuficiencia respiratoria, empiema, fibrotórax, atelectasia, bronquiectasias, hemoptisis y laringitis tuberculosa. Otras complicaciones pueden ser el desarrollo de un cor-pulmonale y la aspergilosis colonizante, la cual se presenta principalmente en las cavernas pulmonares.⁽³⁾

Epidemiológicamente la TBC es una enfermedad contagiosa, que ha infectado alrededor de una tercera parte de la población mundial, aunque sólo una de cada 10 personas con sistemas inmunitarios saludables desarrolla la enfermedad una vez infectada. De las personas que contraen la TBC activa, más de la mitad morirán si no reciben el tratamiento adecuado. En 1993 la organización mundial de la salud OMS, declaró la TBC como una emergencia mundial para la salud. La enfermedad sigue siendo una de las principales amenazas para la salud pública en las Américas donde hay unos 400.mil casos nuevos por año y de 60 mil a 75 mil personas mueren de TBC anualmente, la mayoría de ellas en sus años productivos. Si las tendencias actuales siguen, la TBC causará en el mundo 30 millones de muertes en los próximos 10 años. Ninguna otra enfermedad infecciosa, incluyendo el SIDA, está dejando tantos huérfanos y desbastando tantas familias siendo una enfermedad curable.⁽⁴⁾

En Colombia cada año se diagnóstica un promedio de 11 mil casos nuevos de TBC constituyéndose en un grave problema de salud para el país, a pesar que existen medios preventivos para evitar su incremento en la comunidad. La mejor estrategia preventiva para la TBC consiste en la búsqueda de personas con tos de más de 15 días de evolución, realizar un sencillo examen de baciloscopia para llegar tempranamente al diagnóstico de los enfermos y proceder en consecuencia a suministrarles su tratamiento. Durante el año 2001 se reportaron un total de 11.292 casos nuevos de TBC, lo que corresponde a una incidencia de 26.2 por 100 mil habitantes. En el año 2000 se reportaron 11630 para una tasa de incidencia de 27.5 por 100mil habitantes. Sin embargo se considera que todos los años puede haber un subregistro del 25% lo que elevaría los casos del 2001 a la suma de 14.115.⁽⁵⁾

En el programa de TBC del Instituto Departamental de Nariño se registraron durante el año 2002 un total de 354 casos, de los cuales 21 fueron recaídas, 9 casos nuevos pertenecientes al departamento del Putumayo y un total de 324 casos nuevos del Departamento de Nariño, para una incidencia de 19.05 por 100 mil habitantes colocándolo en un riesgo epidemiológico medio frente a otros departamentos, en el año 2001 únicamente se diagnosticaron 241 casos nuevos, lo que demuestra que para el año 2002 mejoraron las actividades de búsqueda en algunos Municipios como Pasto y Tumaco, apreciándose un incremento del 35% en los diagnósticos nuevos.⁽⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud invitan a todos los países a adoptar la estrategia de tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES-DOTS), (Tabla 1) en la cual los trabajadores de salud o voluntarios entrenados supervisan a los pacientes a diario para que ingieran cada dosis del tratamiento durante los dos primeros meses y luego, dos veces por semana durante los 4 meses siguientes, a la vez que vigilan los progresos, garantizando así el cumplimiento del tratamiento y la consecuente curación del paciente. Dentro de este marco teórico se debe contemplar un marco estratégico ampliado que refuerza los cinco elementos esenciales de la estrategia TAES:

1. El compromiso político sostenido de aumentar los recursos humanos, financieros y hacer del control de la TBC una actividad integral de todo el sistema de salud en el Municipio.
2. Obtener acceso a la microscopía de esputo con garantía de calidad para la detección de casos entre las personas que se presentan con o son detectados mediante pesquisa, por tener los síntomas de la TBC (tos prolongada como lo más importante). Una atención especial es necesaria para la detección de casos entre las personas infectadas por VIH y otros grupos de alto riesgo, como por ejemplo, las personas en penitenciarías, ancianatos, orfanatos y hogares infantiles.
3. Quimioterapia acortada estándar a todos los casos de TBC bajo condiciones adecuadas del manejo de los casos incluida la observación directa del tratamiento.
4. Suministro no interrumpido de los medicamentos con garantía de calidad y buenos sistemas de distribución.
5. Sistema de registro y notificación que permite la evaluación del resultado de todos y cada uno de los pacientes y evaluación del desempeño general del programa en el Municipio de Pasto. (7).

La vacunación con BCG debe efectuarse por un personal sanitario especialmente capacitado. El lugar utilizado frecuentemente para vacunas se encuentra en la región por encima de la inserción distal del músculo deltoides, aproximadamente en la tercera parte superior del brazo izquierdo. La vacuna esta contraindicada en individuos con deficiencia en la mediación celular inmunológica, incluso en tratamientos con inmunosupresivos. En el lugar de la inyección pueden aparecer también reacciones quelóides y lupóides, de manera que tales infantes o niños no deben ser revacunados. Los individuos infectados por SIDA pero no sintomáticos deben ser inmunizados con vacuna BCG de acuerdo con los esquemas establecidos. En cuanto a los individuos de SIDA clínicamente manifestado, no deben ser vacunados con BCG, pero pueden ser vacunados con otras vacunas de acuerdo con el Programa

Ampliado de Vacunación. (8)

El diagnóstico de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar es eminentemente bacteriológico, la demostración bacteriológica del bacilo tuberculoso es criterio suficiente para confirmar el diagnóstico. Todo paciente con diagnóstico de TBC debe ser valorado por médico general quien diligenciará la tarjeta individual del paciente y prescribirá el tratamiento. Es fundamental para el ingreso y manejo de los pacientes al programa de prevención y control de TBC. No se debe iniciar tratamiento sin haber realizado una comprobación bacteriológica de la enfermedad mediante baciloscopia o cultivo. A todo sintomático respiratorio debe practicársele la baciloscopia seriada de esputo.

Otras indicaciones para cultivo son muestras de tejido o líquidos para diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar, muestras obtenidas mediante aspirado gástrico, lavado bronquial o broncoalveolar, muestras de orina, esputo de niños que expectoran y de pacientes con sospecha de tuberculosis paucibacilar, pacientes VIH positivos, contactos sintomáticos respiratorios de caso índice multiresistente, reingresos de abandono que tengan baciloscopia positiva, fracasos de tratamiento o recaídas y control de tratamiento en casos cuyo diagnóstico haya sido realizado por cultivo.

La determinación del ADA, es útil como ayuda diagnóstica de la Tuberculosis Pleural, Meníngea y de otras serosas, por sí sola no tiene ningún valor. La biopsia de cualquier tejido que demuestre granulomas con necrosis de caseificación y Ziehl Neelsen positiva es diagnóstico de Tuberculosis, excepto de adenitis post vacunal. No se ha aprobado aún el uso de pruebas serológicas para diagnóstico rutinario de la tuberculosis. En aquellos casos en los cuales no se puede demostrar bacteriológica o histopatológicamente la tuberculosis se debe utilizar métodos diagnósticos complementarios.

La radiología es un apoyo diagnóstico de tuberculosis pulmonar en los casos de bacteriología, negativa. El estudio radiológico anormal de tórax no hace diagnóstico de tuberculosis.

TABLA 1. Tratamiento acortado supervisado

Fase	Duración	Nº dosis	Medicamento	Dosis
PRIMERA	8 SEMANAS Lunes a Sábado	48	Estreptomicina (S)	1 A.mp. x 1gr. IM*
			Pirazinamida (Z)	3 Tab. x 500 mg
			Asociación (R+H) Rifampicina + Isoniazida	2Cáps. x 300 mg de R 150 mg de H
SEGUNDA	18 SEMANAS Dos veces por semana	36	Isoniazida (H)	5 Tab. x 100 mg.
			Asociación (R+H) Rifampicina + Isoniazida	2Cáps. x 300 mg de R 150 mg de H

Fuente: Ministerio de Salud de Colombia, 2000.

TABLA 2. Esquema TAES para retratamiento

Fase	Duración	Nº dosis	Medicamento	Dosis
PRIMERA	3 MESES diario Lunes a Sábado	72	Estreptomicina	1 A.mp. x 1 gr. IM*
			Pirazinamida	3 Tab. x 0.5 gr.
			Ethambutol	3 Tab. x 400 mg
			Asociación (R+H) Rifampicina + Isoniazida	2Cáps. x 300 mg de R 150 mg de H
			Ethionamida	3 Tab x 250 mg**
SEGUNDA	3 MESES diario Lunes a Sábado	216	Ethionamida	3 Tab x 250 mg**
			Ethambutol	3 Tab. x 400 mg
			Asociación R + H	2 Cáps

Fuente: Ministerio de Salud de Colombia, 2000.

* 500 mg para mayores de 50 años y peso de 50 kg. Máximo 1 gr. diario

** En caso de intolerancia gástrica se puede reducir a 2 comprimidos

La correlación clínico - radiológica es de mayor valor. La radiología puede hacer sospechar la tuberculosis. No debe ser la estrategia inicial de diagnóstico en un caso sospechoso pulmonar. Sin embargo, puede ser utilizada para evaluar y caracterizar mejor los casos confirmados según el criterio del médico y/o la condición del paciente. En los casos sospechosos o probables de tuberculosis extrapulmonar está indicada, simultánea o previamente al estudio bacteriológico. (9)

Es por lo anterior, que el objetivo general fue establecer estrategias para contribuir a reducir la mortalidad la morbilidad y la transmisión de la enfermedad en

las Comunas 3 y 4 de la Zona VI del Municipio de Pasto y para lograrlo los objetivos específicos fueron: Detectar oportunamente la TBC; cortar la cadena de transmisión de enfermo a sano; buscar al paciente sintomático respiratorio; localizar precozmente y establecer el tratamiento adecuado al enfermo y sus convivientes para reducir las secuelas.

En las recaídas, pulmonares o extrapulmonares, debe usarse el mismo esquema de Tratamiento Acortado Supervisado prolongado la segunda fase hasta completar 63 dosis y evaluando muy bien al paciente con el fin de determinar la causa de la recaída. (Tabla 2).

Los casos crónicos deben ser evaluados por especialista bajo hospitalización. Como resultados posibles del tratamiento se pueden presentar:

Curación: Caso con baciloscopia inicial positiva que terminó el tratamiento y tuvo baciloscopias de esputo negativas en por lo menos dos ocasiones, una de ellas al concluir el tratamiento.

Tratamiento terminado: Caso con baciloscopia inicial positiva que concluyó el tratamiento, pero que no se le realizó baciloscopia de control a final del tratamiento. O bien, el paciente con baciloscopia negativa inicial, como formas infantiles, pleuresía, miliare y otras extrapulmonares, que recibió un ciclo completo de tratamiento.

Fracaso: Se considera sospechoso de fracaso el caso con baciloscopia inicial positiva que siguió siendo, o volvió a ser, positivo al cuarto mes de haber comenzado el tratamiento; en estos casos debe solicitarse una baciloscopia de control al quinto mes de tratamiento. Si ésta resulta positiva se considera como fracaso y debe solicitarse cultivo y pruebas de sensibilidad.

Abandono: Paciente que suspende el tratamiento durante un mes o más. Es de suma importancia la búsqueda del paciente antes de sacarlo por pérdida. Frente al paciente que abandona es preciso analizar cual es la causa del mismo, reforzando la atención con la intervención de los profesionales.

Transferido: Paciente que ha sido remitido a otra institución y cuyo resultado de tratamiento no se conocen.

Fallecido: Paciente que falleció durante el tratamiento, independiente de la causa. ⁽¹⁰⁾

La quimioprofilaxis consiste en administrar isoniazida durante seis (6) meses en dosis de 10 miligramos por kilo de peso/día, a contactos menores de 5 años con reacción tuberculínica de 10 o más milímetros, no vacunados y a quienes se les haya descartado previamente la enfermedad tuberculosa activa. Además, a aquellos adultos que se encuentren inmunodeprimidos o inmunosuprimidos y tengan tuberculina positiva, a dosis de 300 mg/kg/

día de isoniazida por 6-9 meses.

El seguimiento del paciente se compone de consulta médica al segundo, cuarto y sexto mes o cuando el estado del paciente lo requiera. El control de enfermería profesional se realiza el primero, tercero y quinto mes de tratamiento.

La administración del tratamiento se realiza supervisando estrictamente la toma de medicamentos y está a cargo del personal de enfermería, promotoras y agentes comunitarios capacitados.

La visita familiar debe realizarse a través del P.O.S al paciente inasistente al tratamiento o control, con el fin de evitar tratamientos irregulares que conduzcan a la aparición de resistencia bacteriana. La visita domiciliaria inicial para realizar la investigación epidemiológica de campo corresponde al P.A.B. Las actividades normales de cada funcionario. Las actividades educativas en tuberculosis se encausan hacia el personal de salud, el paciente, la familia y la comunidad.

La estrategia para el control de la tuberculosis planteada por la OMS apunta hacia la obtención de las metas propuestas en cada país, Colombia ha fijado como metas operativas para el control de la tuberculosis la curación de al menos el 85% de los casos nuevos de tuberculosis pulmonar bacilífera y la detección de al menos el 70% de estos casos.

Para lograr esto se requiere la realización de dos procedimientos fundamentales: la programación y la evaluación. El proceso de evaluación implica la medición periódica de los indicadores epidemiológicos y de control de gestión que se describen en el capítulo de Vigilancia en Salud Pública de la Tuberculosis.

MATERIALES Y METODOS

El tipo de estudio fue epidemiológico, modalidad: cohorte única vista antes y después. La población estuvo constituida por 16 pacientes de las comunas 3 y 4 de la zona IV del Municipio de Pasto, con diagnóstico de TBC.

Las variables analizadas fueron: **sociodemográficas** (género, edad) y **clínicas** (síntomatología, tipo de prueba diagnóstica utilizada, tratamiento aplicado y tipo de TBC encontrada). Como instrumentos para la recolección de datos se utilizaron: ficha epidemiológica, informe investigación de campo, familiograma, ecomapa, mapa ambiental y la historia clínica académica.

El plan de trabajo de campo de la investigación se realizó con 32 estudiantes. Inicialmente se identificó a los pacientes y se asignó un paciente para dos estudiantes investigadores identificando el organismo de salud al cual estaba inscrito. Los estudiantes aplicaron la ficha epidemiológica, instrumento que utiliza vigilancia epidemiológica para hacer el estudio de la notificación de las enfermedades transmisibles.

Luego se aplicó el familiograma verificando la composición familiar, antecedentes socioeconómicos, patológicos, hereditarios y contactos susceptibles de contagio; el ecomapa se aplicó para conocer la comunidad, el entorno, los riesgos, factores protectores, culturales y sociales del paciente. Además, se realizó el mapa ambiental, en el que se desenvuelve el paciente. Se elaboró también, la historia clínica académica con el fin de conocer toda la problemática clínica del paciente, ayudas diagnósticas, diagnóstico sindromático, etiológico y evolución.

Los pacientes del estudio y sus familias fueron entrevistados inicialmente y a través del seguimiento se verificó la evolución de la enfermedad.

RESULTADOS Y DISCUSION

La ficha epidemiológica, permitió conocer la identificación del paciente (fecha de nacimiento y ubicación de vivienda), organismo de salud al que se encuentra inscrito y que persona es responsable de la administración del TAES, además se describen los datos clínicos desde el inicio de la enfermedad hasta el momento de la visita de los investigadores, incluyendo el diagnóstico y tratamiento recibido.

Con el trabajo de campo se identificaron los contactos, la evolución de la enfermedad y los factores de

riesgo, dentro de ellos los más frecuentes fueron: techos en mal estado, filtración de corrientes de aire, pisos húmedos, hacinamiento, falta de aireación, desnutrición y estrés. Por otra parte se identificaron factores protectores, como: educación específica, profilaxis de la enfermedad, tratamiento oportuno, implementación del esquema de vacunación, prevención y promoción de salud.

El familiograma permitió determinar que las familias estudiadas en promedio están compuestas por siete personas y el rango osciló entre cuatro y doce miembros.

El mapa ambiental ubica a la vivienda del paciente en el contexto de la población, permitió recolectar datos sobre los factores de riesgo ambientales y arquitectónicos, tales como: contaminación por tránsito vehicular, drenaje deficiente de aguas lluvias y en ocasiones de aguas residuales domésticas.

El ecomapa, describe la relación de la familia con la sociedad resaltando aspectos culturales, económicos, religiosos, políticos y laborales, destacándose en estas comunidades la alteración de las relaciones interpersonales, el desinterés en los aspectos políticos, las dificultades laborales y la pésima utilización del tiempo libre con el exagerado consumo de bebidas embriagantes que pueden repercutir en el estado nutricional.

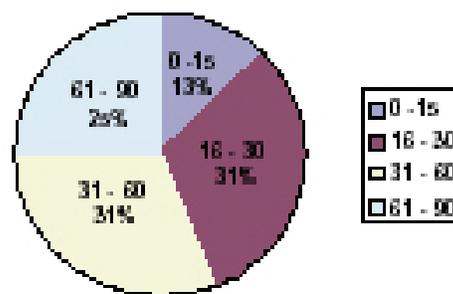


GRÁFICO 1. Distribución de la edad de los pacientes con TBC.

La TBC se encuentra en mayor porcentaje en las edades correspondientes a 16 y 60 años, con un 62%, lo que indica que la enfermedad compromete a las personas en la edad productiva.

Entre 0 y 15 años se encontró un 13% aclarando que hubo un niño de TBC ganglionar de 4 años de edad. En el rango entre 61 y 90 años se presentó un 25%.

En cuanto a género de los pacientes que fueron estudiados, se encontró que el mayor porcentaje eran hombres (62.5%). Esto no quiere decir que en referencia al género la presentación de la enfermedad sea mayor en hombres. La enfermedad se presenta por igual en hombres, mujeres, niños, y ancianos.

Los síntomas que más se observaron fueron los tos y la hemoptisis, con un número de 6 y 3 casos respectivamente, dato que coincide con lo reportado por la literatura revisada. ⁽¹¹⁾

Como antecedente de TBC anterior se presentaron dos casos, reactivación de la TBC en paciente HIV Sida un caso y contacto de TBC otro caso. Con referencia a la cicatriz de la vacunación con BCG se observó que solo 6 pacientes la demostraron, punto importante que debe tenerse en cuenta porque los pacientes no se vacunaron a su debido tiempo, o, si se vacunaron la vacuna no fue efectiva, asumiendo algunos factores de riesgo como la permanencia en el tiempo o sea máximo seis horas para ser utilizada o el mal manejo de la misma como la ruptura de la red de frío y la mala manipulación de la vacuna.

Los pacientes que fueron sometidos al tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) mostraron una efectividad del 80% a 83 % de curación, como lo reporta el programa de TBC del Instituto Departamental de Salud de Nariño. Se observó también que el retratamiento fue efectivo en un solo paciente que lo necesitó. Y también se encontró abandono del tratamiento en un solo caso.

Respecto a los exámenes diagnósticos, la baciloscopia fue la más utilizada siendo positiva en 10 casos; el cultivo fue necesario en dos y la anatomía patológica en un solo caso.

GRÁFICO 2. Distribución de la sintomatología de los pacientes con TBC.

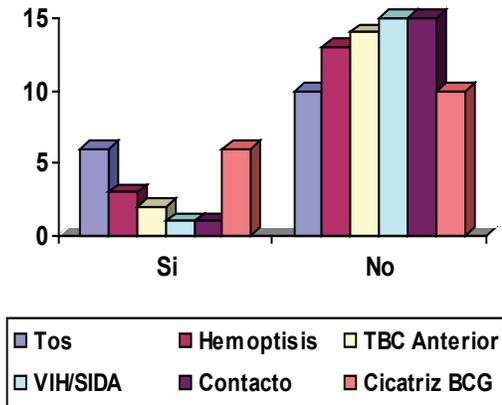
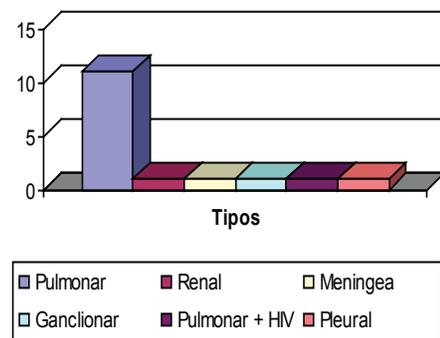


GRÁFICO 3. Distribución de los tipos de TBC



Clínicamente se confirmaron 6 casos y radiográficamente 5. Se presentaron 6 casos nuevos y reactivados 2. El Test de ADA se utilizó en un solo caso de esta investigación que correspondió a la TBC meníngea.

El mayor número de pacientes presentó TBC pulmonar en 11 casos, seguido por TBC renal un caso, meníngea 1 caso, ganglionar un caso, pulmonar más VIH uno y pleural un caso. De los 16 casos estudiados predominó la TBC pulmonar. Este hallazgo coincide con lo reportado en la literatura tanto a nivel regional, nacional y mundial.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La TBC se presenta con mayor frecuencia en los rangos de edad comprendidos entre 16 – 30 y 31 – 60 años.

La TBC en el presente trabajo se presentó con mayor frecuencia en el género masculino. Clínicamente el síntoma que más se presentó fue la tos seguida por la hemoptisis.

Dentro de los tipos de TBC, la pulmonar fue la predominante.

El comportamiento epidemiológico de la TBC en los casos estudiados corresponde a lo descrito en la literatura universal.

Se recomienda insistir en las campañas de vacunación con BCG, que se realizan metodológicamente a nivel regional por que la cicatriz sólo se encontró en 37.5 % de los pacientes evaluados, hallazgo que permite proponer estudios de cobertura y efectividad del producto biológico.

8. Farreras Rozman Medicina Interna Volumen II, décimo tercera edición, 1995. Mosby / Doyma Libros. Sección 17. Enfermedades Infecciosas. Tuberculosis: 2357 – 2367.
9. Harrison. Principios de Medicina Interna McGraw-Hill, 14 Ed. Volumen I:827 a 836.
10. Roa, Jairo. Bermudez, Mary. Acero, Rafael. Neumología. MacGraw-Hill Inter Americana 2000: 200 a 209.
11. Robbins. Patología Estructural y Funcional Sexta Edición, año 2003, McGraw – Hill Interamericana, TBC Pulmonar pp 754 -757, capítulo 16.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Republica de Colombia: Ministerio de Salud Normas Técnicas y Guías de Atención Junio 2000 tomo II. Guía 27. Atención de la TBC pulmonar y extrapulmonar: 27 – 1 a 27 – 44.
2. OMS Documento 2003.
3. Republica de Colombia: Ministerio de Salud. Año 2002.
4. IDSN Programa de control de la TBC en el departamento de Nariño año 2003
5. Rodopska, S, Int. Symp. on BCG 1983 Vaccines and Tuberculins. Develop. Boil. Stand. 58: 257 – 272.
6. Robbins Patología estructural y funcional. Sexta edición, año 2003, McGraw – Hill Interamericana, TBC Pulmonar: 754 -757, capítulo 16.
7. Chalem, Escandon, Campos, Esguerra. Medicina Interna. Tercera Ed. Volumen IV. Capítulo 262:1470 a 1484.