

RETRASO EN EL INICIO DE TRATAMIENTO POST RESULTADO BACILOSCÓPICO DE ESPUTO EN EL HOSPITAL III "FÉLIX TORREALVA" ESSALUD-ICA

Autores:

Campos Valencia Rocío Liliam 1, Espinoza Cabrera Jorge Luis 2, Bernaola Zevallos María José 3, Huamán Pisconti Manuel Antonio 4, Infante Valdez Katiza Karla 5, Agreda Hernández Susan 6
1 Médico Neumóloga Asistente del Área de Neumología del H. III "F.T.G."
2 Médico Cardiólogo Asistente del Área de Cardiología del H. III "F.T.G."
3 Médico Cirujano Serumista del P.S. Huachinga
4 Médico Cirujano Serumista del P. S. PNP Córdova
5 Médico Cirujano Serumista del P. S. PNP Santiago de Chocorvos
6 Licenciada en Enfermería, responsable del PCT del H. III "F.T.G."
Programa de Control de Tuberculosis del Hospital III "Félix Torrealva." EsSalud-Ica

RESUMEN

OBJETIVOS:

Determinar el periodo de tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo del Hospital "Félix Torrealva" en los años 2,000 al 2,003.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudiaron todos los pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivos registrados como nuevos, recaídas y abandonos recuperados.

El diseño del estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal

RESULTADOS:

Se diagnosticaron un total de 163 casos de TBC pulmonar frotis positivo. En la distribución por sexos, el porcentaje de varones fue 50,9 % y en mujeres el 49,1%

El grupo etéreo de mayor frecuencia fue de 15 a 30 años (28,8%) seguido por los mayores de 60 años (27%).

Ingresaron como Nunca Tratados el 86,5 % y como Antes Tratados un 13,5%.

Los casos urbanos comprendieron el 80,4% de la población frente al 19,6% de los rurales.

Encontramos una media en el retraso del inicio del tratamiento post resultado bacteriológico positivo de 3,6 días con una desviación estándar de $\pm 7,88$ días.

Se observó que el mayor retraso en el tratamiento se produjo en el grupo de pacientes de procedencia rural con un 40,6 % en relación al urbano, 19,9 %

CONCLUSIONES:

Se concluye que en nuestro hospital se retrasa el inicio del tratamiento más allá de los estándares establecidos por el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, que en parte se debe a la procedencia rural de los pacientes y mayoritariamente al efecto negativo del factor económico en los gastos de desplazamiento y recurso humano.

SUMMARY

OBJECTIVES:

To determine the period of time passed between the diagnosis and the beginning of the treatment in patients with pulmonary tuberculosis positive smear of the Hospital "Felix Torrealva" during the years 2.000 to the 2.003.

MATERIAL AND METHODS:

All the patients studied with pulmonary tuberculosis positive smear registered like new, relapsing and recovered abandonments.

The design of the study is observational descriptive, retrospective and longitudinal

RESULTS:

A total of 163 cases of pulmonary TBC positive smear were diagnosed. In the distribution by sexes, the percentage of men is of 50.9 % and in women it is of 49.1%

The most frequent age group of was between 15 to 30 years (28,8%) followed by the people older than 60 years (27%).

Entered as Never treated 86, 5% and as Previously treated 13,5%

The urban cases were 80.4% of the population studied and the rural cases were 19.6%.

We found an average in the delay of the beginning of the treatment post positive bacteriological result 3.6 days with a standard deviation of ± 7.88 days.

It was observed that the greatest delay in the treatment occurred with the group of patients of rural origin with 40, 6% in relation to the urban cases: 19,9%.

CONCLUSIONS:

We conclude that in our hospital the beginning of the treatment is delayed compared to the standards established by the National Program of Control of Tuberculosis, this the delay is caused partially by the rural origin of the patients and mainly for the negative effect of the economic factor in the costs of displacement and human resource.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de los enfermos de tuberculosis hasta su curación son, por el momento, los pilares fundamentales de la lucha antituberculosa¹.

Durante el tiempo que un enfermo de tuberculosis pulmonar no es diagnosticado y sobre todo no tratado, sus lesiones pueden progresar y llegar a un desenlace fatal, como lo demuestra el elevado número de casos descubiertos en autopsia^{2,4}. En el diagnóstico de un caso de TB todos los estamentos sanitarios se ven implicados: el paciente, que debe acudir a solicitar ayuda médica; el médico, que debe sospechar la enfermedad; el laboratorio y las técnicas de diagnóstico por imagen¹. En el tratamiento de un caso diagnosticado de TB con baciloscopia positiva, están implicados además el personal de salud que debe aportar los medios necesarios para el cumplimiento de lo establecido.

El objetivo principal de este estudio es conocer el tiempo de inicio de tratamiento luego de conocido el resultado de la baciloscopia, así como la magnitud y evaluación del retraso al tratamiento.

Asimismo, en el presente trabajo, se pretende analizar la

evolución de la incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2,000 y el 31 de diciembre de 2003, así como conocer algunas de las características epidemiológicas de los casos bacilíferos positivos de nuestro hospital.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar el periodo de tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo.

ESPECÍFICOS:

1. Determinar la incidencia anual de tuberculosis pulmonar frotis positivo en el H. III "Félix Torrealva" EsSalud-lica
2. Describir algunas características epidemiológicas de los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo que ingresaron al Programa de Control de Tuberculosis en el periodo de estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACIÓN: Todos los pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivos registrados en el Programa de Control de Tuberculosis del H. III "Félix Torrealva" en el periodo comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2,003

MUESTRA: Se incluyen todos los casos bacilíferos positivos que ingresan como nuevos, recaídas, abandonos recuperados y se excluyen los fracasos.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realiza un estudio Observacional, Descriptivo, Retrospectivo y Longitudinal

Las variables de estudio consideradas son:

Independientes

- sexo
- edad
- residencia (urbano/rural)
- retraso en el inicio del tratamiento (días transcurridos entre el reporte bacteriológico y el inicio del tratamiento)

Dependiente

- Caso de TBCp FP

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para el análisis estadístico se han empleado los procedimientos de la estadística descriptiva referentes al uso de tablas de frecuencia y cálculo de medidas de tendencia central y dispersión. Asimismo también se usaron pruebas no paramétricas, como el Chi cuadrado y de correlación como Rho Speerman. El procesamiento informático de los datos se ha realizado con el programa SPSS versión 11.5.

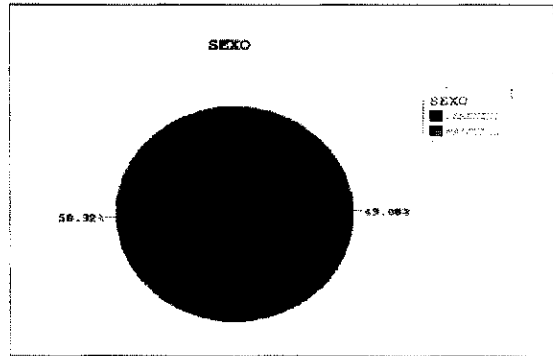
RECOLECCION DE DATOS:

La recolección de datos se realizó utilizando los libros de registro de sintomáticos respiratorios del 2,000 al 2,004 y los libros de investigación bacteriológica en tuberculosis de los mismos años.

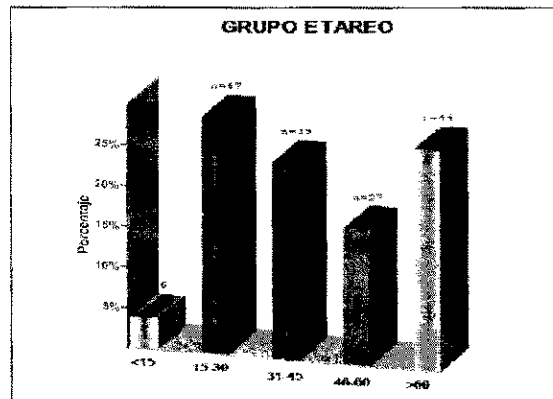
RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron y notificaron un total de 163 casos de TBC pulmonar frotis positivo.

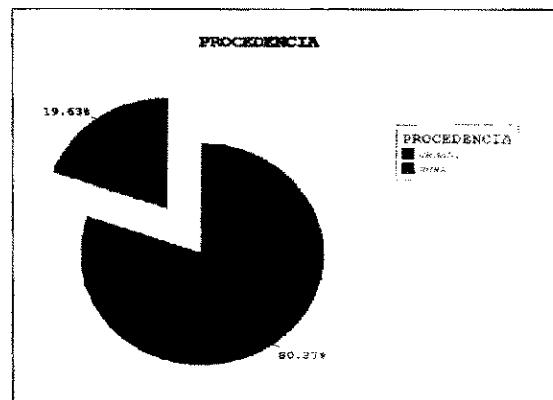
En cuanto a la distribución por sexos, el número de casos registrados durante todo el periodo en varones es de 83, 50,9 % y en mujeres es de 80, 49,1 %.



La mayor parte de los casos se concentran en los grupos de edad de 15 a 30 años (47 casos, 28,8%) y en mayores de 60 años (44 casos, 27%).



Se observa un claro predominio de los casos urbanos frente a los rurales durante todo el periodo de tiempo a estudio, 80,4 % y 19,6 % respectivamente.



Nuestros datos reflejan una media en el retraso del inicio del tratamiento a partir del resultado bacteriológico positivo de 3,6 días con una desviación estándar de $\pm 7,88$ días.

	Casos	Media	Desviación estándar
Total	163	3,6	7,88
< 48 horas	124	0,83	0,77
> 48 horas	39	12,38	12,59

Se observa que hay un claro predominio de retraso en el inicio del tratamiento (mayor de 48 horas) en el grupo de pacientes de procedencia rural, 40,6 % en relación con el grupo urbano, 19,9 %

RETRASO TRATAMIENTO	PROCEDENCIA		TOTAL
	URBANO	RURAL	
<= 48 HORAS	105	19	124
	80,1%	59,4%	76%
> 48 HORAS	26	13	39
	19,9%	40,6%	24%
TOTAL	131	32	163
	100%	100%	100%

Al aplicar pruebas no paramétricas como el Chi cuadrado encontramos que ambas variables no son independientes, con un nivel de significancia menor de 0.05

Retraso en el tratamiento	χ^2	Nivel de significancia
Procedencia	6.1	0.0014

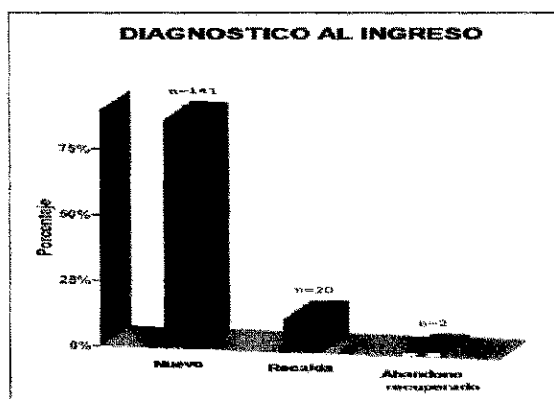
Al aplicar la prueba de correlación de Spearman encontramos una relación directa leve entre la procedencia rural y el retraso en el inicio del tratamiento

Rho Spearman	Coefficiente de correlación	Nivel de significancia
Bilateral	0.193	0.0136
Unilateral	0.193	0.007

La incidencia de los casos de TBCp FP en el área de estudio fue de 34,01 casos/100.000 hab. en el 2,000 y de 26,68 casos/100.000 hab. en el 2003.

Años	2000	2001	2002	2003
Tasa de incidencia TBCp FP	34,01	33,85	32,35	26,68

Ingresaron como Nunca Tratados 141 casos, que corresponde al 86,5 % y como Antes Tratados 22 casos, equivalente a un 13,5 %.



DISCUSIÓN

Uno de los objetivos fundamentales fijados por el Programa Nacional de Control de Tuberculosis es lograr en más del 90% de los casos un retraso en el inicio del tratamiento desde el momento que se obtiene el resultado bacteriológico de 0 a 1 día idealmente, y de 2 días como máximo.

Se han realizado otros estudios que analizan el retardo del estudio diagnóstico, y el retraso total desde el inicio de los síntomas al principio del tratamiento⁵, en ellos se consideran factores de retraso propios del paciente, otros inherentes al médico tratante, al proceso del diagnóstico, al personal de PCT, al retardo propio del sistema del establecimiento de salud, cuyos resultados muestran que los pacientes son responsables en un 50% del retraso en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar sintomática, y el personal de salud es responsable del retraso en el proceso diagnóstico e inicio del tratamiento por factores atribuibles al propio sistema del establecimiento de salud¹.

En el presente trabajo encontramos que nuestro hospital se toma un mayor tiempo de lo establecido para iniciar el tratamiento de los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo. En la búsqueda de factores encontramos que existe una relación directa entre la procedencia rural del paciente y el tiempo de demora de inicio del tratamiento; sin embargo, la población rural que abarca nuestro estudio no excede a la quinta parte del total de pacientes, por lo que este factor, si bien es cierto influye en el tiempo de inicio del tratamiento, su contribución es parcial. Un factor contribuyente en nuestra institución es el problema económico y de recurso del personal de salud que representa la búsqueda (visita domiciliaria) del caso TBCp FP, por lo que en ocasiones se espera que el paciente acuda a su próxima cita. Eventualmente se añaden factores propios del paciente como direcciones falsas o cambios domiciliarios.

Por otro lado, en nuestro estudio valoramos también la tendencia de la presentación de casos en la población asegurada adscrita a nuestro hospital, que por ser de nivel III se constituye en un hospital referencial del departamento de Ica, se aprecia que la incidencia anual de TBCp FP está en descenso gradual.

En la actualidad es utópico pensar en la erradicación de la tuberculosis (TBC) a corto plazo. Se estima que con una incidencia anual de 1 bacilífero/ millón de habitantes

se alcanzaría la fase de eliminación y con una incidencia anual de 1 bacilífero/10 millones de habitantes se podría considerar virtualmente erradicada⁵. Sin embargo, estas cifras están todavía muy lejos de las actuales.

Con relación a las características epidemiológicas de nuestra población, encontramos que si bien es cierto se conserva el predominio del sexo masculino como ha sido reportado en otros trabajos^{6,7}, esta diferencia no es significativa. El grupo etéreo predominante sigue siendo el grupo de adultos jóvenes económicamente activos, tal como lo informan otros trabajos realizados en nuestro país 8-10. A pesar de ser la provincia de Ica un territorio con amplia superficie rural, la mayor concentración de los casos se encuentran en las zonas urbanas, esto probablemente al diferente estilo y calidad de vida de nuestras campañas en relación a la pobreza, tugurización y hacinamiento de algunas zonas urbanas de nuestra ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Altet MN, Alcalde MJ, Canela SJ et al. Estudio del retraso diagnóstico de la tuberculosis pulmonar sintomática. Archivos de Bronconeumología 2003 Abril 39(4):146-152.
2. Vivanco Velasco R, De Ancos Aracil C, Estrada Pérez V, Guijarro Rojas M, Serrano Ros M. Tuberculosis como causa de muerte. Rev Clin Esp 1998;198:601-3.
3. Enarson DA. Failure of diagnosis: a key indicator in quality assurance of tuberculosis control [editorial]. Tuberc Lung Dis 1885; 76:279-80.
4. Zafran N, Heldal E, Pavlovic S, Vuckovic D, Boe J. Why do our patients die of active tuberculosis in the era of effective therapy? Tub Lung Dis 1994;75:329-33.
5. Documento de consenso sobre la prevención y control de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc) 1999; 113: 710-715
6. E. Alfaro, M.Verazaballos, E. Tejada. Factores que influyen en el inicio de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar nuevos frotis positivo. Ilo. Moquegua.2000. Tuberculosis en el Perú-Informe 2,000; 265-266
7. C. Espinoza, J. Soria. Tendencia de la carga bacilar entre los sintomáticos respiratorios examinados con frotis positivos. Puesto de Salud San Carlos. Surco. Lima. 1986-2000. Tuberculosis en el Perú-Informe 2,000; 271.
8. J. Curto, J. Vela, R. Naupay. Positividad de los sintomáticos respiratorios examinados BK (-), por cultivos según edad y sexo. Región Loreto. 1996-2000. Tuberculosis en el Perú-Informe 2,000; 259.
9. E. Alarcón. Evaluación epidemiológica y operacional del programa nacional de control de la tuberculosis en el Perú, al año 2,000. Tuberculosis en el Perú-Informe 2,000; 25-39
10. Paynter S, Hayward A, Wilkinson P y otros. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2004; 8(2):180- 185.