

NEUMOPATÍA APICAL Y TUBERCULOSIS PULMONAR HOSPITAL III – ESSALUD – IQUITOS, DE SETIEMBRE DE 1999 A SETIEMBRE DE 2001.

PEREZ PINEDO, Eudoro (*). Meléndez Roncal, Rubén Darío (*). Arce Reátegui, Yuri (*).
Rivadeneira Ruíz, Yrina (*). Hurtado Fernández, Eulogio Jorge (*). Reyes Toribio, Hilderdx (**)
(*). Médico cirujano - DISA Loreto. (**). Médico Neumólogo - EsSALUD.

OBJETIVO: Determinar que porcentaje de Neumopatías Apicales observadas en la radiografía de tórax posteroanterior son de etiología tuberculosa, mediante cultivo BK y BK directo, obtenido de lavado broncoalveolar por fibrobroncoscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas y las hojas de reporte fibrobroncoscópico de 81 pacientes con diagnóstico de neumopatía apical, evidenciada radiográficamente, a quienes se les realizó BK directo y cultivo de muestra de lavado broncoalveolar obtenido por estudio fibrobroncoscópico, en el servicio de neumología del Hospital III EsSALUD – IQUITOS de setiembre de 1999 a setiembre de 2001.

RESULTADOS: De la población estudiada 44 pacientes fueron de sexo masculino (54%). El 66% de los pacientes que presentaron neumopatía apical tienen entre 15 y 45 años de edad. La profesión más afectada fue la de profesor con 51 pacientes (62.96%). Presentaron tuberculosis pulmonar 24 pacientes (29.6%), 11 pacientes tuvieron baciloscopia directa positiva, y los 24 presentaron cultivo de lavado broncoalveolar positivo.

CONCLUSIONES: De la población evaluada 24 dieron positivo para tuberculosis, la ocupación con mayor proporción de tuberculosis fue la de profesor con 17 pacientes (21.1%), y es sexo más afectado fue el masculino con 15 pacientes (18.5%) sobre el sexo femenino con 09 pacientes (11.1%). De acuerdo al curso de la enfermedad, los pacientes con un curso agudo presentaron tuberculosis en mayor frecuencia con 13 pacientes (16.0%).

INTRODUCCIÓN

La neumonía aguda es un problema frecuente en la comunidad, muchas de las cuales, son segmentarias con ubicaciones aleatorias⁽¹⁾, también existen infecciones crónicas reagudizadas que pueden ser confundidas con neumonías agudas por lo que resulta adecuada la nomenclatura de "neumopatía" para referirse a los cambios radiográficos observados en las placas de los pacientes que buscan atención.

La tuberculosis es un problema frecuente en la región de Loreto, un marcador del subdesarrollo, ligado a factores sociales y económicos de compleja solución. Es la principal causa de muerte de origen infeccioso en todo el mundo y sería responsable de 2 millones de muertes anuales, 120 mil de las cuales ocurren en América Latina y del 9% de defunciones en las mujeres. Más del 75% de las infecciones ocurren entre los 15 y 50 años de edad, con una tasa de incidencia de 141.4 por 100 000 habitantes, y una tasa de incidencia de 97.1 por 100 000 habitantes de tuberculosis pulmonar⁽²⁾.

En los hospitales del sistema de salud de la ciudad de Iquitos es frecuente considerar las neumopatías agudas apicales como de etiología tuberculosa, y se sugiere instaurar tratamiento específico incluso con BK negativo, mayor aún cuando persiste el consolidado neumónico por más de una semana.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio tipo retrospectivo, descriptivo y transversal. La población comprendió a todos los pacientes con neumopatía apical, evidenciada radiográficamente, a quienes se les realizó BK y cultivo de muestra de lavado broncoalveolar obtenido por fibrobroncoscopia, en el Servicio de Neumología del Hospital III ESSALUD – IQUITOS de setiembre de 1999 a setiembre de 2001.

Instrumentos: Se utilizaron fichas individuales de recolección de datos diseñados por los investigadores y un Fibrobroncoscopio marca Pentax modelo FB19Tx, con número de serie BO1196.

Técnica Fibrobroncoscópica: Previa premedicación con atropina 0.5 mg IM y Codeína 30 mg IM, se procedió a la introducción del fibrobroncoscopio

RESULTADOS:

En el servicio de Neumología del Hospital III EsSALUD – IQUITOS, en el periodo comprendido entre setiembre de 1999 a setiembre de 2001 se encontró 81 pacientes con neumopatía apical por radiografía posteroanterior de tórax, a quienes se les realizó BK directo y Cultivo BK de lavado broncoalveolar, obtenidos por fibrobroncoscopia.

TABLA Nº. 01: Distribución de Frecuencias de Neumopatía Apical por

SEXO	NEUMOPATÍA APICAL	%
Masculino	44	54%
Femenino	37	46%
TOTAL	81	100%

La tabla Nº. 01 muestra que los de los pacientes con neumopatía apical, hubo predominio del sexo masculino (54%), sobre el sexo femenino (46%), estableciéndose una relación hombre mujer de 1.2 a 1.

TABLA Nº 02:
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETÁREOS.

Grupo Etáreo	Frecuencia	%
15 - 25	18	22.22%
26 - 35	18	22.22%
36 - 45	18	22.22%
46 - 55	7	8.64%
56 - 65	13	16.05%
66 - 75	4	4.94%
76 ó más	3	3.70%
TOTAL	81	100%

La tabla Nº 02 muestra que la distribución etárea predominante va de los 15 a 45 años de edad con un 56% de los casos.

TABLA Nº 03:
Distribución de Neumopatía Apical por Ocupación.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
Profesor	51	62.96%
Constructor	1	1.23%
Panificador	2	2.47%
Ayudante Mecánico	1	1.23%
Desocupado (Hijo Asegurado)	3	3.70%
Estudiante Universitario	9	11.11%
Ama de Casa	10	12.35%
Asistente	3	3.70%
Operador de Maquinas	1	1.23%
TOTAL	81	100%

En la tabla Nº 03 se observa que la ocupación de Profesor es la más frecuente (62.96%), ama de casa en segundo lugar (12.35%), y estudiante universitario en tercer lugar con un 11.11%.

TABLA Nº 04:
BK Post Fibrobroncoscopia y Cultivo

Muestra de Lavado Alveolar Post FBO	POSITIVO	%	NEGATIVO	%	TOTAL
BK Directo	11	13.60%	70	86.40%	81
CULTIVO	24	29.60%	57	70.40%	81

En el cuadro Nº 04 observamos que 11 pacientes dieron positivos para baciloscopia directa, 24 dieron positivo a cultivo de lavado broncoalveolar.

TABLA Nº 05:
LADO DEL PULMÓN MÁS AFECTADO.

Lado Afectado	Frecuencia	%
Izquierdo	23	28%
Derecho	47	58%
Bilateral	11	14%
TOTAL	81	100%

La tabla Nº 05 muestra el lado de pulmón más afectado de los pacientes con neumopatía apical. El lado derecho es el más afectado con un 58% de pacientes, el lado izquierdo 28% y ambos lados 14%.

TABLA Nº 06:
Distribución de Pacientes con Tuberculosis según Sexo.

SEXO	TBC	%	No TBC	%	TOTAL
Masculino	15	18.50%	29	35.80%	44
Femenino	9	11.10%	28	34.60%	37
TOTAL	24	29.60%	57	70.40%	81

La tabla Nº 06 muestra que 09 pacientes quienes tuvieron Tuberculosis son del sexo femenino y 15 son del sexo masculino. La relación entre sexo masculino y femenino fue de 1.66 a 1.

TABLA Nº 07:
Distribución de Pacientes con Tuberculosis según Grupo Etáreo.

Grupo Etáreo	TBC	%	No TBC	%	TOTAL
15 - 25	8	9.90%	10	12.30%	18
26 - 35	7	8.60%	11	13.60%	18
36 - 45	0	0%	18	22.20%	18
46 - 55	2	2.50%	5	6.20%	7
56 - 65	5	6.20%	8	9.90%	13
66 - 75	1	1.20%	3	3.70%	4
75 a más	1	1%	0	0%	3
TOTAL	24	29.60%	57	70.40%	81

La tabla Nº 07 muestra a la población con tuberculosis y su distribución por edades, el grupo más afectado es de 15 a 35 años.

TABLA Nº 08:
Distribución de los Pacientes con Tuberculosis según Curso de la Enfermedad.

Curso de la Enfermedad	TBC	%	No TBC	%	TOTAL
Agudo	13	16.00%	41	50.60%	54
Subagudo	11	13.60%	9	11.10%	20
Crónico	0	0%	7	8.60%	7
Total	24	29.60%	57	70.40%	81

La tabla Nº 08 muestra la relación entre el curso de la enfermedad y la tuberculosis, el curso agudo es el de mayor frecuencia en pacientes positivos para tuberculosis (16%).

DISCUSIÓN

Al evaluar los casos encontramos que la población más afectada es de sexo masculino (54%), aunque muy poco se ha correlacionado la neumopatía desde el punto de vista de su impacto en varones o mujeres, hay autores que creen que esto va a estar de acuerdo a las características sociales y económicas del grupo de pacientes evaluados (3), así en nuestra población de estudio tenemos, que se trata de pacientes asegurados con un determinado

status socioeconómico, quienes tienen la oportunidad de que se les realice estudios con un costo, relativamente inaccesibles para poblaciones no aseguradas. Sin embargo, hay estudios que se realizaron en poblaciones diferentes que encontraron también que la población masculina es la más afectada⁽⁴⁾.

El grupo etéreo más afectado está comprendido entre los 15 y 45 años (66%), Murria C.J. sostiene que las enfermedades de las vías respiratorias y pulmonares son más frecuentes en grupos de adultos en edad económicamente activos, es decir entre los 15 y 59 años de edad⁽⁵⁾.

El grupo ocupacional más afectado está constituido por profesores, con 62.96% seguidos de amas de casa, en un 12.35% y estudiantes universitarios en 11.11%. Esta población se caracteriza por ser asalariada pero con menos ingresos económicos, mujeres desocupadas que dependen de sus esposos, estudiantes provenientes de familias con escasos recursos económicos que tienen la oportunidad de asegurarse a través del Seguro Universitario. Murria menciona que los profesores y los líderes de la comunidad, son los más afectados por las enfermedades respiratorias de origen infeccioso, debido a su condición de población económicamente activa y de bajos ingresos económicos⁽⁶⁾.

Hace más de 21 años que se empezaron a publicar las primeras series en las que se demostraba la utilidad del estudio microbiológico de las muestras obtenidas mediante fibroscopía en pacientes con sospecha de tuberculosis que no expectoraban o con baciloscopia directa de esputo negativa (7,8), pero esto solo en el ámbito internacional. Ahora con la oportunidad que nos brinda ESSALUD al contar con exámenes auxiliares como la radiología y la fibrobroncoscopia óptica utilizando el fibrobroncoscopio Pentax de 5.5 mm de diámetro flexible para adultos, el cual es operado en forma regular desde junio de 1999 por un especialista en Neumología y asistido por un personal de apoyo, podemos realizar una comparación de nuestros resultados con los existentes, sobre todo en el plano internacional muchos de ellos hechos en unos inicios con muestras de lavado broncoalveolar obtenidos por broncoscopios rígidos, buscando la sensibilidad diagnóstica de esta prueba, para tuberculosis. A pesar de que se venía usando en el diagnóstico de otras enfermedades desde principios de los años setenta⁽⁹⁾.

Recientemente han sido varios los trabajos que han valorado la rentabilidad del lavado broncoalveolar como muestra en el diagnóstico microbiológico convencional de la tuberculosis^(10,11,12,13,14,15). Los resultados, aunque siempre aceptables, no son uniformes. Así, los mejores resultados han sido comunicados por De Gracia et al⁽¹²⁾. Que encuentran la mayor rentabilidad diagnóstica de todas las muestras estudiadas (incluían lavado broncoalveolar, aspirado bronquial y esputo post-fibrobroncoscopia) con el lavado broncoalveolar, que en el cultivo les proporcionaba el diagnóstico en 15 de los 17 pacientes (88%) afectado de tuberculosis a los que se les realizó fibrobroncoscopia. Este porcentaje era muy superior al 53% otorgado por el aspirado bronquial y al 46% del esputo post fibrobroncoscopia. Además, mientras el aspirado bronquial por sí mismo solo otorgaba el diagnóstico en un enfermo, el lavado broncoalveolar era la única muestra positiva en 7 de los 17 afectados de tuberculosis. Sin embargo, aunque Baughman et al⁽¹⁶⁾ concluyen opinando

que el lavado broncoalveolar es muy útil en el diagnóstico de la tuberculosis, lo cierto es que tan sólo en uno de sus enfermos esta fue la única muestra positiva, mientras que el aspirado bronquial proporcionó el diagnóstico en 07 enfermos. De los 50 enfermos con tuberculosis a los que se realizó broncofibroscopia, sólo en 29 se pudo obtener a la vez muestras de aspirado bronquial y lavado broncoalveolar para realizarles baciloscopia y cultivo, siendo la rentabilidad conjunta de ambas superior al 90%, porcentaje que se incrementaba en el grupo de enfermos cuya radiografía de tórax mostraba una enfermedad más avanzada. En este trabajo la aportación del lavado broncoalveolar se toma con más sensible que el esputo por lo que creemos que puede descartar la positividad o negatividad de un paciente con radiología sugestiva a tuberculosis. Respecto al trabajo de Baughman posteriormente, De Gracia et al⁽¹⁷⁾, sostienen que el que los aparentes mejores resultados por aspirado bronquial era porque la metodología empleada en la toma del aspirado bronquial era diferente. Así, mientras este grupo⁽¹⁸⁾ realizaba la toma de aspirado antes de realizar el lavado broncoalveolar, Baughman et al⁽¹⁹⁾ incluían en esta muestra el líquido aspirado después de realizar el lavado broncoalveolar, por lo que buena sensibilidad atribuida al aspirado bronquial se podía deber al lavado broncoalveolar.

Al evaluar los cultivos de BK de lavado broncoalveolar, se encontró 24 (29.6%) pacientes con cultivo BK positivo, de los cuales inicialmente 11 fueron BK positivos al evaluar muestras de BK de esputo post fibrobroncoscopia con baciloscopia directa. Previamente todos los pacientes fueron sometidos a 2 series de BK de esputo (sin fibroscopia previa), los cuales dieron resultados negativos, y por sospecha de tuberculosis, radiológicamente sugestiva se solicitó fibrobroncoscopia. El hecho de que solo 11 de todas las baciloscopias directas sean BK positivas frente a 24 de los cultivos, se debe a menor sensibilidad de esta técnica frente al cultivo⁽²⁰⁾.

El lado de pulmón más afectado fue el lado derecho (58%), correlacionando este hallazgo con S. Rojas quien realizó un estudio en 126 pacientes de los cuales el pulmón derecho estuvo afectado mayoritariamente (77%) (21), y Clavijo y Muñoz en 73% (22), esto se debe a la disposición anatómica del pulmón con respecto a la dirección de los bronquios principales, con el derecho que tiene una entrada más directa respecto al izquierdo. El diagnóstico de tuberculosis para nuestra población total fue de 24 pacientes, de los cuales la mayoría son varones; según Murria esta distribución está de acuerdo al comportamiento social y económico⁽²³⁾.

La distribución etérea de la tuberculosis en el presente trabajo afecta predominantemente a los pacientes comprendidos entre 15 y 35 años (18.5%). Este grupo etéreo coincide con los hallazgos reportados en la literatura mundial^(24, 25, 26, 27), siendo un grupo de población económicamente activa y con marcados problemas económicos para la satisfacción adecuada de sus necesidades primordiales. El curso de la enfermedad tuvo una distribución en la cual, el curso agudo de la enfermedad ha dado positivo para el diagnóstico de tuberculosis en mayor frecuencia (16%) superando al curso subagudo (13.6%).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NIEDERMAN, S. (1994) Respiratory Infection, a Scientific Basis for Management. Editorial W.B. Saunders Company, Philadelphia, U.S.A..
2. MINSA (2001). Programa de Control de Tuberculosis. Informe Anual.
3. Cáceres. (1993). Diagnóstico de tuberculosis pleura por biopsia percutánea. Servicio de Neumología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima Perú.
4. Op cit 22.
5. Murria, C.J. L. (1991) Investigación económica, social y operacional sobre la tuberculosis: Estudios recientes y algunas cuestiones prioritarias. Eol. Unión Int. Tuberc. Enf. Resp. Pp. 163 – 171.
6. Op cit 24.
7. Op cit 20.
8. Wilcox PA. Benatar SR. Potgieter PD. (1982). USE OF THE FLEXIBLE FIBREOPTIC BRONCHOSCOPE IN THE DIAGNOSIS OF THE SPUTUM NEGATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS THORAX. Vol. 37. Pp. 598 – 601.
9. American Thoracic Society. (1988). CLINICAL ROLE OF BRONCHOALVEOLAR LAVAGE IN ADULTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS. Pp. 481 – 486.
10. Norman E., Keistinin T. y otros. (1988) BRONCHOALVEOLAR LAVAGE IS BETTER THAN GASTRIC LAVAGE IN THE DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS. Scand J. Infec. Dis. Vol. 20. Pp. 77 – 80.
11. De Gracia J. Curull V., Vidal R. et al. Diagnostic Value Of Bronchoalveolar Lavage in Suspected Pulmonary Tuberculosis. Chest. Col 33. Pp. 329 – 332.
12. Op cit 21.
13. Miro AM. Gibilara E. Powell S. Kamholz SL. (1992). The role of the fiberoptic bronchoscope for diagnosis of pulmonary tuberculosis in patients at risk for AIDS. Chest. Vol 101. Pp. 1211 – 1214.
14. Chang HS. Sun AJ. Hoheisel GB. Bronchoscopy aspiration bronchoalveolar lavage in the diagnosis of sputum smear negative pulmonary tuberculosis. Lung. Vol 168. Pp. 215 – 220.
15. Op cit 26.
16. Op cit 21.
17. De Gracia J. Curull V. y otros. (1992). Brochoscopy with bronchoalveolar lavage in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. Chest. Vol 101. Pp. 292.
18. Op cit 26.
19. Op cit 21.
20. Op cit 2.
21. Op cit 27.
22. Clavijo M.J. y Muñoz L. J. Hemoptisis. Análisis de 22 casos. Gac. Med. Vol VI 17 (1): 13 – 7, Junio 1993.
23. Op cit 24. Pp. 163 – 167.
24. Op cit 2.
25. Op cit 24.
26. Caminero J. (2000). PCT – BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA. MINSA – PERÚ.
27. Op cit 24. Pp. 32.

TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN PACIENTES ADULTOS MAYORES TRATADOS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES LIMA – PERÚ

Autores: Santiago Herrera Morales *, Epifanio Sánchez Garavito**, Alfredo Laguna Urdanivia***, Verónica Farroñay Liza ****

* Médico Internista Geriatra, Asistente del Departamento de Medicina, HSEB

** Médico Neumólogo, Jefe del Departamento de Medicina y del Servicio de Neumología, HSEB

***Médico General, Ex interno del HSEB

****Médico General, Ex interno del HSEB, Seruamista.

RESUMEN:

El Perú ocupa el segundo lugar en Latinoamérica y el cuarto en el mundo entre los países que notifican el 80 % de casos nuevos de tuberculosis anualmente. La multidrogoresistencia agrava el problema y la polifarmacia y sus consecuencias son inevitables cuando se trata de pacientes ancianos.

Objetivos: Conocer las características clínico geriátricas y epidemiológicas, de pacientes ancianos con MDR-TB y su respuesta al tratamiento

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se revisó historias clínicas de pacientes ancianos MDR-TB tratados mediante el DOTS – PLUS PROJECT MDR-TB propuesto por la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, entre septiembre de 1996 a Junio del 2004. Los datos fueron completados mediante una visita domiciliaria.*

Resultados: Se revisaron 622 historias, 31 fueron de adultos mayores (5%). El 29% tuvo contacto MDR-TB. La pérdida ponderal fue el signo más frecuente (78%) se-

guido de tos y disnea. 55% presentó comorbilidad. Las enfermedades respiratorias y gastrointestinales fueron frecuentes. 64% presentó deterioro leve de la funcionalidad según Barthel. 95% presentó reacciones adversas, el 80% fueron efectos menores relacionados a problemas gastrointestinales. 50 % presentó resistencia a las drogas de primera línea. La resistencia fue baja para levofloxacina, PAS, cicloserina, capreomicina, amikacina, kanamicina, etambutol. La evolución fue favorable en el 64.5%. Conclusiones: A pesar de la alta frecuencia de efectos tóxicos y colaterales estos fueron menores. La mayoría de los adultos mayores tratados con el DOTS – PLUS PROJECT MDR-TB tienen buena tolerancia a los medicamentos y una evolución favorable.

INTRODUCCIÓN:

La Tuberculosis sigue siendo una importante amenaza para la salud pública por su alta prevalencia y alta tasa de mortalidad en el grupo de los adultos mayores que llega a 14 por cada 1000 defunciones al año en nuestro país. El Perú reporta más de 35 mil casos al año, que representa una tasa de 132 por 100,000 habitantes, una de las más altas del continente y que nos ubica en el segundo lugar