



RELACION DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR CON LA HEMOPTISIS EN EL SERVICIO DE NEUMOTISIOLOGIA DEL HUMSJDD DE LA CIUDAD DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA DESDE EL AÑO 2004 A JUNIO DEL 2007.

Autores: Arancibia Aguila L., Sánchez Urey M., López Hidalgo W.

Asesor: Dr. Jorge Ronald Arce*

*Médico Terapeuta, Neumólogo y Jefe de la sala de Neumotisiología del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Municipal San Juan de Dios.

RESUMEN:

Se considera la tuberculosis un auténtico problema de salud pública, tanto a nivel nacional como mundial, y uno de los motivos de consulta e internación más frecuentes al servicio de Neumotisiología del Hospital Universitario Municipal San Juan de Dios (HUMSJDD).

Manifestándose clínicamente en pocas ocasiones con hemoptisis, por lo que ésta no es un parámetro muy fiable para demostrar la presencia de una patología pulmonar activa en un paciente con tuberculosis pulmonar, siendo manifiesta la mayor parte de las veces como producto de complicaciones de procesos bacilíferos antiguos.

Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo que utilizó un protocolo de manejo y revisión de historias clínicas, aplicado en la sala de Neumotisiología del Servicio de Medicina Interna del Hospital Municipal Universitario San Juan de Dios (HMUSJDD) de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, encontrándose como hallazgos significativos lo siguiente: Del total de pacientes internados (1607) a sala de Neumotisiología, 1176 (73.2%) corresponden al diagnóstico de tuberculosis pulmonar, y de estos 210 (18%) manifestaron hemoptisis al momento de realizar el diagnóstico; de los cuales sólo 71 (34%) tuvieron baciloscopia de esputo positiva.

Palabras claves: Tuberculosis pulmonar - Hemoptisis – HUMSJDD - Santa Cruz de la Sierra.

INTRODUCCION.

La tuberculosis supone un auténtico problema de pública, tanto a nivel nacional como mundial, por lo que no por repetidas, dejan de sorprender las cifras que Mundial de la (OMS) publica en relación a la situación de la tuberculosis en el mundo. Este es el párrafo con el que esta comienza todas sus publicaciones: "Aproximadamente un tercio de la mundial está infectado por M. tuberculosis. Según las estimaciones disponibles, en 1995 se registraron mundialmente unos nueve millones de casos nuevos de tuberculosis y tres millones de defunciones por esa causa". 1 *Mycobacterium tuberculosis* causa de más personas que cualquier otro agente infeccioso. Las defunciones por tuberculosis representan el 25 por ciento de todo la mortalidad evitable en los países en desarrollo, donde se registra el 95 por ciento de los casos y el 98 por ciento de los fallecimientos causados por esta enfermedad; el 75 por ciento de los casos se sitúa en el de edad económicamente productivo (15-50 años). En consecuencia, a medida que se acerca el siglo XXI, nos encontramos con una situación mucho más grave que la que existía a mediados de los años cincuenta". 2 Los últimos facilitados por esta 1997, reportan que la prevalencia estimada de infección en el mundo era del 32 por ciento de la población (1.860 millones de personas). Alrededor de 1.870.000 personas murieron de tuberculosis, con una mortalidad global del 23 por ciento, aunque sobrepasaba el 50 por ciento en algunos países africanos donde la coinfección por VIH es muy alta. La Organización Mundial de la salud (OMS) prevee que a fines de este siglo habrá mas enfermos tuberculosos que los que ha habido nunca en la historia de

la humanidad, en vista del crecimiento exagerado de las poblaciones y la insuficiente aplicación de conocimientos que se disponen para controlar esta enfermedad. 1, 2 En un mundo en el que los movimientos de población son cada vez más frecuentes, rápidos y masivos, debemos ser conscientes de que lo que ocurra en cualquier parte del planeta repercutirá en nuestro entorno. La es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium* que habitualmente se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del . 3, 4,5

Al ser la tuberculosis pulmonar la forma de presentación más frecuente, la mayoría de los casos la forma de transmisión es por contacto persona-persona mediante las gotitas de flugge, partículas constituidas por pequeñas gotas de saliva que contiene BAAR y se forman cuando un paciente infectado habla, tose o estornuda. Si estas partículas son del tamaño adecuado, son transportadas por corrientes de aire. En una gota de 1-5 um pueden contenerse hasta dos o tres bacilos tuberculosos y este diámetro resulta esencial porque la inhalación de partículas mayores permite que se impacten en la mucosa de la vía aérea y que sean eliminadas por el aclaramiento mucociliar antes de que produzcan infección. Son las partículas de menor tamaño las que alcanzan los alvéolos e inician la infección. 3 El diagnóstico de tuberculosis descansa sobre cuatro pilares fundamentales: la sospecha clínica, la prueba de la tuberculina, la radiología, y la bacteriología. 4,5 Dado su carácter de enfermedad sistémica, los signos y síntomas del enfermo pueden ser de predominio sistémico, predominar la sintomatología pulmonar, los signos y síntomas de otro órgano afectado, o ser una combinación de todos ellos. La tuberculosis pulmonar suele presentarse habitualmente con tos productiva de larga evolución, (generalmente el enfermo consulta cuando lleva más de tres semanas tosiendo) siendo éste el principal síntoma respiratorio. 4, 5,10 Además, puede existir dolor torácico, y en ocasiones hemoptisis. Ésta última, aunque suele reducirse a esputo hemoptoico o hemoptisis leve, es indicativa de enfermedad avanzada. La hemoptisis grave, como consecuencia de la erosión de una arteria pulmonar por una cavidad (aneurisma de Rasmussen), y que era descrita en los libros clásicos como una complicación terminal en la era pre-antibiótica, es hoy muy rara. Otra causa de hemoptisis es la sobreinfección por *aspergillus* (aspergiloma) de una caverna tuberculosa crónica, en cuyo caso el sangrado se produce sin que haya actividad del proceso tuberculoso. 4, 5, 6,7

Tuberculosis pulmonar - Hemoptisis

Se define hemoptisis como la expectoración de sangre derivada de una hemorragia en el aparato respiratorio. Puede deberse a múltiples trastornos y es un motivo frecuente de consulta en el servicio de Neumotisiología del Hospital San Juan de Dios de nuestra ciudad. La cantidad de sangre expectorada puede variar desde unas estriás de sangre mínimas en el esputo hasta grandes volúmenes de sangre pura, y no solo depende de la velocidad de la hemorragia, sino también de su localización. Son múltiples las enfermedades que pueden causar hemoptisis, siendo las más frecuentes las bronquiectasias y la bronquitis crónica según algunos autores 5,7. La tuberculosis pulmonar puede o no manifestarse clínicamente con hemoptisis, siendo muchas veces producto de secuelas fibróticas antiguas y no así de una enfermedad pulmonar activa.

Otro apartado etiológico es el de las neoplasias, las enfermedades cardiovasculares, entre las que destacan la tromboembolia pulmonar con infarto pulmonar, estenosis mitral y la insuficiencia cardiaca izquierda. 6

La investigación tuvo como objetivo, determinar: la relación de la tuberculosis pulmonar con la hemoptisis en la Sala de Neumotisiología del HUMSJDD desde el año 2004 a junio del 2007, establecer la prevalencia de tuberculosis pulmonar en pacientes internados en la sala de Neumotisiología, según sexo y grupo etario más afectado, determinar la prevalencia de pacientes con diagnóstico de ingreso de hemoptisis y tuberculosis pulmonar a sala de Neumotisiología y correlacionar las variables hemoptisis / tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo transversal retrospectivo que utilizó un protocolo de manejo y revisión de historias clínicas, aplicado en la sala de Neumotisiología del Servicio de Medicina Interna del Hospital Municipal Universitario San Juan de Dios (HMUSJDD) de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

- Respecto a las intervenciones que se realizaron mencionamos las siguientes:
- Revisión del libro de registro de pacientes atendidos en la Sala de Neumotisiología del Hospital Municipal Universitario San Juan de Dios de la ciudad de Santa Cruz.
- Revisión de historias clínicas de pacientes internados según los criterios de inclusión, como ser:
 - Pacientes registrados en la sala de Neumotisiología del HUMSJDD, desde Enero hasta Diciembre del 2006.
 - Diagnóstico de ingreso: hemoptisis – tuberculosis pulmonar.
 - Rango de edad variable.
 - Ambos sexos.
- Llenado de la hoja de recolección de datos, en la que se incluyeron las siguientes variables :
 - Sexo
 - Edad
 - Diagnóstico de ingreso a sala.
 - Diagnóstico de egreso.
 - Baciloscopia.
- Tabulación de datos mediante el programa SPPS.
- Para la graficación de los resultados el Programa Microsoft Office Excel, por el sistema de tortas y palotes.
- Para la redacción textual el Programa Microsoft Word XP.

RESULTADOS

1. Del total de pacientes internados (1607) a sala de Neumotisiología, aproximadamente 1176 (73.2%) corresponden al diagnóstico de tuberculosis pulmonar. (Ver Gráfico Nro.1).
2. De los 1176 pacientes con tuberculosis pulmonar, 1000 (85%) correspondieron al sexo masculino, siendo el grupo etario más afectado de 12-18 años (60%).
3. De los 1176 pacientes internados con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, 210 (18%) refirieron hemoptisis al momento de realizar el diagnóstico.
4. De los 210 pacientes con diagnóstico de hemoptisis y tuberculosis pulmonar, 71 (34%) presentaron baciloscopia de esputo positiva.

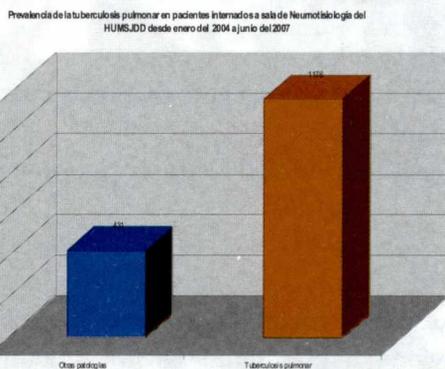


Gráfico Nro. 1

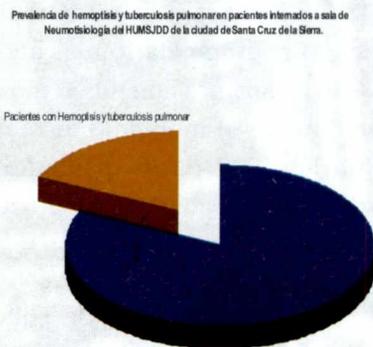


Gráfico Nro. 2

Prevalencia de pacientes con hemoptisis y tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva en la sala de Neumotisiología del HUMS/JDD.

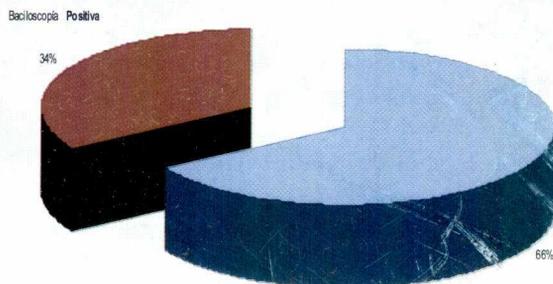


Gráfico Nro. 3

DISCUSIÓN

La tuberculosis pulmonar puede o no manifestarse clínicamente con hemoptisis, siendo muchas veces producto de secuelas fibróticas antiguas y no así de una enfermedad pulmonar activa. Es considerable la prevalencia (73.2%) de tuberculosis registrado en el servicio de Neumotisiología del Hospital Municipal Universitario San Juan de Dios, siendo la hemoptisis una de las manifestaciones poco presentes (18%), al momento de realizar el diagnóstico. Por lo que se concluye que la hemoptisis no es un parámetro muy fiable para demostrar la presencia de tuberculosis pulmonar activa, siendo manifiesta la mayor parte de las veces como producto de complicaciones de procesos bacilíferos antiguos. Lo cual es importante tener presente no sólo para el personal de salud sino también para la comunidad en general, logrando con ello un mejor manejo inicial y gastos innecesarios no solo a la familia afecta sino también a nuestra institución y por ende a nuestro país.10

CONCLUSION

- Un 73.2% de los pacientes internados en la sala de Neumotisiología corresponden al diagnóstico de tuberculosis pulmonar.
- De los pacientes con tuberculosis pulmonar, un 85% correspondieron al sexo masculino, siendo el grupo etario más afectado de 12-18 años.
- De los pacientes con tuberculosis pulmonar, aproximadamente más de la cuarta parte refirieron hemoptisis al momento de realizar el diagnóstico.
- Sólo un 34% de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar con hemoptisis presentaron baciloscopia positiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Programa Regional de Tuberculosis de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS); Boletín noviembre 2000; 3(3).

2. Ministerio de Salud y deportes, dirección general de control y prevención de enfermedades, Programa Nacional de control de la tuberculosis; informe gestión 2002
3. Murray M, Nardell E. Molecular Epidemiology of tuberculosis: achievements and challenges to current knowledge. Bull world Health Organ. 2002. 80(6): 477-82.
4. Braunwald, Fauci, Kasper. Harrison Principios Medicina Interna. Madrid España: Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana.2001:342-7.
5. Farreras – Rozman. Medicina Interna. Madrid España: Ed. Mc Graw-Hill.2003.1: 453-62.
6. Velez H, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de Medicina Enfermedades Infecciosas; Medellín Colombia; 5ª. Edición; 1996.
7. Michael Rich, Guía SES para el tratamiento y manejo de la tuberculosis, Versión Perú, Primera Edición 2004.
8. Jiménez L, Montero P. Medicina de Urgencias y Emergencias Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. Elsevier España: Tercera Edición; 2004.
9. Fattorusso V, Ritter O. Vademécum clínico: Del diagnóstico al tratamiento. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.2001.
10. Julia acha, annicka Sweetland, Humberto Castillo, Guía SES para grupos de apoyo Psico-social con pacientes con Tuberculosis Pulmonar, Sucursal Perú., Edición 2004.