

TISIOLOGÍA

TUBERCULOSIS, EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS EN EL TERRITORIO INDÍGENA CABÉCAR DE CHIRRIPÓ

Marvin Sánchez Benavides*
Ana María López Soto**

SUMMARY

The objective was to analyze tuberculosis detected and diagnosed clinical cases that belong to the EBAISs of Chirripo's Cabecar Indigenous Territory, between the years 2004 and 2008; and to determine clinical characteristics of the patients, type of patient, percentage of detection by sputum analysis (smear and/or culture), percentage of healing of the patients with a sputum smear positive analysis and other parameters used according to the Manual of Rules of Attention and Surveillance for control of Tuberculosis (Manual de Normas de Atención y Vigilancia para el control de la

Tuberculosis).

Keywords: Indigenous population, Tuberculosis, Extrapulmonary tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (Tb) es la segunda causa de mortalidad asociada a enfermedades infecciosas a nivel mundial, solo precedida por SIDA/HIV,^{1,12} y constituye uno de los principales problemas sanitarios para poblaciones indígenas en el mundo entero.¹⁵ Estudios en comunidades indígenas de los

Estados Unidos han demostrado tasas de incidencia 2 veces mayores, e incluso tasas de mortalidad hasta 5 veces mayores que en la población no indígena.¹⁵ En nuestro país el Territorio Indígena Cabécar de Chirripó (TICC) se encuentra localizado en las provincias de Cartago y Limón y comprende una extensión de 96000 hectáreas de terreno con una población para el año 2008 de 6528 habitantes. Las principales causas de morbi-mortalidad la constituyen patologías infecto-contagiosas tales como parasitosis, diarreas, infecciones pulmonares

* Profesor Interino Licenciado, Universidad de Costa Rica, Internado en Medicina Familiar y Comunitaria, EBAIS de Grano de Oro, Territorio Indígena Cabécar de Chirripó. Médico General, Área de Salud Turrialba- Jiménez, Caja Costarricense del Seguro Social

** Médico General, Área de Salud Corralillo- La Sierra.

*** El Dr. Marvin Sánchez Benavides contribuyó en un 70% en la elaboración y revisión del presente artículo. La Dra. Ana López Soto contribuyó en un 30% en los mismos rubros.

CONTACTO: Marvin Sánchez msanchezcr@costarricense.cr

con un patrón epidemiológico similar al observado en nuestro país hace varias décadas. El presente trabajo tiene como objetivo caracterizar a la población indígena cabécar diagnosticada con Tb entre los años 2004 al 2008.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio utilizado fue el retrospectivo observacional descriptivo, con la revisión de los libros de Tb y sintomáticos respiratorios del Área de Salud Turrialba- Jiménez, así como el ASIS del TICC del año 2008, con el fin de determinar aquellos pacientes diagnosticados como tuberculosos que pertenez-

can a los EBAIS Duchi Etka, Duchi Botka y Duchi Mañatka en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2008. Se incluyeron todos los pacientes sin distinción de sexo, edad, localidad o EBAIS de correspondencia que tuvieran dicho diagnóstico y fueran controlados en los EBAIS antes mencionados. Las variables incluidas fueron: género, edad, síntomas clínicos al momento de la consulta en el primer nivel de atención, tipo de paciente, método diagnóstico utilizado, tipo de tratamiento, condición final y tamizaje por HIV. Para facilitar la recolección de datos se confeccionó una hoja en Excel para anotar los datos de los pacientes. El estudio fue eva-

luado y aprobado por el Comité de Bioética del Área de Salud Turrialba- Jiménez.

RESULTADOS

Se encontraron y analizaron 19 pacientes indígenas con el diagnóstico de Tb, que corresponden a 42.22% de todos los casos diagnosticados del Área de Salud Turrialba-Jiménez (se contabilizaron 45 casos) en el periodo 2004- 2008. Como se observa en el cuadro 1, la mayoría corresponde a hombres con una edad promedio de 29.31 años que refleja una población joven.

Cuadro 1: Características generales de la población analizada

Características		Cantidad Total: 19	Porcentaje 100%
Edad(años)	<20	7	36.84%
	20-40	9	47.36%
	40-60	0	0%
	>60	3	15.78%
Género	Masculino	12	63.15%
	Femenino	7	36.84%

La presentación clínica inicial que motivó la baciloscopya y/o referencia al segundo nivel de atención fue: 13 pacientes como sintomáticos respiratorios, 2 pacientes con adenopatía supraclavicular y disminución de peso, 1 paciente asintomático con riesgo epidemiológico, 1 paciente con adenopatía axilar, disminución de peso y sudoración nocturna,

1 paciente con dolor torácico y disnea de larga data y en 1 caso no se indican las manifestaciones clínicas. La mayoría de los pacientes se consideraron como pacientes nuevos (Cuadro 2), en cuanto a la forma de la enfermedad predomina la Tuberculosis pulmonar, además de un alto porcentaje de Tuberculosis miliar (10.52%). Con respecto al

método diagnóstico se utilizó la baciloscopya en 13 casos, la biopsia ganglionar en 3 casos, además el riesgo epidemiológico en pacientes pediátricos, la broncoscopya con biopsia y la toracotomía con biopsia se implementaron en 1 caso cada uno (Cuadro 3).

Cuadro 2: Tipo de paciente de la población analizada		
Tipo de paciente	Cantidad Total: 19	Porcentaje 100%
Caso nuevo	13	68.42%
Recaída	0	0%
Traslado entrante	3	15.78%
Abandono recuperado	1	5.26%
Fracaso terapéutico	0	0%
Crónico	0	0%
No indica	2	10.52%

Cuadro 3: Métodos diagnósticos en la población analizada		
Método diagnóstico	Cantidad Total: 19	Porcentaje 100%
Baciloscopía	13	68.42%
Biopsia ganglionar	3	15.78%
Riesgo epidemiológico	1	5.26%
Broncoscopía + biopsia	1	5.26%
Toracotomía + biopsia	1	5.26%

En cuanto al tipo de tratamiento en 18 casos se inició tratamiento acortado, y retratamiento en un caso. Respecto a la condición final 16 pacientes se consideraron como curados (84.21%), incluyendo el 92.3% de los pacientes con baciloscopía positiva inicial, 2 casos no indica la condición final y 1 caso falleció (5.2%). En relación al tamizaje de HIV, únicamente se realizó en 8 casos para un 42.1% del total de casos analizados. En todos los casos se realizó estudio de contactos.

CONCLUSIONES

La Tb es un problema sanitario importante en el TICC similar a lo descrito para otras poblaciones

indígenas,^{15,8} cuyas características culturales, sociales e higiénicas particulares favorecen en muchos casos una mayor incidencia de la enfermedad que la descrita para poblaciones no indígenas, (incluso 6 a 10 veces mayor).^{15,3} Para el año 2007, la OMS situó a Costa Rica en el rango de 0 a 24 por 100000 habitantes la tasa estimada de incidencia de Tb en todas sus formas,¹⁶ a diferencia del TICC que en el mismo periodo presentó una tasa estimada de incidencia de 31.40 por cada 100000 habitantes. Similar en lo reportado en la bibliografía para poblaciones indígenas, el mayor porcentaje de casos se concentra antes de los 40 años.¹⁵ La presentación clínica de los pacientes analizados

coincide ampliamente con lo descrito en la literatura,²⁻⁹ con un claro predominio de los síntomas clásicos que definen al sintomático respiratorio, la presencia de adenopatías sospechosas, así como síntomas o signos específicos debe hacer sospechar afectación extrapulmonar.⁷⁻¹ La mayoría de los pacientes se catalogaron como pacientes nuevos, no se documentan recaídas, fracasos terapéuticos o pacientes crónicos, como se indica en el Manual de Normas de Atención y Vigilancia para el control de la Tuberculosis (MNAVT), en parte por la estricta supervisión del tratamiento tanto del ATAP indígena como del Supervisor de Enfermería destacado en la zona.

Un alto porcentaje de los casos se contemplan como traslados entrantes debido a los casos de Tuberculosis extrapulmonar diagnosticados en el segundo o tercer nivel de atención, además la población indígena cabécar se desplaza a la zona de Los Santos y Frailes de octubre a febrero de cada año para laborar en la recolección de café, lo que implica el posterior traslado de pacientes diagnosticados como tuberculosos hacia los EBAIS del TICC. Esta migración provocó que un paciente diagnosticado con Tb no continuara con su tratamiento ni baciloskopías control, por lo que se catalogó como abandono recuperado para retratamiento cuando retorno al TICC, una vez captado nuevamente se reinicio con tratamiento y baciloskopías control. En 2 casos no se indica el tipo de paciente esto especialmente en los años 2004 y 2005 cuando se iniciaron los registros de tuberculosos que no existían previamente. Las características étnicas, migratorias y sociales particulares, comunes a muchos grupos indígenas deben ser consideradas en los esquemas de tratamiento y seguimiento de TB, como ha sido sugerido en poblaciones indígenas de otros países.¹⁴ Con respecto al método diagnóstico la baciloskopía positiva corroboró el diagnóstico en 68.42% de los casos nuevos, cerca de la meta del MNAV (70%).

Otros métodos diagnósticos tienen un alto porcentaje de detección debido a los casos de Tuberculosis extrapulmonar con un difícil diagnóstico clínico, cuyo abordaje se realiza en el segundo o tercer nivel de atención, en especial para casos pediátricos.¹¹⁻¹⁰ La terapéutica iniciada en 18 casos fue el tratamiento acortado, previo a su implementación los esquemas terapéuticos para Tb alcanzaban un pobre impacto en el control de la enfermedad, debido entre otras causas a la falta de monitoreo y estandarización de los mismos.⁴ En el año 2005 la OMS reportó un 84% de tratamientos exitosos en base al tratamiento acortado para el año 2004.⁴ En base al tratamiento acortado, el análisis arrojó un porcentaje de curación del 92.3% de los casos diagnosticados con baciloskopía positiva, similar a lo observado en otras poblaciones indígenas, donde la resistencia a la quimioprofilaxis y la coinfección con HIV son muy bajas.¹⁵ Es importante destacar dicho porcentaje de curación pues se sitúa por encima del 85% que plantea como meta el MNAV. En 1 caso se dio retratamiento que corresponde al paciente catalogado como abandono recuperado. En cuanto a la condición final de los pacientes un 84.21% se consideraron curados (incluyen al 92.3% de los pacientes diagnosticados por ba-

ciloscopía positiva), en 10.52% no se indica la condición final, y corresponde a los registros de los años 2004 y 2005 cuando inició la elaboración de los mismos. Una paciente falleció y corresponde a una Tuberculosis miliar detectada y diagnosticada en forma tardía. La serología por HIV se realizó únicamente en 42.1% de los casos, dado que inició hasta el año 2006, en el 100% de los casos esta fue negativa, similar a lo observado en poblaciones indígenas donde predominan los bajos reportes de coinfección con HIV.¹⁵

RESUMEN

El objetivo fue analizar los casos clínicos detectados y diagnosticados como tuberculosos que pertenecen a los EBAIS del Territorio Indígena Cabécar de Chirripó entre los años 2004 y 2008, y determinar características clínicas de los pacientes, porcentaje de detección de casos mediante baciloscopía, tipo de paciente, porcentaje de curación de los casos con baciloskopía positiva y otros parámetros incluídos en el Manual de Normas de Atención y Vigilancia para el control de la Tuberculosis.

Descriptores: Población indígena, Tuberculosis, Tuberculosis extrapulmonar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayaslioglu E, Basar H, Duruyurek N, kalpaklioglu F, Gocmen Sedef et al. Disseminated tuberculosis with lymphatic, splenic and scrotal abscesses: a case report. *Cases Journal* Aug 2009; 2:6995. Recuperado el día 25 de febrero del 2010 de Medline.
2. Campbell I, Bah-Sow O. Pulmonary Tuberculosis: Diagnosis and Treatment. *BMJ*. 2006 May; 332: 1194-7. Recuperado el día 5 de setiembre del 2009 de Medline.
3. Coimbra CE Jr, Basta PC. The Burden of Tuberculosis in Indigenous Peoples in Amazonia, Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2007 Jul; 101 (7): 635-6. Recuperado el día 6 de octubre del 2009 de Medline.
4. Cox HS, Morrow M, Deutschmann PW. Long term efficacy of DOTs regimens for tuberculosis: systematic review. *BMJ*. 2008 Mar 1; 336 (7642): 484-7. Recuperado el día 5 de setiembre del 2009 de Medline.
5. Díaz A, Baldares R, Arce K. Tuberculosis Pulmonar (Caso clínico- Revisión bibliográfica). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2008 LXV (582) 37-40. Recuperado el día 25 de febrero del 2010 de Medline.
6. Frieden T, Sterling T, Munsiff S, Watt C, Dye C. Tuberculosis. *Lancet* 2003; 362: 887-9
7. Golden M, Vikram H. Extrapulmonary Tuberculosis: An Overview. *American Family Physicians*. 2005 Nov; 72 (9): 1761-8. Recuperado el día 6 de octubre del 2009 de Medline.
8. Hoppner VH, Marciniuk DD. Tuberculosis in Aboriginal Canadians. *Canadian Respiratory Journal*. 2000 Mar-Apr; 7 (2): 141-6. Recuperado el día 6 de octubre del 2009 de Medline.
9. Kherad O, Herrmann F, Zellweger J, Rochat T, Janssens J. Clinical presentation, demographics and outcome of Tuberculosis (TB) in a low incidence area: a 4-year study in Geneva, Switzerland. *BMC Infectious Diseases* 2009 Dic, 9:217. Recuperado el día 25 de febrero del 2010 de Medline.
10. Lighter J, Rigaud M. Diagnosing Childhood Tuberculosis: Traditional and Innovative Modalities. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2009 March; 39:61-88. Recuperado el día 30 de octubre del 2009 de Medline.
11. Losurdo G, Natalizia AR, Amisano A, Bertoluzzo L, Mantero E, Giacchino R. Difficulty in diagnosing pediatric tuberculosis. *Intez Med*. 2007 Dec; 15 (4) 267-1. Recuperado el día 6 de octubre del 2009 de Medline.
12. Miranda A, Golub J, Lucena F, Maciel E, Gurgel M, Dietze, R. Tuberculosis and AIDS Co-Morbidity in Brazil: Linkage of the Tuberculosis and AIDS Databases. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2009;13(2):137-141. Recuperado el día 23 de febrero del 2010 de Medline.
13. Özvarant M, Baran R, Tor M, Dilek I, Demiryontar D, Arinç S et al. Extrapulmonary tuberculosis in non human immunodeficiency virus-infected adults in an endemic region. *Annals of Thoracic Medicine*. 2007 July- Set; Vol 2, Issue 3. Recuperado el día 5 de setiembre del 2009 de Medline.
14. Romero Sandoval NC, Flores Carrera OF, Sánchez Pérez HJ, Sánchez Pérez I, Mateo MM. Pulmonary Tuberculosis in an indigenous community in the mountains of Ecuador. *Int J Tuberculosis Lung Dis*. 2007 May; 11 (5): 550-5. Recuperado el día 6 de octubre del 2009 de Medline.
15. Schneider E. Tuberculosis Among American Indians and Alaska Natives in the United States 1993- 2002. *American Journal of Public Health* 2005 May; 95 (5): 873-80. Recuperado el día 5 de setiembre del 2009 de Medline.
16. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing. WHO Report 2009. Figure 1.2 Estimated TB incidence rates, by country, 2007. Page 8. Recuperado el día 26 de setiembre del 2009 de Medline.