

Original

Estudio socio-epidemiológico de una muestra de casos de tuberculosis pulmonar en Baleares en los últimos diez años

Marisol Hortal Tavira*

Introducción

Como se sabe, la tuberculosis pulmonar es una enfermedad transmisible por vía aérea, producida por el *mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch y que si no se trata adecuadamente, puede llevar a la destrucción de zonas del tejido pulmonar con insuficiencia respiratoria y muerte. Según un informe de la Sociedad Española de Patología Respiratoria, la tuberculosis pulmonar, junto con el cáncer broncopulmonar y las bronquitis crónicas, suponen un capítulo importante al que las administraciones sanitarias deberían prestar una especial atención, dado el gasto sanitario que originan.¹

En nuestro país, la tuberculosis pulmonar, gozó de atención especial por administraciones anteriores, hasta el punto de disponer de organizaciones especiales representadas por el Patronato Nacional Antituberculoso, son costosas campañas sani-

tarias. Dichas campañas, al parecer, y según estudios recientes, no han dado los frutos apetecidos. La tuberculosis no se ha logrado erradicar.

Y es que por su mecanismo de transmisión,² por vía aérea, y de reservorio humano fundamentalmente, y de hombre enfermo a hombre sano, son vehiculados los bacilos por los aerosoles producidos al toser, hablar o estornudar, en las gotas de Pflügge y núcleos goticulares de Wells, y que por su ínfimo tamaño pueden transportar los bacilos hasta los mismos alveolos pulmonares. Desde allí son recogidos por los vasos linfáticos y, vehiculados por la sangre, pueden llegar a tejidos bien oxigenados como las meninges, las metáfisis óseas, el riñón y fundamentalmente los pulmones, y dentro de ellos, en sus vértices.

La tuberculosis pulmonar es pues una enfermedad en la que las relaciones interpersonales tienen mucho de interés. Se dice que la tuberculosis es una enfermedad social. No sólo por el mecanismo de transmisión antes dicho, en que las relaciones personales y la agregación humana en un mismo lugar van a favorecer su propagación, sino porque también su diagnóstico y largo tratamiento, van a suponer unos costos económicos importantes y unas ausencias laborales dignas de consideración.³ Los esfuerzos de los expertos en el tema van dirigidos a disminuir los costos humanos y sociales de la tuberculosis.

En la actualidad, parece ser que la administración sanitaria, tanto central como autonómica balear, desean llegar a un mejor conocimiento de la situación endémica real de esta enfermedad, para promover las acciones sanitarias precisas de lucha en el campo epidemiológico antituberculoso. Es decir, el conocer cada foco y actuar en su entorno, previniendo contagios o bien el desarrollo de la enfermedad en los ya contagiados y asimismo incidir sobre aquellos grupos de población donde pueda difundirse más fácilmente. El presente trabajo pretende cooperar al conocimiento de la situación socio-epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en las Baleares en los últimos diez años,

* (ATS) del Dispensario de Enfermedades del Tórax. Trabajo presentado como tesina del Curso de Diplomados en Sanidad. Palma de Mallorca, 1988. Tutor: J. Carrasco. Director del Dispensario de Enfermedades del Tórax.

mediante el estudio de las condiciones demográficas, sociológicas y epidemiológicas de los casos de tuberculosis detectados en el Dispensario de Enfermedades del Tórax de Palma de Mallorca.

Metodología

La base para realizar el presente trabajo ha sido el buscar en archivo y extraer, todas las historias de tuberculosis pulmonar existentes en el Dispensario de Enfermedades del Tórax, desde el año 1978 hasta 1987.

La elección de estos diez años fue por tener un tiempo de estudio amplio y en una época socioeconómica importante en la historia de la región balear, en que la inmigración reciente habida, podría haber desarrollado algún papel en la epidemiología de la enfermedad por el citado carácter social de la misma.

Evidentemente, dada la hasta ahora, idiosincrasia de los sanitarios, los casos de tuberculosis estudiados, no son todos los casos de tuberculosis habidos en Baleares. Hasta hace un año, en que gracias a los esfuerzos de la Conselleria de Sanidad, se logró una mayor sensibilización en este sentido, y además una declaración nominal de cada caso, la tuberculosis como otras enfermedades, se declaraba sólo en una parte de los casos reales.

Las historias clínicas de las que se ha dispuesto, tienen su origen en casos bien autóctonos detectados por el Dispensario de Enfermedades del Tórax, o bien de comunicación de casos y peticiones de ingreso en el Sanatorio de Antituberculosos Juan March, de otros estamentos sanitarios, para cuyo trámite habían de conocerse los datos en el Dispensario.

De todas formas, pueden considerarse una muestra representativa por el repetido carácter social de la enfermedad, como luego se comprobará, aunque se hallan perdido numérica y socialmente casos de enfermos, descubiertos en consultas privadas que seguramente serán una minoría y que por el mayor poder económico de una clase social y aisladamente priva-

do, epidemiológicamente podría tener menos interés sanitario.

Se han obtenido datos de cada historia clínica referentes a edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, lugar de vivienda actual, lugar de tipo de trabajo, síntoma guía fundamental (el que el enfermo concedió más importancia y que le hizo ir al médico) y tiempo transcurrido entre el conocimiento de los síntomas y la primera visita al médico.

Igualmente se observó si había tenido antecedentes tuberculosos en la familia y si habían sido vacunados con BCG y el resultado de la prueba de la tuberculina. Se pretendió asimismo datos de cada enfermo inmigrante, de cuanto tiempo llevaba viviendo en Mallorca en el momento de enfermar, pero a pesar de figurar esta pregunta en las historias clínicas la respuesta aparece en blanco en la mayor parte de los casos.

Puede comprenderse el interés en conocer aquellos datos epidemiológicos, de edad, dada la mayor facilidad para desarrollar la tuberculosis en edades tempranas de la vida. En cuanto al sexo, el interés no lo era tanto, y en cuanto al estado civil, podría tenerse la consideración de un estado de vida y costumbres de vida distinto entre los casados y los solteros o separados, que pudieran favorecer el desarrollo de la infección o enfermedad.

El cambio de lugar entre el nacimiento, el actual de vivienda y el de trabajo, podría tener su importancia. Así como también fundamentalmente el tipo de trabajo, dada la epidemiología de la tuberculosis.⁴

El de antecedentes familiares por supuesto. Y por último, parecía interesante investigar los síntomas primeros más frecuentes y el tiempo transcurrido entre la aparición de los mismos y la consulta al médico, lo que podría tener importancia con vistas a campañas de información sanitaria.⁴

Análisis

Han sido examinados un total de 284 casos de tuberculosis pulmonar detectados

en el dispensario de enfermedades del tórax de Palma.

Corresponden a historias clínicas entre los años 1978 y 1987, ambos inclusive. El detalle del número de casos por año es:

1978	26 casos
1979	31 casos
1980	14 casos
1981	23 casos
1982	32 casos
1983	28 casos
1984	33 casos
1985	33 casos
1986	47 casos
1987	17 casos

La distribución por sexos nos indica un claro predominio de los varones sobre las hembras, lo que está de acuerdo con las estadísticas de autores en la materia, que

TABLA I
DISTRIBUCIÓN POR SEXOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS

Varones	200	70,4%
Hembras	84	29,5%

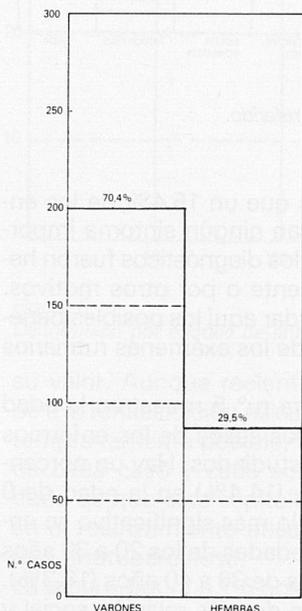


Figura 1
Distribución por sexos de casos de T.P.

TABLA II
DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE ENFERMOS DE TUBERCULOSIS

Solteros	191	67,2%
Casados	89	31,3%
Viudos	4	1,4%

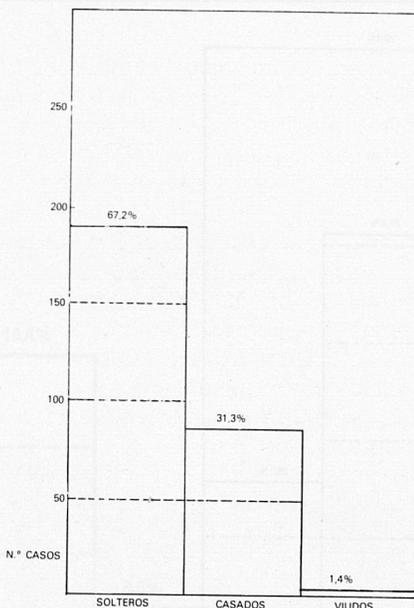


Figura 2
Distribución por estado civil de casos de T.P.

dan un predominio de un sexo sobre otro, sobre todo en adultos.

En los años citados hay un 70,4% de varones, frente a un 29,5% de hembras (Tabla 1. Figura 1).

Asimismo se ha visto que hay un mayor número de enfermos cuyo estado civil es el de soltero, el 67,2%, frente al 31,3% de casados y el 1,4% de viudos (Tabla y Figura n.º 2). Los casos encontrados de estado casado-separado, se han incluido entre los solteros por considerar que el tipo de vida que aquéllos podrían llevar sería similar a la de éstos.

La tabla y figura n.º 3 nos muestran el porcentaje de enfermos tuberculosos que han tenido otros casos anteriores en su misma familia. Un 28,1% de estos hallazgos es importante en la epidemiología de esta enfermedad. Si se tiene en cuenta

TABLA III
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS
EN RELACIÓN CON ANTECEDENTES
FAMILIARES ESPECÍFICOS

Con antecedentes familiares	80	28,1%
Sin antecedentes	204	71,8%

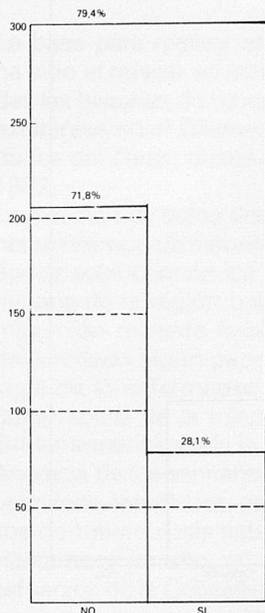


Figura 3
Antecedentes de T.P. familiar en los casos del estudio.

que aproximadamente cada enfermo suele contagiar en su entorno a 20 personas, la realización de una oportuna quimiopprofilaxis tiene todo su valor.² En teoría, estos enfermos, con estos antecedentes, podrían haberse evitado si se hubiera realizado una quimiopprofilaxis adecuada. La tabla y figura n.º 4 nos indican los síntomas primeros y más importantes relatados por los enfermos en las historias clínicas. Aquéllos que les hizo pensar en acudir al médico. El más frecuente (41,9%) fue la tos, seguido por 33,1% del conjunto de síntomas difusos como suelen ser el no encontrarse bien, falta de fuerzas, falta de apetito, febrícula, etc. La hemoptisis, como se ve, no está entre los síntomas más frecuentes, y lo que sí es muy

TABLA IV
SÍNTOMAS PRINCIPALES REFERIDOS POR
LOS ENFERMOS

Tos	119	casos	41,9%
Síndrome de malestar general	94	casos	33,1%
Dolor torácico	21	casos	7,3%
Hemoptisis	6	casos	2,1%
Ningún síntoma	44	casos	15,4%

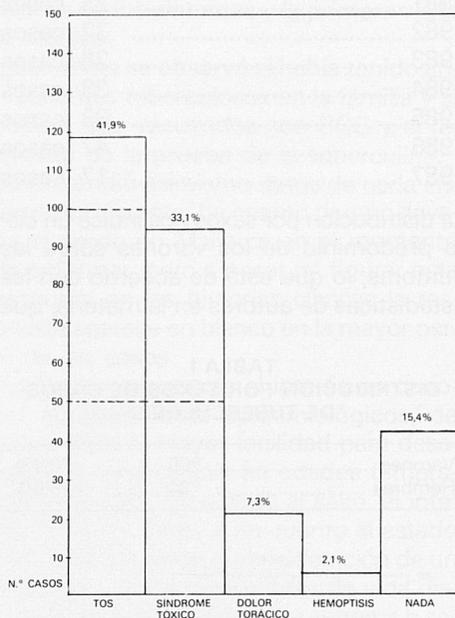


Figura 4
Síntoma principal referido.

significativo es que un 15,4% de los enfermos no tenían ningún síntoma importante. Es decir, los diagnósticos fueron hechos fortuitamente o por otros motivos. Conviene recordar aquí los posibles beneficios sociales de los exámenes rutinarios de salud.

La tabla y figura n.º 5 muestran la edad global, en ambos sexos de los enfermos tuberculosos estudiados. Hay un porcentaje importante (14,4%) en la edad de 0 a 9 años, pero lo más significativo se encuentra en las edades de los 20 a 30 años (23,9%) y en las de 30 a 40 años (18,3%). Son las edades de más relación social y sobre todo de más actividad laboral. Los costes sociales se muestran aquí en todo

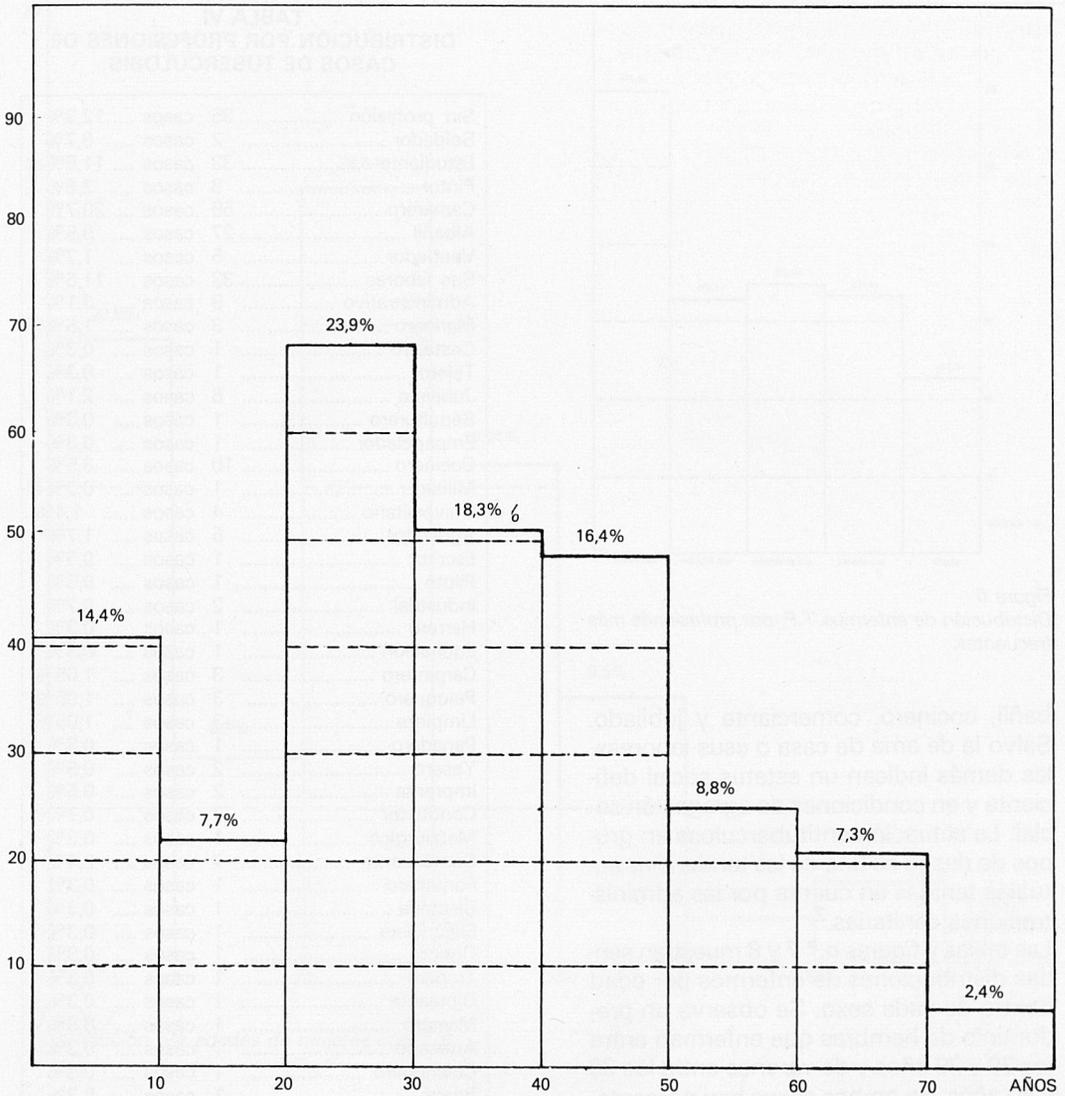


Figura 5
Distribución por edades de enfermos con T.P.

su valor. Aunque recientemente se tiende a la rehabilitación física y laboral lo más tempranamente posible,² y dependiendo de cada caso y cada actividad no cabe duda de que este capítulo debe de pesar en el relanzamiento eficaz de una actividad antituberculosa.

La tabla y figura n.º 6 nos indican las profesiones más frecuentes encontradas en los enfermos. Estas son las de camarero, ama de casa, sin profesión, estudiante, al-

TABLA V
DISTRIBUCIÓN POR EDADES AMBOS SEXOS

0-9 años ...	41 casos	14,4%
10-19 años ...	22 casos	7,7%
20-29 años ...	68 casos	23,9%
30-39 años ...	52 casos	18,3%
40-49 años ...	48 casos	16,4%
50-59 años ...	25 casos	8,8%
60-69 años ...	21 casos	7,3%
70 y más	7 casos	2,4%
TOTAL	284 casos	99,2%

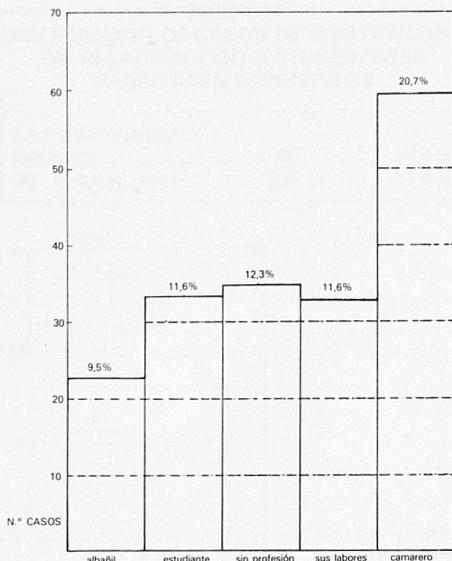


Figura 6
Distribución de enfermos T.P. por profesiones más frecuentes.

bañil, cocinero, comerciante y jubilado. Salvo la de ama de casa o «sus labores», las demás indican un estatus social deficiente y en condiciones de agregación social. La actuación antituberculosa en grupos de riesgo es una de las tendencias actuales tenidas en cuenta por las administraciones sanitarias.²

Las tablas y figuras n.º 7 y 8 muestran sendas distribuciones de enfermos por edad dentro de cada sexo. Se observa un predominio de hembras que enferman entre los 20 y 30 años y de varones entre los 30 y 40 años. En ambos sexos hay porcentajes importantes, 22,6% de hembras y 11,5% de varones, en los primeros años de la vida, lo que tiene su importancia en la insistencia de realizar quimioprofilaxis en los escolares tuberculín-positivos, que, como se sabe, son enfermos en potencia.⁴

La tabla y figura n.º 9 nos muestran el tiempo en semanas que transcurrió entre que el enfermo notó los primeros síntomas y cuándo acudió al médico. Este es un dato muy apreciado al parecer en las últimas reuniones antituberculosas ya que si existiera una buena educación sanitaria el

TABLA VI
DISTRIBUCIÓN POR PROFESIONES DE CASOS DE TUBERCULOSIS

Sin profesión	35 casos	12,3%
Soldador	2 casos	0,7%
Estudiante	33 casos	11,6%
Pintor	8 casos	2,8%
Camarero	59 casos	20,7%
Albañil	27 casos	9,5%
Vendedor	5 casos	1,7%
Sus labores	33 casos	11,6%
Administrativo	9 casos	3,1%
Marinero	3 casos	1,5%
Cristalero	1 caso	0,3%
Tejero	1 caso	0,3%
Jubilado	6 casos	2,1%
Sepulturero	1 caso	0,3%
Empapelador	1 caso	0,3%
Cocinero	10 casos	3,5%
Militar	1 caso	0,3%
Universitario	4 casos	1,4%
Agricultor	5 casos	1,7%
Escritor	1 caso	0,3%
Piloto	1 caso	0,3%
Industrial	2 casos	0,7%
Herrero	1 caso	0,3%
Equitación	1 caso	0,3%
Carpintero	3 casos	1,05%
Peluquero	3 casos	1,05%
Limpieza	3 casos	1,05%
Panadero	1 caso	0,3%
Yesero	2 casos	0,5%
Imprenta	2 casos	0,5%
Conductor	2 casos	0,7%
Metalúrgico	1 caso	0,3%
Comerciante	7 casos	2,4%
Fontanero	1 caso	0,3%
Bisutería	1 caso	0,3%
Electricista	1 caso	0,3%
Optico	1 caso	0,3%
Trapero	1 caso	0,3%
Dibujante	1 caso	0,3%
Maestro	1 caso	0,3%
Artesano	1 caso	0,3%
Colchonero	1 caso	0,3%
Poeta	1 caso	0,3%
Peletero	1 caso	0,3%
Pulidor	1 caso	0,3%

TABLA VII
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE MUJERES ENFERMAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

0-9 años	19 casos	22,6%
10-19 años	7 casos	8,3%
20-29 años	24 casos	28,5%
30-39 años	16 casos	19,4%
40-49 años	8 casos	9,5%
50-59 años	4 casos	4,7%
60-69 años	3 casos	3,5%
70 y más	3 casos	3,5%

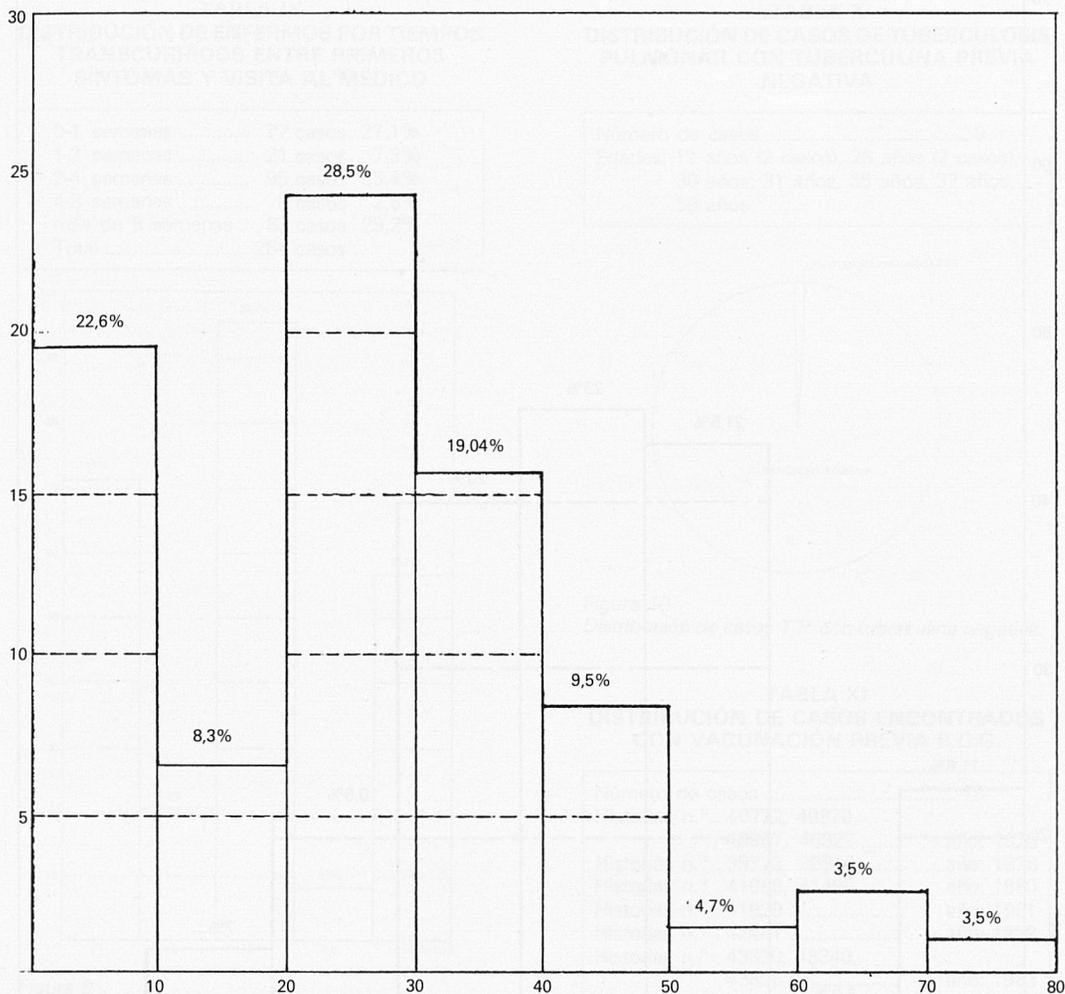


Figura 7
Distribución por edades de mujeres con T.P.

enfermo consultaría antes y la enfermedad podría ser diagnosticada más precozmente con todas las consecuencias sociales y económicas que ello llevaría consigo. En nuestro estudio, estos tiempos son considerablemente largos. La mayor parte de los enfermos no acudieron al médico hasta pasadas dos o tres semanas. Hay también un porcentaje importante de enfermos que no fueron al médico hasta que no llevaban más de dos meses con síntomas (29,2%).

La tabla y figura n.º 10 nos da un dato

ya conocido y confirmado, como es la existencia de casos de tuberculosis pulmonar con la prueba de la tuberculina negativa. La explicación se da como consecuencia de una posible anergia primaria ante una masiva invasión bacilar, o incluso a técnicas deficientes en la prueba. La tabla y figura n.º 11 nos muestran la existencia ya conocida de casos de tuberculosis pulmonar en personas previamente vacunadas con BCG. Este es uno de los pilares para el abandono de la práctica de la vacunación antituberculosa masiva, el

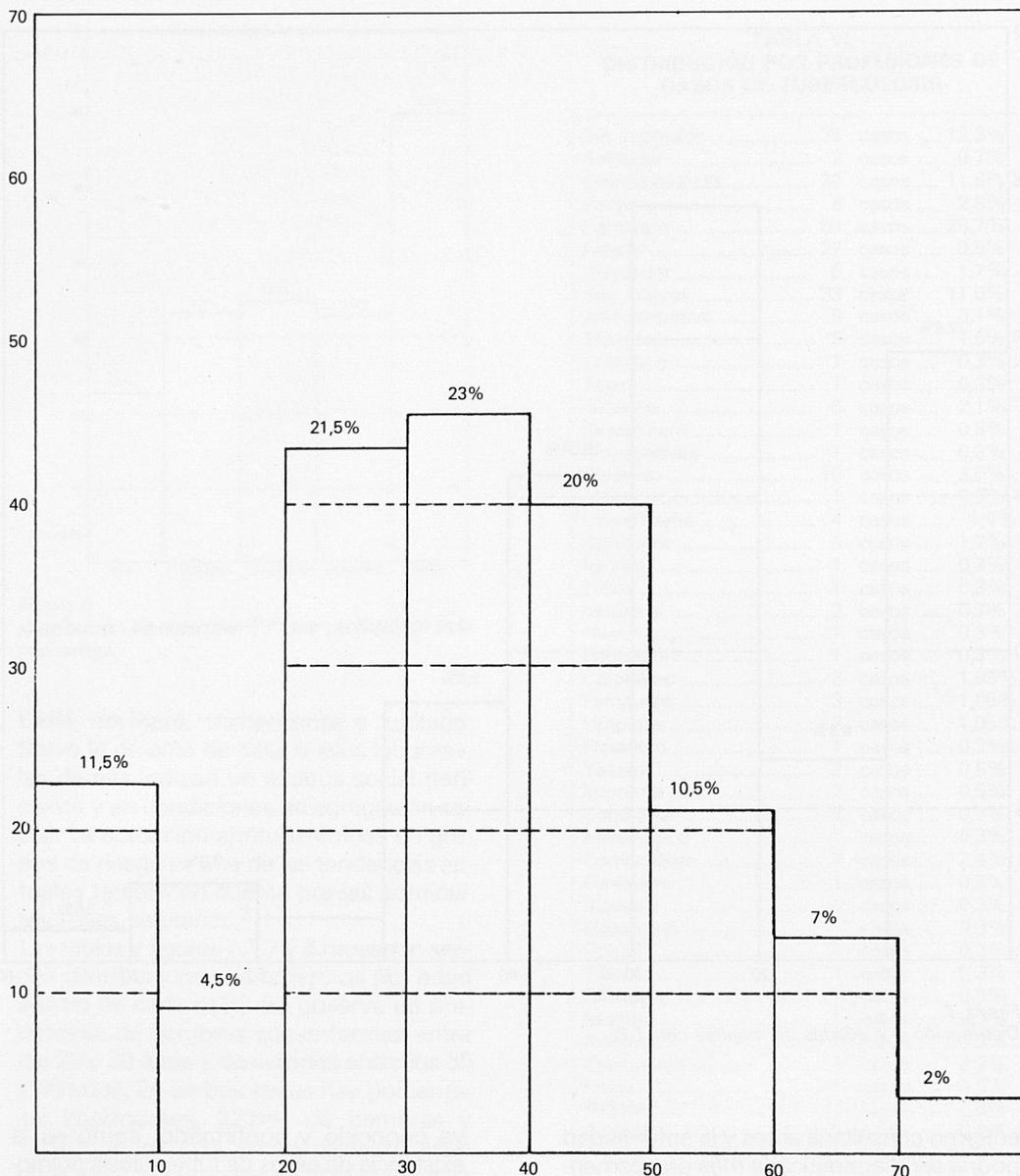


Figura 8
Distribución por edades en hombres enfermos de T.P.

TABLA VIII
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE HOMBRES
ENFERMOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

0-9 años	23 casos	11,5%
10-19 años	9 casos	4,5%
20-29 años	43 casos	21,5%
30-39 años	46 casos	23 %
40-49 años	40 casos	20 %
50-59 años	21 casos	10,5%
60-69 años	14 casos	7 %
70 y más	4 casos	2 %

que no es efectiva en todos los casos, aparte de otras consideraciones epidemiológicas.^{2, 4, 5}

La tabla y figura n.º 12 nos muestran el origen del nacimiento de los enfermos con un lógico y claro predominio de personas nacidas y habitantes de la ciudad de Pal-

TABLA IX
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMOS POR TIEMPOS
TRANSCURRIDOS ENTRE PRIMEROS
SÍNTOMAS Y VISITA AL MÉDICO

0-1 semanas	77 casos	27,1%
1-2 semanas	21 casos	7,3%
2-4 semanas	95 casos	33,4%
4-8 semanas	8 casos	2,8%
más de 8 semanas ..	83 casos	29,2%
Total	284 casos	..

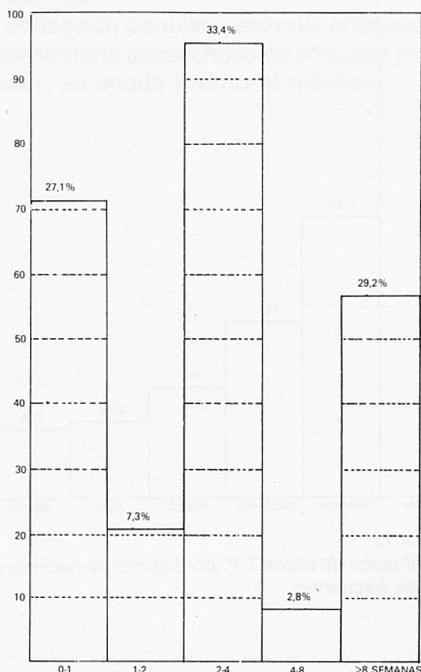


Figura 9
 Tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la visita al médico.

ma, lo que incide asimismo en el carácter urbano y social de la mycobacteria,² es significativo a tener en cuenta ante posibles actuaciones futuras en grupos de riesgo, el origen frecuente del mayor porcentaje que le siguen al ya citado de Palma (24,2%), los de Granada (11,6%), Barcelona (8,09), Sevilla 4,5%), Jaén (2,8%), Málaga (2,4%).

Hubiese sido interesante conocer el tiempo que llevaba viviendo en Baleares al enfermar desde el momento de su inmigración, pero como se dijo más arriba, este dato no pudo ser recogido.

TABLA X
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS
PULMONAR CON TUBERCULINA PREVIA
NEGATIVA

Número de casos	9
Edades: 19 años (2 casos), 28 años (2 casos), 30 años, 31 años, 36 años, 37 años, 50 años	

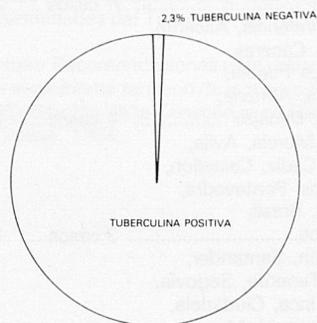


Figura 10
 Distribución de casos T.P. con tuberculina negativa.

TABLA XI
DISTRIBUCIÓN DE CASOS ENCONTRADOS
CON VACUNACIÓN PREVIA B.C.G.

Número de casos	19
Historias n.º . 40772, 40870, 40907, 40927	año: 1979
Historias n.º . 39773, 39810	año: 1978
Historias n.º . 41088, 41496	año: 1980
Historias n.º . 41929	año: 1981
Historias n.º . 42441	año: 1982
Historias n.º . 43330, 43340, 43808	año: 1983
Historias n.º . 44275	año: 1984
Historias n.º . 45667, 46040	año: 1985
Historias n.º . 47165, 47435	año: 1986
Historias n.º . 48337	año: 1987

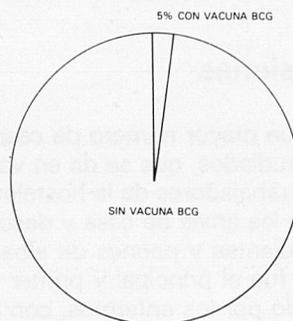


Figura 11
 Distribución de casos T.P. con previa vacunación BCG.

TABLA XII
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMOS POR SU
LUGAR
DE NACIMIENTO

Palma de Mallorca	69 casos ..	24,2%
Granada	33 casos ..	11,6%
Barcelona	23 casos ..	8,1%
Sevilla	13 casos ..	4,5%
Jaén, Madrid	8 casos ..	2,8%
Málaga	7 casos ..	2,4%
Coruña, Valencia, Alicante, Córdoba, Cáceres, Huelva, La Puebla, Tarragona, Almería, Albacete, Badajoz	4 casos ..	1,4%
Felanitx, Murcia, Avila, Cuenca, Cádiz, Castellón, Marruecos, Pontevedra, Zaragoza, Brasil, Salamanca.....	3 casos ..	1,0%
Ibiza, León, Santander, Toledo, Tenerife, Segovia, Algaida, Inca, Ciudadela, Muro, Montuiri, Manacir, Palencia, Soller, Llullmayor.....	2 casos ..	0,7%
Burgos, Ceuta, Campos, Petra, Santa María, Benisalem, Alcudia, Canarias, Italia, Esporlas, Soria, San Luis, Sancelles, Sineu, Alaro, Bilbao, Consell, Escocia, Francia, Lloret, Llubi, Lugo.....	1 casos ..	0,3%

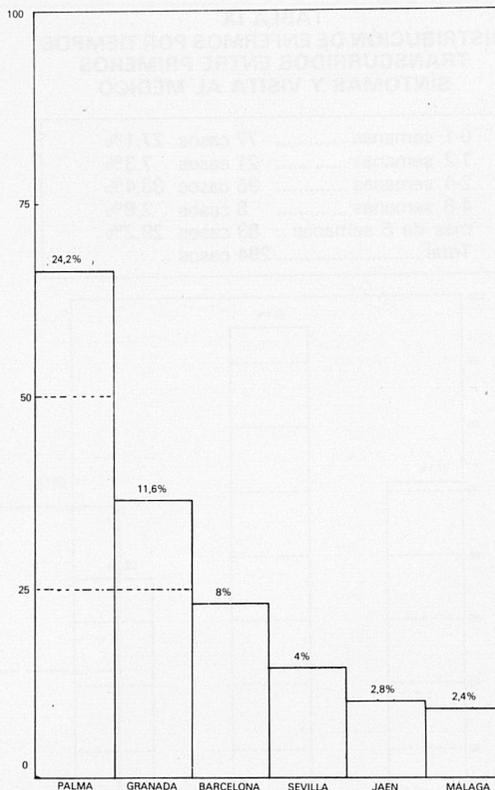


Figura 12
Distribución de casos T.P. por lugares de nacimiento más frecuentes.

Por otra parte se pudo comprobar que no había diferencia significativa entre las ciudades donde vivían los enfermos y los lugares de su trabajo.

Conclusiones

1. Existe un mayor número de casos entre los estudiados, que se da en varones solteros, trabajadores de la hostelería seguidos de las amas de casa y desocupados, estudiantes y peones de albañil.
2. La tos fue el principal y primer síntoma referido por los enfermos, con el hallazgo importante de un 15,4% sin sintomatología.
3. Un número importante (28,1% de los

casos) había tenido antecedentes familiares de tuberculosis pulmonar.

4. El tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la visita al médico, en la mayor parte de los enfermos, fue superior a dos o tres semanas.

5. Las edades donde apareció la enfermedad más frecuentemente fue la de 20 a 30 años en mujeres y 30 a 40 años en hombres.

6. El lugar de origen de los casos fue en primer lugar el de Palma, seguido de personas nacidas en provincias andaluzas (Granada en primer lugar) y de Barcelona.

7. Se encontraron casos de tuberculosis Pulmonar con Tuberculina Negativa, y otros con vacunación previa BCG.

Por todo lo cual parece razonable pensar

que la actividad antituberculosa, podría seguir en las líneas de:

a) realizar quimioprofilaxis exhaustivamente en los contactos y familiares de cada caso de T.P. conocido.

b) actuar selectivamente sobre grupos de riesgo de población (reconocimientos antituberculosos previos a cada contrato de hostelería, profesores de enseñanza, guarderías, etc.)

c) educación popular, para que, ante cualquier síntoma sospechoso de afección pulmonar, se acuda pronto al médico.

Bibliografía

1. Estudio Sociológico sobre las Enfermedades Respiratorias en España. (Libro Blanco de la SEPAR). Febrero 1984 *pág.* 69.
2. Informe sobre la Tuberculosis en Cataluña. Generalitat de id. *pág.* 19.
3. Estudio Sociológico sobre las Enfermedades Respiratorias en España. (Libro Blanco de la SEPAR). Febrero 1984 *pág.* 29.
4. Aspectos Epidemiológicos de la Tuberculosis. Revista Enfermedades del Tórax. vol. 33 1984 *págs.* 5-9.
5. Criterios y Recomendaciones para una actuación eficaz en el problema sanitario de la tuberculosis pulmonar. Publicación de la Conselleria de Sanidad de Govern Balear. 1984.