

Retraso en el diagnóstico y tratamiento de pacientes hospitalizados con tuberculosis

Sr. Editor: Hemos leído con mucho interés el excelente editorial publicado en la revista que usted dirige y escrito por Moreno y Cobo¹ con el título: "Las múltiples caras del control de la tuberculosis". En dicho editorial, los autores subrayan: "[...] las cifras de incidencia de enfermedad tuberculosa en España se alejan enormemente de las que presentan países de nuestro entorno y nivel económico [...]"; además aseguran: "[...] la principal razón por la que en España se diagnostican demasiados casos de tuberculosis es que nunca se ha realizado un programa de control riguroso [...]" y que "[...] el elemento esencial en un programa de control de tuberculosis es el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de las personas con tuberculosis [...]". Al final de este editorial nos alertan sobre el riesgo de la transmisión nosocomial de la tuberculosis.

El seguimiento estricto de las recomendaciones elaboradas por organismos internacionales se ha mostrado eficaz para disminuir la transmisión nosocomial de la tuberculosis²; sin embargo, un retraso en la sospecha clínica impide su correcta aplicación. El retraso en el diagnóstico, aislamiento y tratamiento de pacientes hospitalizados con tuberculosis puede tener consecuencias catastróficas para el propio enfermo³, para otros pacientes hospitalizados y para el personal sanitario^{4,5}; no obstante, este es un aspecto poco estudiado (fuera de un grupo de hospitales norteamericanos^{6,7}), sobre todo en nuestro país. Las causas de este retraso son poco conocidas y pueden variar de un hospital a otro, pero podrían atribuirse a alguno de los siguientes motivos: manifestaciones atípicas de la enfermedad, escasa pericia del médico para la sospecha clínica o falta de diligencia del laboratorio en el análisis y comunicación de los resultados positivos.

En el seno de un estudio sobre las características de la tuberculosis en nuestra comarca^{8,9}, analizamos el retraso en el aislamiento y tratamiento de los pacientes ingresados y dados de alta con el diagnóstico de tuberculosis durante los años 1995 a 1998¹⁰. Entre otros, destacamos los siguientes datos:

1. Se diagnosticó de tuberculosis pulmonar durante un ingreso

hospitalario a 95 pacientes, con una edad media de 49 años; de ellos, 27 tenían antecedentes de neumoconiosis, con una edad media de 69 años.

2. En 45 pacientes (60%) de un total de 75 pacientes con tuberculosis pulmonar bacilífera, se observó un retraso diagnóstico de más de 48 h respecto a la fecha de ingreso y en 24 pacientes (32%) el retraso diagnóstico fue mayor de 7 días.

3. Entre los 20 pacientes con tuberculosis pulmonar no bacilífera y cultivo de Löwenstein positivo, 13 pacientes (65%) tuvieron un retraso diagnóstico mayor de 7 días.

4. El retraso diagnóstico medio fue significativamente inferior en los menores de 60 años (< 60 años: 8,35 días; \geq 60 años: 20,10 días; $p < 0,001$).

5. Al estudiar otras variables que pudieran influir en el retraso diagnóstico, no se encontraron diferencias significativas según la presencia o no de fiebre al ingreso, ni según el sexo; observamos un mayor retraso diagnóstico, pero sin significación estadística: antecedente de neumoconiosis, ausencia de hemoptisis o melanoptisis, afectación radiológica atípica (afectación de lóbulos inferiores, o sin cambios radiológicos respecto a previas).

6. Fallecieron 10 pacientes en 1 año tras el diagnóstico de tuberculosis (en tres se realizó el diagnóstico *post mortem*), que tuvieron un retraso diagnóstico significativamente superior (22,29 días).

Los resultados se difundieron entre los clínicos y microbiólogos del hospital, haciéndose especial hincapié en los siguientes aspectos: a) aislamiento, diagnóstico y tratamiento precoz de todos los pacientes con sospecha clínica de tuberculosis que precisan ingresar; b) elevado índice de sospecha clínica de tuberculosis y solicitud inmediata de baciloscopia de esputo, en los pacientes con antecedentes de neumoconiosis y/o fibrosis pulmonar previa que ingresaran con agudización respiratoria, aunque no se observaran modificaciones en la placa de tórax, y c) necesidad de agilizar al máximo la realización y comunicación de resultados de las solicitudes de estudio de micobacterias.

De los datos que aportamos se deduce que, en nuestro hospital, existe un amplio margen para la mejora. Ignoramos si la difusión de nuestro estudio ha sido útil en la disminución del retraso diagnóstico de los pacientes que ingresan en el hospital con tuberculosis, por lo que

en la actualidad estamos analizando la evolución de este retraso diagnóstico durante los últimos años.

Cualquier programa de control de tuberculosis que se quisiera implantar en España debe considerar seriamente la transmisión nosocomial, dado que buena parte de las tuberculosis que atendemos se diagnostican en pacientes que están o han estado recientemente ingresados. Pensamos que analizar el retraso en el aislamiento y tratamiento de los pacientes ingresados, y dados de alta con el diagnóstico de tuberculosis, puede contribuir a un mejor conocimiento de sus causas, con el objetivo de minimizar este retraso y cortar la cadena de transmisión en un medio tan sensible como el hospital.

*José Luis Mostaza
y Alberto Bahamonde*
Servicio de Medicina Interna.
Hospital del Bierzo. Ponferrada.
León. España.

Bibliografía

1. Moreno S, Cobo J. Las múltiples caras del control de la tuberculosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003;21:279-80.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations and reports. Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in health-care facilities. *MMWR* 1994;43(RR13):1-132.
3. Pablos-Méndez A, Sterling TR, Frieden TR. The relationship between delayed or incomplete treatment and all-cause mortality in patients with tuberculosis. *JAMA* 1996;276: 1223-8.
4. Pearson ML, Jereb JA, Frieden TR, Crawford JT. Nosocomial transmission of multi-drug resistant *Mycobacterium tuberculosis*: A risk to patients and health care workers. *Ann Intern Med* 1992;117:191-6.
5. Menzies RI, Fanning A, Yuan L, Fitzgerald M. Tuberculosis among health care workers. *N Engl J Med* 1995;332:92-8.
6. Greenaway C, Menzies D, Fanning A, Grewal R, Yuan L, FitzGerald JM; Canadian Collaborative Group in nosocomial Transmission of Tuberculosis. Delay in Diagnosis among Hospitalized Patients with Active Tuberculosis, Predictors and Outcomes. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165:927-33.
7. Venkatarama KR, Iademarco EP, Fraser VJ, Kollef MH. Delays in the suspicion and treatment of tuberculosis among hospitalized patients. *Ann Intern Med* 1999;130:404-11.
8. Mostaza JL, Fernández S, Bahamonde A, Vélez R, García B, González M, et al. Epidemiología de la tuberculosis en el Bierzo. IX Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2000. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000;18(Supl 1):123.
9. Mostaza JL, Bahamonde A, Fernández S, Vecín JC, Menéndez V, Vélez R, et al. Características clínicas de la tuberculosis en el Bierzo. IX Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2000. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000;18 (Supl 1):124.
10. Mostaza JL, Fernández S, Bahamonde A, Vélez R, García B, González M, et al. Análisis del retraso en el diagnóstico de pacientes hospitalizados con tuberculosis. XV Congreso de la SOCALMI. 2000 (Libro de comunicaciones: pág 65).