INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN POBLACION CORRENTINA FEMENINA EN EDAD FERTIL Y EMBARAZOS DETECTADOS

Jorge David Dominguez, Raúl Esteban Juarez, Dra. Maria Yanina Paola Aguirre

RESUMEN

OBJETIVOS: 1) Detectar el número de mujeres de edad fértil entre los 12 y 50 años con diagnostico de Tuberculosis (TBC) en la provincia de Corrientes, entre los años 2000 y 2004. 2) Detectar el número de pacientes embarazadas con TBC durante el año 2004. 3) Relacionar datos y extraer tasas de incidencia. 4) Indagar viabilidad fetal y complicaciones obstétricas.

MATERIALES Y MÉTODOS: En un estudio retrospectivo se recolectaron el número de pacientes de sexo femenino entre 12-50 años de edad con TBC de la provincia de Corrientes tomando el período 2000-2004 De un total de 483 notificaciones de tuberculosis, utilizamos las 81 notificaciones correspondientes al año 2004, en donde se documentaron 5 casos de tuberculosas embarazadas que fueron hallados mediante N° de DNI

RESULTADOS: de los 5 casos hallados 4 presentaron complicaciones obstétricas, y con respecto a las complicaciones fetales, se encontraron 3 recién nacidos prematuros con baja edad gestacional de los cuales 2 presentaron bajo peso y 1 con defecto congénito.

CONCLUSION: La tuberculosis en el embarazo aumenta la frecuencia de partos pretérmino (3 de los casos detallados). Esta probablemente relacionado con otras anomalías del embarazo (APP,RPM). Cuando esta situación se presenta en el embarazo, es porque se han roto múltiples barreras preventivas, por lo que queda claro la importancia de esta enfermedad para la salud pública.

SUMMARY

OBJECTIVES: 1) To detect the number of women of fertile age between the 12 and 50 years with diagnose of Tuberculosis (TBC) in the province of Corrientes, between the years 2000 and 2004. 2)To Detect the number of pregnant patients with TBC during the year 2004. 3) To relate data and to extract rates of incidence. 4) To investigate fetal viability and obstetric complications.

MATERIALS AND METHODS: In a retrospective study they were gathered the number of patient of feminine sex among 12-50 years of age with TBC of the province of Corrientes taking the period 2000-2004 Of a total of 483 tuberculosis notifications, we use the 81 notifications corresponding to the year 2004 where 5 cases were documented of tuberculous pregnant that were found by means of n° of DNI

RESULTS: of the 5 found cases 4 presented obstetric complications, and with regard to the fetal complications, they were 3 recently born premature with low age gestational of which 2 presented under weight and 1 with congenital defect.

CONCLUTION: The tuberculosis in the pregnancy the frequency of childbirths premature increases (3 of the detailed cases). This probably related with other anomalies of the pregnancy (APP,RPM). When this situation is presented in the pregnancy, it is because they have broken multiple preventive barriers, for what is clear the importance of this illness for the public health.

INTRODUCCION

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa crónica reemergente que pese al bajo costo de su diagnóstico y tratamiento aun continúa siendo un problema epidemiológico en nuestra región, dejando a Corrientes en 5to lugar en cuanto a notificaciones en la Argentina.[1] Es principalmente una enfermedad de transmisión aerógena que se adquiere cuando se depositan bacilos en los alvéolos pulmonares. Ocasiona múltiples complicaciones tanto en la población general como en la población femenina, en especial durante el embarazo por su particular condición inmune a quienes además produce mayor riesgo de trastornos materno-fetales. [2] Es una patología que en teoría (según varios autores) es controlable pero al enfrentarnos en la práctica con esta situación, esto no ocurre. Puesto que la TBC no tratada supone una amenaza para la madre y el feto se recomienda el mismo tratamiento que en la no embarazada (salvo con estreptomicina que está contraindicada).[2] Recordemos que Hipócrates creía que la TBC mejoraba con el embarazo aconsejando la maternidad a las tuberculosas concepto que encontró su polo opuesto con Moriceau en 1787 desde donde transcurren 150 años de contradicción entre los que apoyan el "aborto terapéutico" y los que se oponían llegando al siglo XX en que los trabajos estadísticos demostraron que no había diferencias en la evolución natural entre los que lo practicaban y los que no lo hacían.[3] La quimioantibioticoterapia moderna ha relegado al absurdo la idea de interrupción del embarazo y para su diagnóstico precoz es importante una gran sospecha clínica teniendo en cuenta los "factores de riesgo": epidemiológicos (bajo nivel socioeconómico, geriátricos, institutos correccionales, ocupación de alto

riesgo, no tener hogar), biológicos (síntomas respiratorios, infección con HIV, desnutrición, diabetes, IRC, inmunosupresión) y de contacto.[1]

OBJETIVOS

1. Detectar el número de mujeres de edad fértil entre los 12 y 50 años con diagnóstico de TBC en la provincia de Corrientes, durante el período 2000- 2004.
2. Detectar el número de pacientes embarazadas con TBC durante el año 2004.
3. Relacionar datos y extraer tasas de incidencia.
4. Indagar la viabilidad fetal y complicaciones obstétricas.

MATERIALES Y METODOS

En un estudio retrospectivo se recolectaron el número de pacientes de sexo femenino entre 12 y 50 años de edad con TBC del Programa de TBC del servicio de epidemiología del Hospital "Angela Iglesia de Llano" en asociación con el instituto "INNER Coni" (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias- cede Sta Fe-) tomando el período 2000-2004, datos que fueron tomados via internet de las planillas de *"notificación de casos según edad y sexo (Ctes)"*. Además se obtuvo el total de la población femenina sana entre 12 -50 años de edad (según INDEC 2001), a fin de establecer la tasa de incidencia.

Del número de pacientes con TBC denunciadas en el año 2004 se obtuvieron las historias clínicas de los servicios de informática de los hospitales "J.R. VIDAL" y "Angela Iglesia de Llano" (a través del Programa *SIP*) en busca del número de gestantes con TBC, accediendo a ellas por el número de DNI ya que no se contaba con información del diagnóstico de TBC en los carnets de control perinatal en ninguno de los servicios de obstetricia.

Se hallaron 5 casos de tuberculosas embarazadas (año 2004):

Caso 1:
Edad: 16 años.
Edad gestacional 1er. consulta: desconocida.
Peso materno a la 1er. Consulta: 47 Kg.
Talla: 1.57 m.
Incremento del peso materno: desconocido.
Gestas: 0 Abortos: 0
Parto: Hospitalización. Inicio de parto espontáneo.
Edad gestacional: 39 Sem. Presentación: cefálica.
Episiotomía y oxitócicos. Alumbramiento espontáneo. Placenta incompleta.
Patología: Hemorragia Puerperal.
RECIEN NACIDO:
Peso: 3070 g
Apgar: 9/9
Edad: 40 Sem. Patología: No se constató.

Caso 2:
Edad: 18 años.
Edad gestacional 1er.consulta: 12 Sem.
Peso materno a la 1er. Consulta: 52kg.
Talla: 1.58m.
Incremento del peso materno: 5 kg.
Gestas: 0 Abortos: 0
Parto: Hospitalización 23 de octubre con rotura de membrana del 1 de octubre. Inicio del parto inducido.
Edad gestacional: 33 Sem. Presentación: cefálica.
Cesárea. Alumbramiento no espontáneo. Placenta completa.
Patología: -Amenaza parto prematuro (APP).
- Rotura prematura de membrana (RPM).
- Coriamnionitis.
RECIEN NACIDO:
Peso: 1950g.
Apgar: 8/8
Edad: 33 Sem.
Reanimación con mascara.
Patología: -Síndrome de Distres Respiratorio (SDR).
-Hiperbilirrubinemia.
-Infección y defecto congénito.

Caso 3:
Edad: 22 años.
Edad gestacional de la 1er consulta: 14 Sem.
Peso materno a la 1er. Consulta: 57kg.
Talla: 1,51m.
Incremento del peso materno: 9kg.
Gestas: 2 Abortos: 0
Parto: Hospitalizado 20 de abril. Ruptura de membrana.
Edad gestacional: 39 Presentación: cefálica.
Alumbramiento espontáneo. Placenta completa.
Patología HTA previa.
RECIEN NACIDO:
Peso: 3440g
Apgar: 9/9
Edad:39 sem
Patología: no se constato.

Caso 4:
Edad: 33 años.
Edad gestacional de la 1er consulta: 9 Sem.
Peso materno a la 1er. Consulta: 50kg.
Talla: Desconocida.
Incremento del peso materno: Desconocido.
Gestas: 7. Abortos: 0. Vivos: 5. Muertos: 2 luego de la 2da Sem.
Parto: Hospitalizado con rotura de membrana
Edad gestacional: 31 Sem. Presentación: podálica.
Cesárea y oxitócicos.
Patología: Ninguna.
RECIEN NACIDO:
Peso: 1620g
Apgar: 7/9

Edad: 32 Sem.
Patología: no se constató.

Caso 5:
Edad: 34 años.
Edad gestacional de la 1er consulta: 18 Sem.
Peso materno a la 1er. Consulta: 57kg.
Talla:1.57 m.
Incremento del peso materno: 12kg.
Gestas: 6 Abortos: 1
Parto: Hospitalizado 12 de dic. Membrana integra.
Cesárea. Alumbramiento no espontáneo.
Edad gestacional: 35 Sem. Presentación: cefálica.
Patología: -Desprendimiento de placenta normoinserta (DPNI).
-Hemorragia del 3er trimestre.
RECIEN NACIDO:
Peso: 2750g.
Apgar: 9/9
Edad: 35 Sem.
Patología: No se constato.

De los 5 casos detallados se pretende indagar:

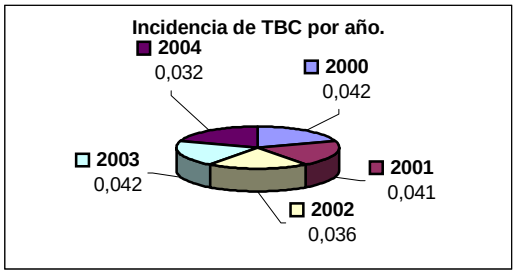
- Si los partos fueron normales o presentaron algunas complicaciones obstétricas
- Si el niño nació vivo o muerto; y de los nacidos vivos cuántos presentaron patologías o malformaciones
- Cuántos presentaron baja edad gestacional y bajo peso al nacer (< 2500 g) [7]

RESULTADOS

De una población correntina de 246.578 mujeres de entre 12 y 50 años de edad (Fuente: Indec censo 2001)se obtuvieron las siguientes notificaciones de TBC:

AÑO	Nro. De CASOS	INCIDENCIA
2000	106	0,042
2001	102	0,041
2002	89	0,036
2003	105	0,042
2004	81	0,032
TOTAL	483	0,19

Fuente: INNER CONI **:**
http://www.anlis.gov.ar/INER/TBCargentina/TBC.htm



De la incidencia del 0.032 del 2004 pudimos documentar solo 5 casos de los cuales 4 padecieron complicaciones obstétricas tales como:

- Caso 1: Hemorragia puerperal por retención placentaria.
- Caso 2: APP, RPM y Corioamnionitis.
- Caso 4: RPM.
- Caso 5: DPNI.

Padecieron complicaciones fetales:

- Caso 2 y 4: Bajo peso al nacer.
- Caso 2, 4 y 5: Baja edad gestacional por examen físico.
- Caso 2: SDR, infección y defecto congénito.

ACLARACIÓN: los casos de tuberculosis notificados corresponden a toda la provincia, si hubo o no embarazos y/o complicaciones en otras pacientes de otras localidades quedan afuera de nuestro alcance, al igual que los atendidos en el sector privado ya que los casos estudiados pertenecen sólo a los hospitales de la capital

DISCUSION

Los casos de TBC materna son a menudo asintomático, observándose esto en nuestra población estudiada, y se sabe también que la enfermedad no diagnosticada puede tener efectos graves sobre el recién nacido. [2] No es infrecuente que ocurra progresión de la enfermedad activa o reactivación de la enfermedad inactiva en pacientes tuberculosas en el primer año y a menudo en las 6 primeras semanas del posparto. [2]

Con respecto a la influencia de la enfermedad sobre el embarazo, en las pacientes con tuberculotexemia seria hay mayor frecuencia de partos prematuros hecho que disminuyó a consecuencia de adecuada terapéutica, así pues la enfermedad ejerce escasa influencia sobre la evolución gestacional.[4]

El embarazo en una tuberculosa reciente o enfermedad diagnosticada al principio del mismo parece corresponder a una forma verdaderamente inicial o a una exacerbación de procesos anteriores silenciosos, estos casos ser mas graves por cuanto el embarazo es capaz de producir una agravación rápida si la enfermedad no se diagnostica y trata oportunamente. Esta agravación se basa en la influencia perniciosa que pueden ejercer tanto la gonadotropina corionica como los estrógenos, en particular estos últimos, favoreciendo la diseminación de la TBC. Esta forma incipiente son las que mejor pueden controlarse por la terapéutica actual. [4-5]

El embarazo en una tuberculosa crónica o latente afecta muy poco el peligro de reactivación, en los casos de formas activas tratadas el embarazo no influye aunque hay algunos casos particulares en donde la gestación fue la causa de agravación de la enfermedad. [4]

Existen 2 períodos peligrosos para la mujer embarazada tuberculosa:1).-Los primeros 4

meses (o primer trimestre para algunos autores). 2).-El primer mes después del parto. En esos términos puede reactivarse una lesión latente o iniciar la enfermedad. Hay mayor peligro de reactivación de la lesión pulmonar durante el puerperio este es el motivo de no reiniciar un nuevo embarazo hasta que haya trascendido un plazo prudente (2 años) hasta que negativice la baciloscopía, desaparezcan los signos radiológicos y las manifestaciones toxicas de la enfermedad.[4]

El parto de la mujer con TBC pulmonar no difiere normal, tanto en la primípara como en la multípara se afecta a medida que la lesión es mas avanzada. Según se cree esta aceleración del parto guardaría relación con el sistema neurovegetativo (hipovagotonismo).[6]

La TBC congénita es rara, el feto se contamina por diseminación hematógena de la placenta (placentitis TBC) o por aspiración del bacilo del líquido amniótico infectado. El riesgo es mayor en hijos de madres con enfermedad genitourinaria o miliar en donde la mortalidad neonatal es más elevada y todavía no se ha informado mayor incidencia de malformaciones congénitas en hijos de madres en tratamiento para la enfermedad.[5]

Cabe resaltar que una parturienta con TBC se convierte en un excelente medio de difusión de la enfermedad no solo a su hijo sino también a su entorno social, por lo que en una mujer gestante con tuberculosis estadísticamente vale por 3 de ahí la importancia de un buen control infectológico de la misma.

CONCLUSIONES

La tuberculosis en el embarazo aumenta la frecuencia de partos pretérmino (3 de los casos detallados). Esta probablemente relacionado con otras anomalías del embarazo (APP, RPM). Debido a su falta de reconocimiento de factores de riesgo epidemiológicos, biológicos o de contacto, el diagnostico de la tuberculosis se hallaba ausente en los 5 casos. Las mujeres embarazadas con factores de riesgo y gran sospecha clínica deberían someterse a la prueba de tuberculina. Cuando esta situación se presenta en el embarazo es porque se han roto múltiples barreras preventivas hecho que resalta la importancia de esta enfermedad para la salud pública.

AGRADECIMIENTOS

- Dr. Gabriel Marder: Jefe de Cátedra Patología Comparada y Salud Pública. Fac. de Veterinaria. Agradecemos su colaboración en el asesoramiento de metodología y redacción del trabajo.
- Instituto Nacional de enfermedades respiratorias (INNER) “Emilio Coni” quien proporcionó la base de datos con la cual trabajamos; a su director/a muchas gracias.
- Dr. Hipólito Sodero: JTP Cátedra II de Obstetricia Fac. de Medicina UNNE por asesoramiento en el área obstétrica.
- Dr. Liber Acosta Jefe del Programa de Control de Tuberculosis Corrientes por acceso a estadísticas provinciales de TBC.

BIBLIOGRAFIA:

1. Gorodner, JO. Enfermedades Infecciosas 2da edición Rosario: Corpus Librus. 2004: 193-212.
2. Pereyra Norma. Homeopatía unicista. Homeopatia unicista Clinica, Obstetricia; Ginecologìa Bs. As. Argentina [en línea]. 2005: [Fecha de acceso 2-3-05] URL disponible en: http://www.homeopatiaunicista.itgo.com/tuberculosis_y_embarazo.htm
3. Votta RA. Obstetricia. 2da edición. Buenos Aires Ed Libreros 1983: 384-388.
4. Uranga FA. Obstetricia Práctica. 5ta edición. Buenos Aires Ed Intermedica 1979: 795-799.
5. Uribe JB. Obstetricia y Ginecología. 5ta edición. Medellín, Colombia 1994: 224-225
6. Schwarz RL. Obstetricia. 5ta edición. Buenos Aires, Argentina Ed. El Ateneo 2001: 303-305.
7. Cereani Cernadas JM. Neonatología Práctica. 3ra edición. Buenos Aires Ed Medica Panamericana 1999: 25-35
8. Morano J. Compendio de Pediatría. 1ra edición. Buenos Aires Ed. Atlante 2001: 381-391.
9. Hall Peter. Red Book, Enfermedades infecciosas en pediatría. 24 edición. Buenos Aires Ed Medica Panamericana 1999: 581-587..
10. Harrison TR, Braunwald E. Principios de Medicina Interna. 15ta edición. México Ed Interpanamericana 2002: vol 1: 1220.
11. Farreras R. Medicina Interna. 14ta edición. Madrid, España Ed Harcourt Brace 1997: vol 2: 2366.