



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCION DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA  
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES  
CON TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR. CONSULTAS DE MEDICINA  
INTERNA Y SALUD RESPIRATORIA. CIUDAD HOSPITALARIA  
"DR. ENRIQUE TEJERA". MAYO 2021- MAYO 2022**

**AUTOR: BRIZUELA YENNIFER**

**VALENCIA, 2022**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCION DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA  
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES  
CON TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR. CONSULTAS DE MEDICINA  
INTERNA Y SALUD RESPIRATORIA. CIUDAD HOSPITALARIA  
"DR. ENRIQUE TEJERA". MAYO 2021- MAYO 2022.**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO QUE SE PRESENTA COMO  
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
INTERNA**

**AUTOR: BRIZUELA YENNIFER  
TUTOR CLÍNICO: DR. DARIO SATURNO**

**VALENCIA, 2022**



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR. CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA Y SALUD RESPIRATORIA. CUIDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". MAYO 2021-MAYO 2022.**

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

**BRIZUELA S., YENNIFER A.**  
C.I. V – 21405475

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Darío Saturno C.I. 4863230, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **31/07/2023**

  
**Prof. Darío Saturno**  
(Pdte)  
C.I. 4863230  
Fecha

  
**Prof. Haydeé Oliveros**  
C.I. 3025988  
Fecha 31-07-2023



  
**Prof. Luis Pérez Carreño**  
C.I. 15702041  
Fecha

TG:89-22

## INDICE

INDICE DE TABLAS.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	1
METODOLOGÍA.....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	15
CONCLUSIONES.....	19
RECOMENDACIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXOS	

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar según edad y sexo. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” año 2021-2022

Tabla 2: Distribución de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar según procedencia y ocupación. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022

Tabla 3: Distribución de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar según Graffar y grado de instrucción. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022

Tabla 4: Distribución de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar según comorbilidad e IMC. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022

Tabla 5: Distribución de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar según forma clínica y antecedentes de factor de riesgo epidemiológico. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022

Tabla 6: Distribución de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar según etapa del tratamiento específico y presencia de resistencia. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022

Tabla 7: Distribución de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar según comorbilidades y localización. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022

## RESUMEN

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR. CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA Y SALUD RESPIRATORIA. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. MAYO 2021- MAYO 2022.**

**Autor: Yennifer A. Brizuela S.**

**Año: 2022**

La tuberculosis extra pulmonar es una patología infecto contagiosa, causada por bacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis*; definida por la Organización Mundial de la Salud como aquella infección que afecta tejidos y órganos fuera del parénquima pulmonar. Esta es el equivalente de la propagación hematogena y linfática del bacilo Koch. **Objetivo General:** identificar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis extrapulmonar en las consultas de medicina interna y salud respiratoria en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período mayo 2021- mayo 2022. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y trasversal, en el cual la población estuvo conformada por 47 pacientes con TBCEP que acudieron a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. **Resultados:** La edad promedio fue de 38.53 años. Predominó el sexo masculino con un 63,83%. El municipio de mayor afluencia de pacientes fue Valencia 65,96%. El nivel III del Graffar fue el más frecuente en un 46,81%. Las comorbilidades asociadas fueron VIH 8,51%, Diabetes 6,38% y psoriasis 4,26%. **Conclusiones:** La presentación pleural fue la más frecuente. El antecedente epidemiológico que prevaleció fue el haber o estar privado de libertad.

**Palabras clave:** tuberculosis extra pulmonar, *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo Koch. Pleural, ganglionar.

## ABSTRACT

**CHARACTERISTICS CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL OF PATIENTS WITH EXTRA PULMONARY TUBERCULOSIS. INTERNAL MEDICINE AND RESPIRATORY HEALTH CONSULTATIONS. CITY HOSPITAL “DR. ENRIQUE TEJERA”. MAY 2021- MAY 2022**

**Author: Yennifer A. Brizuela S.**

**Year: 2022**

Extrapulmonary tuberculosis is a contagious infectious pathology, caused by bacteria of the Mycobacterium tuberculosis complex; defined by the World Health Organization as an infection that affects tissues and organs outside the lung parenchyma. This is the equivalent of the hematogenous and lymphatic spread of the Koch bacillus. **General Objective:** to identify characteristics the clinical and epidemiological of patients with extrapulmonary tuberculosis in internal medicine and respiratory health consultations in the City Hospital “Dr. Enrique Tejera” in the period May 2021-May 2022. **Methodology:** An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out, in which the population consisted of 47 patients with extrapulmonary tuberculosis who attended the city Hospital "Dr. Enrique Tejera". **Results:** The average age was 38.53 years. The male sex prevailed with 63.83%. The municipality with the highest influx of patients was Valencia 65.96%. Graffar level III was the most frequent in 46.81%. Associated comorbidities were HIV 8.51%, Diabetes 6.38% and psoriasis 4.26%. **Conclusions:** Pleural presentation was the most frequent. The epidemiological antecedent that prevailed was having or being deprived of liberty.

**Key words:** extrapulmonary tuberculosis, Mycobacterium tuberculosis, Koch bacillus. Pleural, ganglion.

## INTRODUCCION

La tuberculosis extra pulmonar (TBCEP) es una patología infecto contagiosa, causada por bacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis*; definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquella infección que afecta tejidos y órganos fuera del parénquima pulmonar. Representando el 20-25% de los casos de tuberculosis (TBC)<sup>1</sup>.

Esta es el equivalente de la propagación hematógica y linfática del bacilo *M. tuberculosis*. El cual es una bacteria aerobia, no esporogena, de la familia *Mycobacteriaceae* y del orden *Actinomycetales*. Como consecuencia de esta diseminación, y del desarrollo de inmunidad específica, se crea inmunidad protectora frente a la bacteria. Por lo que conlleva a la formación de granulomas encapsulados que creara en su interior bacilos viables. No obstante, puede en cualquier momento, tras la infección primaria, que aparezca años luego, ante la presencia de una alteración de los mecanismos de respuesta inmune responsables, por situación médica oportunista o por presencia de toma de tratamientos, que alteran la inmunidad celular<sup>1</sup>

Esta alteración del mecanismo de inmunidad, que conforma al granuloma, prepara la reactivación de focos latentes y desarrollo de la patología. Según la OMS, la disminución de casos no ha sido un punto realmente relevante, esto atribuible a la disminución la vacuna BCG, existencia en ascenso de población susceptible, con los siguientes factores de riesgo: edad, sexo femenino, comorbilidades como diabetes, enfermedad renal crónica (ERC), infección por virus de inmunodeficiencia humano (VIH). Establecer su diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha. Con respecto a la epidemiología es una enfermedad conocida desde la antigüedad y no deja

de ser causa principal de muerte en los seres humanos. Estudios genómicos sugieren que *M. tuberculosis* pudo haber aparecido aproximadamente anteriormente 70 000 años a. C. en África, logrando una diseminación con expansión a los distintos continentes durante el periodo neolítico. La OMS en año 2013 informó más de 9,4 millones de nuevos casos de TBCP y TBCEP; 95% de los casos en países en vías de desarrollo. En el continente Asiático 5 millones, África 2.6 millones, Medio Oriente 0.7 millones y Latinoamérica 0.3 millones de casos nuevos<sup>2</sup>.

Estos incrementos fueron directamente proporcionales, a la migración de países con alta prevalencia de tuberculosis, Infección por VIH, problemas socioeconómicos donde se incluyen aumento de pobreza, número de personas en situación de calle y consumidores de sustancias psicotrópicas, malnutrición, condición de hacinamiento e insalubridad, lo cual convierte a esta enfermedad un problema de salud pública<sup>2</sup>.

Ante lo explicado, se plantea la siguiente interrogativa ¿cuáles serán las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar que acudan a la consulta de salud respiratoria y medicina interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Mayo 2021- 2022.

Según estudio realizado en La Paz, Bolivia, publicado en el año 2011 por García F. Alvarez H y colaboradores, el cual lleva por nombre: “Tuberculosis extrapulmonar: epidemiología y factores de riesgo”. Los casos de TBC diagnosticados entre 1991- 2008 en una población caucásica, fueron obtenidos de una consulta de TBC. Utilizando las siguientes variables: sexo, edad, vacunación con BCG, contacto con pacientes con TB, tabaco, uso de alcohol, comorbilidades, uso de fármaco esteroideo, inmunosupresores, infección por VIH. Concluyeron una disminución de casos TBC y ascenso de TBCEP, siendo más frecuente en el sexo femenino y en personas sin

vacunas de BCG, justificándose por la prevalencia del sexo femenino y descenso de pacientes vacunados con BCG<sup>3</sup>.

En una revisión realizada en el año 2014 por Ramírez M. y Menéndez A. en la unidad de aislamiento del servicio de medicina interna, en el Hospital Cantoblanco y Hospital Universitario La Paz, Madrid, plantearon que hasta en un (25%) de los casos de TB existe afectación extra pulmonar. Los factores de riesgo se atribuyen a la edad, sexo femenino, VIH y comorbilidades. De igual manera se debe descartar la forma pulmonar, a través de la baciloscopia y la radiografía, se debe realizar la prueba de tuberculina PT o test de detección de interferón gamma en sangre (IGRA). Se determinó que la perspicacia en la sospecha es importante para el diagnóstico, a menudo es necesario recurrir a pruebas invasivas, y que los métodos diagnósticos convencionales establecen diferentes grados de sensibilidad y especificidad en función de la localización<sup>1</sup>.

En la provincia de Cienfuegos, en el año 2015, fue presentado un caso de TBCEP por Sánchez M. y Martínez M. cols. En el cual se expuso un caso clínico, de una paciente femenina de 49 años de edad, la cual acudió al hospital León Cuervo Rubio, por presentar síndrome ganglionar de 5 meses de evolución. Se realizó un estudio anatomopatológico, el cual reportó la presencia de una adenitis granulomatosa tuberculoide. Por lo cual concluyeron a mantener la vigilancia de sospecha no solo a patologías respiratorias, sino aquellas que comprometen a otros órganos y sistemas<sup>4</sup>.

Palma M. presentó en el año 2017 en La Habana (Cuba), presentó un caso titulado: Escrófula caso frecuente de tuberculosis extra pulmonar. Se realizó la presentación de un paciente masculino de 65 años de edad. El cual se percata de un crecimiento de la cadena ganglionar derecha y como síntoma concomitante tos húmeda con expectoración blanca, disfagia, pérdida de peso

y astenia. Se realiza estudios no invasivos, los cuales sugieren adenopatía en estado de licuefacción por proceso infeccioso. Por los que les hace preguntarse, si la etiología es debido a una TBCEP ganglionar. Inician tratamiento antituberculoso y antibiótico, con evolución satisfactoria. Concluyendo que la TBCEP, es la segunda presentación más frecuentes, luego de la forma pleural. La cual no debe ser subestimada<sup>5</sup>.

En el año 2019, Maurena D. y Bastidas G. realizaron un estudio titulado "Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis en el estado Carabobo, Venezuela". Analizaron 712 casos de TBC y 15 de TBCEP, correspondiendo en su mayoría a residentes del municipio Valencia; con afectación principal al sexo masculino (76% y 67% respectivamente). Asimismo (67%) en edad económicamente productiva. Dentro los afectados con patología extrapulmonar, la variante más frecuente fue la meníngea. La ingesta de alcohol fue el factor de riesgo más importante y como la desnutrición. Concluyendo así, que la morbilidad en el año 2017, tuvo tendencia al ascenso, caso contrario a la figura mundial, donde se demuestra descenso de la enfermedad<sup>6</sup>.

Amado A. y Moreno S. en el año 2019, en Colombia realizaron una revisión sistematizada titulada Tuberculosis extrapulmonar: un reto clínico vigente, en la base de datos Pubmed, Embase, SciELO y LILACS de documentos en periodo de tiempo de 1° de enero de 1980 al 14 de octubre de 2019. Se incluyeron términos de tuberculosis pleural, meníngea, gastrointestinal; abarcando literatura en español, inglés y francés. Se determinó la existencia de diferencias entre los factores asociados con el desarrollo de TBC y TBCEP, siendo el principal factor la inmunosupresión por VIH y el antecedente prevalente fue precisar el conocimiento de relación con personas contagiadas TBC. Con respecto a métodos diagnósticos, la sensibilidad fue variable según el sitio de infección y el tipo de muestra analizada<sup>7</sup>.

En un estudio publicado en el año 2020, realizado por Toledano y Grenot titulado “Aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con TBCEP en la provincia de Santiago de Cuba. Fue un estudio descriptivo y retrospectivo con una población de 124 pacientes con TBCEP, desde el año 2007- 2017. Las variables utilizadas fueron sexo, edad, residencia, localización de TBCEP, comorbilidades. En los resultados se observó predominio del sexo masculino y el grupo etario predominante fue de 30- 44 años (35.5%); de igual manera la presentación clínica más frecuente fue la pleural, seguido de la ósea y el factor de riesgo sobresaliente fue el tabaco. Concluyendo la tendencia hacia edades tempranas, el VIH no se consideró factor determinante de la patología, igualmente la sospecha clínica constituye el pilar para el diagnóstico<sup>8</sup>.

Dado el crecimiento de Mycobacterium del complejo tuberculosis fuera del árbol pulmonar, los sitios más frecuentes de afectación son la pleura, ganglios linfáticos, peritoneo, aparato osteoarticular, sistema nervioso central, aparato genitourinario, pericardio y piel. Este agente se caracteriza por mostrar resistencias a la decoloración con alcohol ácido (bacilo ácido alcohol resistente BAAR), esto por su alto contenido de ácidos micólicos y de lípidos en su membrana celular<sup>9</sup>.

El mecanismo de infección está establecido por la inoculación y diseminación del bacilo por vía aérea, posteriormente se presenta la primera interacción con el sistema inmune mediada por macrófagos alveolares, no obstante, algunos bacilos suelen usar estrategias y retrasar el inicio de la actividad inmunológica. Sin embargo, cuando se presenta la respuesta inmune, está determinada por la actividad de los linfocitos CD4 y la producción de interleucina 2, factor de necrosis tumoral e interferón gamma conllevaran a la van a concertación de la formación del granuloma y daño tisular<sup>9</sup>.

La TBEP se presenta como resultado de una infección primaria o por reactivación de un foco latente, con la consecuente afectación de cualquier órgano. La diseminación ocurre por el tránsito de macrófagos infectados por vía linfática, hacia grupos ganglionares hiliares, mediastinales, supraclaviculares y retroperitoneales o por vía hematógena a órganos como riñones, epífisis de huesos largos, vertebras y meninges. Antes de que se desarrolle una respuesta de hipersensibilidad retardada, el desarrollo del crecimiento bacilar continúa tanto en el foco inicial como en los focos metastásicos, lo que conlleva a la infección progresiva o infección latente propiamente<sup>10</sup>.

La TBEP ganglionar junto con la presentación pleural suelen ser las formas clínicas más frecuentes, de dicha patología. Cuya afectación ganglionar con respecto a presentación, suele ser la cadena cervical anterior y posterior, supraclavicular y submandibular. De cual se describen cuatro grados:

Grado: I hiperplasia, aumento de ganglios firmes no adherido a planos profundos; Grado II: periadenitis, firmes, consistencia blanda; grado III: absceso en formación; grado IV: absceso propiamente, tumefacción fluctuante induración por debajo de la fascia; y por último el grado V: fistula, llamada escrófula, generalmente de carácter unilateral con afectación de uno o dos ganglios multibacilar con poca sensibilidad para pruebas de BAAR siendo la biopsia el método diagnóstico que muestra una sensibilidad del 80%<sup>11</sup>.

La forma pleural, corresponde a una de sus formas más habitual. Es la infección por continuidad, donde esta alcanza el espacio pleural. Con demostración de la toma del tejido parenquimatoso. Por su parte el derrame pleural se relaciona con el proceso inflamatorio. El cual tiene una presentación aguda, con afectación unilateral, dolor pleurítico, tos seca y

síntomas de desgaste orgánico, dado por pérdida de peso, diaforesis nocturna, astenia y pérdida de peso<sup>9</sup>.

La presentación osteoarticular, se presenta como osteomielitis, espondilitis, siendo el sitio más común la columna vertebral torácica o lumbar y la cadera, seguido de las articulaciones de la rodilla y el hombro. La afectación de la columna vertebral o enfermedad de ; se inicia en un cuerpo vertebral y con regularidad se disemina las vértebras subyacentes, donde ocurre un estrechamiento del disco intervertebral, de no ser tratado a tiempo conllevar al colapso del disco intervertebral. A lo cual lo sigue un cuadro de paraplejia o formación de un absceso con edema peri vertebral; el diagnóstico se establece con estudio de imagen (RMN), cultivo y biopsia<sup>10</sup>.

Las formas gastrointestinal y peritoneal, se pueden presentar en cualquier porción del tubo digestivo. Correspondiendo a la ileocecal su ubicación más característica. El mecanismo de infección suelen ser el esputo y la ingesta de alimentos contaminados, por *Mycobacterium bovis*. Esto por la diseminación hematológica primaria o por extensión por continuidad. De la cual se debe hacer diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn. El abordaje diagnóstico debe incluir estudio endoscópico e histopatología. En la presencia de granulomas con presencia de caseificación, inflamación y ulceración, representan su caracterización. Con respecto a la forma peritoneal aparece ante la reactivación de un estado latente de infección, asociado a un estado de comorbilidades<sup>11</sup>.

En el sistema nervioso central, es secundaria a la diseminación hematológica, suele haber la presencia de tuberculoma, a cual suele comportarse como una lesión ocupante de espacio y ocasionar déficit neurológicos focalizados, además de infartos infecciosos, trombosis venosa, lo que acarrea accidentes cerebro vasculares e hipertensión endocraneal. Es la forma más grave de TBCEP y se asocia con una alta tasa de mortalidad<sup>12</sup>.

La presentación en el aparato genitourinario, es más común en sexo masculino. Al igual que en el sistema nervioso central ocurre por vía hematológica. Donde se favorecen las lesiones corticales, glomerulares y prostáticas por colonización del parénquima renal. El Gold estándar para su diagnóstico es el cultivo, el cual se debe realizar con muestras seriadas durante un día y confirmación microbiológica con PCR<sup>13</sup>.

La confirmación de métodos diagnósticos en la TBCEP, requiere de la detección de *M. tuberculosis*, en muestras tinción de BAAR, cultivo de micobacterias o pruebas rápidas de detección de ácidos nucleicos. Los sitios de infección y el carácter multibacilar no hacen sencillo obtener muestras de estudios de histología, cultivo o estudios moleculares. Las tinciones de Zeihl Neelsen o la auraminarodamina, identifican el bacilo cuando su concentración esta entre 5000 y 10.000 bacilos por mililitros, siendo menos sensibles para el diagnóstico de TBCEP mientras que el cultivo tiene una sensibilidad del 80% que además permite identificar su resistencia. En la actualidad se está realizando estudios el rendimiento del inmunoensayo que va a cuantificar la liberación del interferón gamma, para el diagnóstico de TBCEP y TBCEP, el cual todavía se mantiene en ensayos en países subdesarrollados<sup>9</sup>.

Siendo la tuberculosis la decimotercera causa de muerte y la enfermedad infecciosa más mortífera por detrás de covid-19, por encima del VIH/SIDA en el adulto<sup>16</sup>; en la actualidad se observa un incremento en la presentación extrapulmonar, donde intervienen factores de riesgo como la infección por HIV, condición privado de libertad, estado nutricional, comorbilidades como la presencia de hipertensión arterial, diabetes, pacientes portadores de VIH/SIDA, uso de medicamentos inmunosupresores, surge la propuesta de este proyecto de investigación cuyo resultado es determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con tuberculosis extrapulmonar en consultas de medicina interna y salud respiratorias de la

Cuidad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” para implementar la identificación del paciente de manera oportuna para su rápido diagnóstico y tratamiento terapéutico.

**Objetivo general:** identificar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis extrapulmonar en las consultas de medicina interna y salud respiratoria en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período mayo 2021- mayo 2022.

**Objetivos específicos:**

1. Caracterizar a los pacientes por edad, sexo, Graffar, grado de instrucción y ocupación, comorbilidades, IMC.
2. Estratificar de acuerdo a forma clínica de TBCEP.
3. Conocer el tipo y etapa de tratamiento anti-TBC.
4. Determinar antecedente de resistencia al tratamiento inicial.
5. Relacionar la localización con comorbilidades.

## MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio del tipo observacional, descriptivo y trasversal, en el cual el universo estuvo conformado por los pacientes con TBCEP que acudieron la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

La población estuvo conformada en su totalidad por las personas con diagnóstico de Tuberculosis que asistieron a la consulta de salud respiratoria y medicina interna, en el periodo comprendido de Mayo de 2021 y Mayo 2022, de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en la ciudad de Valencia. Y la muestra de tipo probabilística, cumplió con los criterios de inclusión y exclusión detallados a continuación: ser pacientes con diagnóstico de TBCEP en el periodo de estudio. Excluyendo a los pacientes con diagnóstico de TBCEP fuera del periodo de estudio y de quienes no se encuentren en control dentro del recinto hospitalario.

Con respecto a la parte ética del proyecto se respetó la identidad de las historias médicas, de las cuales solo se tomará en cuenta los datos clínicos de las mismas.

Para la obtención de información se elaboró un instrumento de recolección de datos (Anexo A), ubicada en sección de anexos. Donde se registraron las variables del estudio. De los cuales surgen los siguientes ítems: descritos en instrumento del proyecto. Los datos fueron recolectados, a partir de las historias clínicas en el área de salud respiratoria y área de consulta de medicina interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

Una vez obtenidos los datos, estos fueron vaciados y ordenados en una tabla de base tipo Excel, para el análisis estadístico. Se utilizó un paquete estadístico IBM SPSS versión 27.0. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas de frecuencias absolutas (N) y relativas (%). Relacionando, comparando y asociando variables se utilizó  $\chi^2$  como estadística indiferencial.

## RESULTADOS

Fueron estudiados un total de 47 pacientes portadores de tuberculosis extrapulmonar en sus diferentes presentaciones. De los cuales, 16 pertenecieron al área consulta de salud respiratoria, y el resto de la consulta externa de medicina interna. Cada uno de los datos obtenidos fueron analizados y presentados de la siguiente manera:

Se registró una edad promedio de 38,53, una mediana de 37 años con una edad mínima de 15 años y edad una máxima de 87 años. Según los grupos de edad, fueron más frecuentes los de 25-34 representando un 29,79% (14 casos), seguidos de 35-44 con 23,40% (11 casos). En cuanto al sexo predominó el masculino con un 63,83% (30 casos), sin embargo, sin significancia estadística respecto a la asociación con el sexo ( $p = 0.84$ ). (Cuadro 1).

Se aprecia una superioridad según la procedencia de los pacientes para el municipio Valencia siendo 65,96% de los pacientes de dicha localidad, teniendo menor cuantía los municipios Diego Ibarra, Guacara, San Diego, Bejuma y Los Guayos. No existe una ocupación definida de los pacientes, siendo los más afectados los comerciantes (17,02%), choferes (14,89%) y albañiles (12,77%). (Cuadro 2).

Se evidencia que el nivel III del Graffar es el más frecuente de los pacientes estudiados en un 46,81%, representando 22 casos ( $p = 0.88$ ). La mayoría de los casos se evidencia poco nivel educativo, siendo de mayor prevalencia la educación inicial, primaria y superior con 13 casos (27,66%) cada uno. Pocos presentan educación superior o técnica. (Cuadro 3). Los pacientes con comorbilidades dadas por la presencia de VIH

(8,51%), Diabetes (6,38%) y psoriasis (4,26%) parecen ser los más frecuentes. Sin embargo, se aprecia que factores de riesgo como el tabaquismo se manifiesta en 9 casos (19,15%). No se asoció relevancia estadística respecto a la ausencia de comorbilidades y aparición de la infección ( $p = 1$ ). Por otro lado, pocos pacientes presentan alteraciones de aumento del IMC, solo reflejado en el 4,26% de la muestra y solo con sobrepeso; sin embargo, el bajo peso es la alteración del IMC más frecuente en un 46,81%. Aun así ( $p = 0.99$ ), gran parte de la muestra se encuentra dentro de la normalidad (48,94%). (Cuadro 4).

Se encontró que la presentación más frecuente de tuberculosis extrapulmonar es la pleural en un 70,21% de los casos ( $p = 1$ ), seguido de la ganglionar en un 12,77%. Dentro de la muestra se pudo observar que los factores de riesgos epidemiológicos más comunes fueron haber estado o estar privado de libertad (10 casos = 21,28%) y tener contacto con alguna persona con tuberculosis (13 casos = 27,66%). De esto se pudo constatar que en las presentaciones pleurales era más frecuente haber estado en contacto en un 23,40% de los casos, sin embargo 31,91% no tenían factor de riesgo epidemiológico. Asimismo, en las formas miliares (2 casos = 4,26%) solo se dieron en pacientes privados de libertad. Ya otras formas como la laríngea, peritoneal y pericárdica (1 caso cada una), se vieron en pacientes sin ningún factor de riesgo epidemiológico. (Cuadro 5).

Se encontró que el 100,00% de los pacientes de la muestra se encontraban en alguna de las fases del tratamiento antituberculosis; que de ellos la mayoría (59,57%) estaba en primera fase y que solo se encontró un caso de resistencia comprobada siendo solamente a la Rifampicina, en este caso encontrándose el paciente en segunda fase. De resto, se apreció que el 97,87% de los pacientes no habían adquirido resistencia a alguna de las drogas antituberculosas; sin embargo, no todos tenían estudios pertinentes para descartar resistencia. (Cuadro 6).

Referente a la relación que existe entre la ubicación de la tuberculosis extrapulmonar y las comorbilidades asociadas se realizó prueba de  $\chi^2$  evidenciando que no existe relación entre el desarrollo de tuberculosis extrapulmonar y la presencia de comorbilidades tipo cardiovasculares, respiratorias o la ausencia de alguno. Sin embargo, se evidenció que, si existe una relación de predisposición de presencia de formas extrapulmonares, como la pleural y pericárdica en aquellos pacientes diabéticos o con presencia de alguna otra comorbilidad, sobresaltando el mieloma múltiple, tumor pélvico y la psoriasis en presentaciones atípicas como la peritoneal, ganglionar y cutánea. (Cuadro 7).

## DISCUSIÓN

En el presente trabajo, el grupo etario más frecuente correspondió a la tercera década de vida. Con predominio el sexo masculino. De esta manera concuerda con el estudio realizado por Maurena<sup>6</sup> en el año 2019, donde predominó el género masculino, sin embargo se muestra discordancia con respecto a edad ya que el promedio de este estudio correspondió a la quinta década de la vida.

Se encontró en este estudio, con respecto a la procedencia por municipio, que Valencia fue quien mostro predominio, relacionándose de esta manera con el trabajo realizado por el autor Saturno<sup>17</sup> en el 2019, donde indica en su investigación, que el mayor porcentaje de presencia de casos se correspondió al municipio Valencia, seguido de Libertador y Guacara.

La tuberculosis en sus distintas presentaciones bien sea pulmonar o extra pulmonar, es considerada una patología reemergente y, por tanto, un problema de salud pública para el estado. El municipio Valencia, en relación a los estudios, presenta factores de riesgo dado por una mayoría de pacientes bacilíferos, que esto llevado a la gran presencia de comercios, zona industrial, zonas de esparcimientos y planteles estudiantiles. Así como también la gran incidencia de zonas residenciales en condiciones de insalubridad, van a favorecer al contagio, propagación y, por tanto, el repunte de casos en dicho municipio.

En relación a la ocupación, en el estudio realizado no se encuentra una definida, siendo las más frecuentes los comerciantes, choferes y albañiles.

Con un nivel III de Graffar. Con una prevalencia del nivel educativo en la inicial, primaria y secundaria. Con respecto al estudio de Cañas y Col en el 2019 <sup>14</sup> sus resultados demostraron prevalencia de casos a quienes se desempeñaban en obreros y los desempleados. No hubo relación entre los estudios con respecto al nivel socioeconómico ya que, en su trabajo investigativo, hubo una prevalencia del Graffar IV.

Es importante resaltar, que la edad sobresaliente en el presente trabajo, se corresponde a edad de mayor productividad laboral y por tanto esta clase de trabajadores, son los más susceptibles al contagio de la patología en estudio. Ya que los mismos al encontrarse en constante contacto con personas, los expone al agotamiento físico y mental, por las condiciones socio económicas que atraviesan y atribuido a esto la mala adopción de estilos de vida, los hace vulnerables al contagio.

De acuerdo a los antecedentes epidemiológicos, el factor de riesgo más prevalente fue la patología por inmunosupresión, donde sobresalió la infección por VIH, seguido por la diabetes. Lo que hace ver que la afectación del sistema inmunológico, aumenta el riesgo de que la infección latente se haga activa, esto fundamentado por una fagocitosis ineficaz, además de una alteración de linfocitos CD4 y CD8 lo que concluirá en una mayor prevalencia de la enfermedad. Factores de riesgo como el tabaquismo no mostraron relevancia. No existió relación entre comorbilidades cardiovasculares y respiratorias. Sin embargo, se comprobó la existencia de predisposición pleural y pericárdica con patologías como diabetes. Así como mieloma múltiple y tumor pélvico con formas menos frecuentes como, la peritoneal y ganglionar. En el estudio realizado por Toledano y Grenot en el 2020<sup>8</sup> concluyeron que los pacientes con enfermedad obstructiva crónica y con hábito tabáquico, resaltaron como principal factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. No mostrando similitud con el trabajo realizado.

El IMC promedio de los casos estudiados se mantuvo en la categoría normal. El bajo peso fue la alteración de IMC más frecuente. Con respecto a los autores Arciniega y Bermeo <sup>15</sup> determinaron que el estado nutricional de los casos con o sin morbilidades aumento durante el inicio y culminación del tratamiento. Existiendo correlación entre ambos estudios donde el IMC se muestra dentro la normalidad con tendencia a la delgadez durante el inicio, con un aumento progresivo el mismo a quienes se adherían al tratamiento.

Es de importancia resaltar, que el IMC es considerada como una figura de destacamento, ya que se hace presente como indicador de pronóstico de la morbimortalidad. Esto basado en los aspectos de deficiencias dietéticas como pérdida de peso y apetito, pérdida de masa muscular por degradación de proteínas, conlleva a pérdida de nitrógeno como respuesta corporal a la infección. Así de igual manera alteración en el metabolismo de macronutrientes: proteínas, carbohidratos, grasas y pérdidas de electrolitos como consecuencias de afecciones diarreicas. Por lo cual el paciente que posea un IMC dentro de la normalidad; no facilitara la entrada de gérmenes bacterianos y otros agentes no deseados a la barrera pulmonar o extra pulmonar.

En lo que respecta a la presentación más frecuente, está la pleural seguida de la ganglionar. Donde se incluyó el antecedente de privado de libertad o haber estado en contacto con pacientes en esta condición. Asimismo en las formas miliares solo se presentaron en pacientes privados de libertad. De acuerdo con el estudio realizado por Siso <sup>18</sup> en el 2019, donde su muestra estudiada, fue en base a pacientes privados de libertad, se coincidió a que con respecto a la presentación clínica extrapulmonar la más frecuente fue la pleural secundada por la ganglionar. Sin embargo la forma más común de presentación fue la pulmonar.

En los casos estudiados, en relación al tratamiento se encontraban en primera fase. De los que se situaban en segunda fase, resalto que hubo un caso aislado de resistencia al tratamiento específicamente a la droga Rifampicina. De acuerdo al estudio realizado, donde la prevalencia fue para el Graffar III, dejo demostrado que la concientización e implementación de mejorías de hábitos alimenticios y de adherencia de tratamiento, repercutieron en mejoría clínica. Esto pudiendo verse en respuesta a que la población de la muestra contaba con un nivel básico de escolaridad. En acuerdo con Bocanegra, Nuñez <sup>15</sup> los pacientes presentaron adherencia al tratamiento. En su mayoría se encontraron en primera fase.

## CONCLUSIONES

En este estudio se concluye, que la edad promedio se ubicó en la tercera década de la vida, siendo más frecuente el sexo masculino. Mientras que el estado socioeconómico predominante fue el Graffar III. La prevalencia del estado de escolaridad fue educación inicial y primaria.

En cuanto a la procedencia, la prevalencia fue para el municipio Valencia. No existiendo una prevalencia con respecto a la ocupación de los pacientes.

De acuerdo a la distribución del IMC. La mayoría se encuentra se encontraba en valores normales.

No existe relevancia estadística a lo que refiere comorbilidad y aparición de la infección. La presentación pleural, seguida de la ganglionar fue la más frecuente. De acuerdo a la mayoría de los casos el antecedente epidemiológico que prevaleció fue el haber o estar privado de libertad.

En relación a la adherencia del tratamiento, la mayoría estaba en primera fase.

Asimismo, se concluyó, según los resultados de la distribución de la patología con la presencia de comorbilidades cardiovasculares, respiratorias, endocrinas y localización del patógeno. No existe relevancia para el desarrollo de tuberculosis extrapulmonar. Sin embargo, otras comorbilidades como mieloma múltiple, tumor pélvico y psoriasis se relacionaron con presentaciones como peritoneal, ganglionar y cutánea.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda realizar jornadas preventivas a poblaciones de alto riesgo epidemiológico. Como recintos penitenciarios, pacientes con patología inmusupresora como VIH con especial hincapié. De igual manera a la población en general. Para mejoras de espacio con hacinamiento y promover mejorar calidad de vida.

Realizar un diagnóstico oportuno de la patología, con perspicacia de identificación de signos que nos orienten a esta enfermedad. A su vez realizar estudios clínicos para su correcto diagnóstico.

Por último, una vez identificado a un paciente con esta patología, brindar la información necesaria de la importancia de mantenerse adherido al tratamiento, para correcta mejoría clínica evitando así recaídas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez M, Menéndez A. tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Rev. Esp Sanid Penit. [Internet. 2015 [Oct 2015]; 17 (2):3-11. Disponible:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X1100125X?via%3Dihub>
2. Raviglione M. Tuberculosis. En: Baltimore Maryland. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, editores. Harrison principios de la medicina interna. Vol. 2. 19ª ed. México: McGrawHil; 2012. p 1102
3. Garcia F, Alvarez H. Tuberculosis extrapulmonar: epidemiología y factores de riesgo. Enferm Infecc Microbiol Clin. [Internet. 2011 [Ene 2011]; 29 (7): 502-509. Disponible: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582011000100014](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100014)
4. Sánchez M. y Martínez M. Tuberculosis extrapulmonar: presentación de un caso. Medisur. [Internet. 2011 [Abr 2015]; 13 (3): 50-52. Disponible:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2015000300015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300015)
5. Palma M. Escrófula, caso frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Presentación de un caso clínico. Rev haban cienc méd. [Internet. 2017 [Jun 2017]; 16 (3): 387-394. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v16n3/rhcm09317.pdf>
6. Maurera D, Bastidas G. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis en el estado Carabobo, Venezuela. Rev Med Urug [Internet. 2012[ Sep 2019]; 35 (2) :105-112. Disponible en:[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pids1688-03902019000200032&ing&nrmiso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pids1688-03902019000200032&ing&nrmiso)
7. Amado S, Moreno S. Tuberculosis extrapulmonar: un reto clínico vigente. Univ.Med. [Internet. 2020 [Mar 2020]; 61 (4): 29. Disponible: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-4.reto>
8. Toledano Y. Grenot Y. Aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN. . [Internet. 2020 [Nov 2019]; 24 (1): 29. Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192020000100029](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000100029)

9. Palacios D. Torres Y. Diagnóstico de Tuberculosis extra pulmonar: análisis sistemático de la literatura y serie de casis en la región cervico facial. Rev. Odont Mex [Internet. 2016 [Oct 2016]; 20 (4) :265 27.

10. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-diagnostico-tuberculosis-extra-pulmonar-analisis-S1870199X1630060X>
11. Chaves W. Buitrago J. Acerca de la tuberculosis extra pulmonar. Rev Repertorio de Med y Cir. [Internet. 2017 [Abr 2016]; 26 (2) 90-97. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-repertorio-medicina-cirurgia-263-articulo-acerca-tuberculosis-extrapulmonar-S0121737217300183>
12. Aliaga F. Rodríguez J. Reacciones paradójicas en el tratamiento de la tuberculosis ganglionar. Rev. Chil. Enferm. [Internet. 2016 [Jun 2016]; 32 (2) 80-84. Disponible: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482016000200007>
13. Lugo G. Zamudio C. espectro imagenológico de la tuberculosis en el sistema nervioso central. Ana de Rad. Mex. [Internet. 2016 [Oct 2016]; 15 (4) 294-307. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2016/arm164f.pdf>
14. Marreno H. Quintero S. tuberculosis genital en un adulto joven. Medisan [Internet. 2013 [Jun 2013]; 17 (6) 84-86. Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000600016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000600016)
15. Cañas K, Navas T. tuberculosis características epidemiológicas Hospital tipo IV. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Rev. [revista en línea]. 2015 [citado octubre de 2017]; 31(1):31-43. Disponible en: <http://www.svmi.ewd.ve./ojs/index.php/medint/article/view/44>
16. Bocanegra A, Nuñez Z. Tuberculosis pulmonar y pleural en un hospital tipo IV. Carabobo.Venezuela. ev.Salus.UC. [Internet 2020 [citado abril 2020]; 24(1):18-25.disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol24n1/art04.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Appia Suiza. 14 octubre 2021. [consultado 20 septiembre2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/policies/privacy-policy#>
18. Saturno D. Características clínicas epidemiológicas reales in silico de los pacientes con tuberculosis como enfermedad reemergente en Venezuela. 30 octubre 2019 [consultado 30 junio 2022] disponible: <https://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs>
19. Siso F. Caracterización clínico epidemiológica de la tuberculosis en pacientes privados de libertad. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” abril 2017- diciembre 2017. [Internet]. 2022 septiembre 28; Pag 1-34. Disponible en: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/7401/1/fsisor.pdf>

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 1. Datos del paciente:

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Graffar: \_\_\_\_\_ Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

### 2. Comorbilidades:

Cardiovasculares: SI  NO:  po: \_\_\_\_\_

Respiratorios: SI  NO:  po: \_\_\_\_\_

Renal: SI  NO:  po: \_\_\_\_\_

Endocrino: SI:  NO  po: \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

### 3. Uso de medicamentos para patologías:

SI:  NO:  Tipo: \_\_\_\_\_

### 4. Diagnóstico realizado a través de:

Estudio de líquido pleural: SI:  NO:

Cultivo de secreción: SI:  NO:

Biopsia de tejido: SI:  NO:

Otros: \_\_\_\_\_

### 5. Etapa de Tratamiento:

1era fase: \_\_\_\_\_ 2da fase: \_\_\_\_\_ Resistencia de tratamiento:

SI  NO

### 6. Estado nutricional:

Peso: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ cm IMC: \_\_\_\_\_

### 7. Localización del patógeno.

Órgano afectado: \_\_\_\_\_

**TABLA N° 1**

**Distribución de los pacientes con tuberculosis extra pulmonar según edad y sexo. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” año 2021-2022**

<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>				<b>Total</b>	
	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>		<b>F</b>	<b>%</b>
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>15-24</b>	3	6,39	5	10,64	8	17,02
<b>25-34</b>	10	21,28	4	8,51	14	29,79
<b>35-44</b>	6	12,77	5	10,64	11	23,40
<b>45-54</b>	7	14,89	3	6,39	10	21,28
<b>55-64</b>	1	2,13	0	0,00	1	2,13
<b>65-74</b>	1	2,13	0	0,00	1	2,13
<b>75-84</b>	1	2,13	0	0,00	1	2,13
<b>85-94</b>	1	2,13	0	0,00	1	2,13
<b>Total</b>	30	63,83	17	36,17	47	100,0

Fuente: Datos de la investigación (Brizuela, 2022)

**TABLA N° 2**

**Distribución de los pacientes con tuberculosis extra pulmonar según procedencia y ocupación. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022**

<b>Procedencia y ocupación</b>		
<b>Procedencia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Valencia	31	65,96
Libertador	9	19,15
Carlos Arvelo	2	4,26
Guacara	1	2,13
Otros	5	10,65
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,00</b>
<b>Ocupación</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Comerciante	8	17,02
Chofer	7	14,89
Albañil	6	12,77
Cocinero	5	10,64
Estudiante	4	8,5
Obrero	3	6,38
Vigilante	3	6,38
Ama de casa	2	4,26
Camarero	2	4,26
Operador	2	4,26
Enfermero	2	4,26
Estilista	1	2,13
Ingeniero	1	2,13
Jardinero	1	2,13
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Datos de la investigación (Brizuela, 2022)

**TABLA N° 3**

**Distribución de los pacientes con tuberculosis extra pulmonar según Graffar y grado de instrucción. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”  
- año 2021-2022**

<b>Graffar y Grado de Instrucción</b>		
<b>Graffar</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
I	0	0,00
II	5	10,64
III	22	46,81
IV	20	42,55
V	0	0,00
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,00</b>
<b>Grado de Instrucción</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Bachiller</b>	13	27,66
<b>Educación inicial</b>	13	27,66
<b>Educación primaria</b>	13	27,66
<b>Educación técnica</b>	4	8,51
<b>Educación superior</b>	3	6,38
<b>Analfabeta</b>	4	8,51
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Datos de la investigación (Brizuela, 2022)

**TABLA N° 4**

**Distribución de los pacientes con tuberculosis extra pulmonar según comorbilidad, IMC y localización. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022**

<b>Comorbilidad, IMC y localización</b>		
<b>Comorbilidad</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>NO</b>	20	42,55
<b>Tabaquismo</b>	9	19,15
<b>VIH</b>	4	8,51
<b>HTA</b>	3	6,38
<b>Diabetes</b>	3	6,38
<b>EPOC</b>	2	4,26
<b>Psoriasis</b>	2	4,26
<b>Anemia</b>	1	4,26
<b>Mieloma Múltiple</b>	1	2,13
<b>Tuberculosis pulmonar (antecedente)</b>	1	2,13
<b>Tumor pélvico</b>	1	2,13
<b>Total</b>	47	100,00
<b>IMC</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Bajo peso</b>	22	46,81
<b>Normal</b>	23	48,94
<b>Sobrepeso</b>	2	4,26
<b>Total</b>	47	100,00

Fuente: Datos de la investigación (Brizuela, 2022)

**TABLA N° 5**

**Distribución de los pacientes con tuberculosis extra pulmonar según forma clínica y antecedentes de factor de riesgo epidemiológico. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022**

Forma clínica	Factor de riesgo						Total	
	Contacto		Privado de Libertad		No		f	%
	f	%	F	%	f	%		
<b>Pleural</b>	11	23,40	7	14,89	15	31,91	33	70,21
<b>Ganglionar</b>	1	2,13	1	2,13	4	8,51	6	12,77
<b>Miliar</b>	0	0,00	2	4,26	0	0,00	2	4,26
<b>Cutánea</b>	1	2,13	0	0,00	1	2,13	1	2,13
<b>Peritoneal</b>	0	0,00	0	0,00	1	2,13	1	2,13
<b>Pericárdica</b>	0	0,00	0	0,00	1	2,13	1	2,13
<b>Laringea</b>	0	0,00	0	0,00	1	2,13	1	2,13
<b>Vertebral</b>	0	0,00	0	0,00	1	2,13	1	2,13
<b>Total</b>	13	27,66	10	21,28	24	51,06	47	100,00

Fuente: Datos de la investigación (Brizuela, 2022)

**TABLA N° 6**

**Distribución de los pacientes con tuberculosis extra pulmonar según etapa del tratamiento específico y presencia de resistencia. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022**

Fase de tratamiento anti-TB	Resistencia				Total	
	Rifampicina		No		F	%
	F	%	f	%	F	%
Primera fase	0	0,00	28	59,57	28	59,57
Segunda fase	1	2,13	18	38,30	19	40,43
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2,13</b>	<b>46</b>	<b>97,87</b>	<b>47</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Datos de la investigación (Brizuela, 2022)

**TABLA N° 7**

**Distribución de los pacientes con tuberculosis extra pulmonar según comorbilidades y localización. Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022**

**Localización**

Comorbilidad	Cutánea	Pleural	Vertebral	Peritoneal	Laríngea	Ganglionar	Pericárdica	Miliar	Total
HTA	0 0,37 0 0,5 0	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	3 37,5
Diabetes	0 0,25 0 0,5 0	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 12,5	0 0,00	3 37,5
Total	0 0,787 0 0,5 0	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 12,5	0 0,00	8 100,00

Fuente: Datos de la investigación (Brizuela, 2022)

**Distribución de los pacientes con tuberculosis extra pulmonar según otras comorbilidades y localización Ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” - año 2021-2022**

**Localización**

Comorbilidad	Cutánea	Pleural	Vertebral	Peritoneal	Laríngea	Ganglionar	Pericárdica	Miliar	Total
Anemia	0 0,00	0 0,00	1 2,56	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 2,56
Mieloma Múltiple	0 0,00	1 2,56	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 2,56
Tumor Pélvico	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 2,56	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 2,56
Psoriasis	1 2,56	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 2,56	0 0,00	0 0,00	2 5,13
Tabaquismo	0 0,00	8 20,51	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 2,56	9 23,07
TBP por antecedente	0 0,00	1 2,56	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 2,56
VIH	0 0,00	4 10,26	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	4 10,26
Sin Comorbilidad	1 2,56	1 2,56	30 77	0 0,00	0 0,00	1 2,56	5 12,82	1 2,56	20 51,28
<b>Total</b>	<b>2 5,13</b>	<b>2 66,67</b>	<b>1 2,56</b>	<b>1 2,56</b>	<b>1 2,56</b>	<b>6 15,38</b>	<b>0 0,00</b>	<b>2 5,13</b>	<b>39 100,00</b>

Fuente: Datos de la investigación (Brizuela, 2022)