

9. AlfonsoGonzález I: Importancia de la historia clínica como instrumento para la
10. recogida de datos en la entrevista médica. (2021). Revista Universidad y
11. Sociedad.(13).
12. 9. Escobar YNV: La relación médico-paciente: ¿necesidad o conveniencia?
13. (2019).
14. 10. Colectivo de autores. English through Medicine One. Teacher's Book. Editorial
15. Ciencias Médicas; La Habana. (2008).
16. Estrategia curricular del dominio de idioma inglés (2018).
17. 12.Grupo Nacional de Asesores Metodológicos para la Enseñanza del Inglés
18. (GNAMEI). Programa de la disciplina inglés. Plan D. (2019)

ALGUNOS ELEMENTOS SOBRE LA HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS

SOME ELEMENTS ON THE HISTORY OF TUBERCULOSIS

Autores:

1. M Sc Dra. Marta Álvarez Sáez ORCID 0000 0001 8491 9521, Especialista de primer y segundo Grado en Higiene y Epidemiología. Profesora Auxiliar Máster en Salud Ambiental correo: edief@infomed.sld.cu
2. Dra Isabel Reyes Rodríguez ORCID 0000 0002 9755 3976. Especialista de Primer Grado en MGI profesora Auxiliar correo: isabel.reyes@infomed.sld.cu
3. Dra Nilda Sosa Díaz. ORCID 0000 0002 7549 889x, Especialista de Primer Grado en epidemiología. Profesora Asistente nildasosa@infomed.sld.cu
4. Dra Yenisleidy Interian Llerena ORCID 0000 0002, IV. Especialista de Primer Grado en MGI. Profesora Instructora Correo Yamila.llerena@infomed.sld.cu
5. Dra Ana Lucia Peña Paredes https://orcid.org/0000_0001, Especialista de Primer Grado en MGI. Profesora Asistente Médico de Familia correo: dirpjam@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis (TB) es una enfermedad que acompaña a la humanidad desde sus orígenes hasta nuestros días. Se encuentra dentro de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Objetivos: Identificar los principales momentos de la historia del control de la enfermedad tuberculosa en Cuba de 1930 al 2020.

Diseño Metodológico: Se realizó una Revisión bibliográfica, seleccionando la literatura impresa y digital referente al tema.

Desarrollo: Después del triunfo de la Revolución se ha ido perfeccionando el Programa Nacional Control Tuberculosis, lo cual ha llevado a los resultados

que hoy el país exhibe, donde ha desempeñado un papel crucial la atención primaria de salud.

Conclusiones: El PNCT, ha contribuido a la disminución de la enfermedad, es la intención de la OMS para el año 2035, su eliminación como problema de salud ya que es una enfermedad prevenible y curable.

PALABRAS CLAVES: medicina, antecedentes históricos, Tuberculosis

SUMMARY

Introduction: The tuberculosis (TB) it is an illness that accompanies the humanity from their origins until our days. It is inside the 10 main causes of death at world level, according to the World Organization of the Health (OMS).

Objectives: To identify the main moments of the history of the control of the tuberculous illness in Cuba from 1930 to the 2020.

I design Methodological: He/she was carried out a bibliographical Revision, selecting the printed and digital literature with respect to the topic.

Development: After the victory of the Revolution he/she has left perfecting The Program National Control Tuberculosis, that which has taken to the results that today the country exhibits, where it has played a crucial part the primary attention of health.

Conclusions: The PNCT, it has contributed to the decrease of the illness, it is the intention of the OMS for the year 2035, their elimination like problem of health since is an illness prevenible and curable.

KEY WORDS: medicine, historical antecedents, Tuberculosis

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TB) es tan antigua como la humanidad, Hipócrates, identifico la palabra “tisis” que quiere decir consunción , se documentó su presencia en Cuba desde 1630, fecha en que aparecieron noticias relacionadas con la misma en las actas capitulares del Cabildo de La Habana, que demuestran la existencia de discusiones sobre este fenómeno en dicha institución.¹ El 24 de marzo de 1882 el doctor Robert Koch anunció al mundo el descubrimiento de la bacteria responsable de la tuberculosis, la *Mycobacterium tuberculosis*, de ahí que, en homenaje a ese suceso, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó esa fecha como Día Mundial de la Tuberculosis.²⁻⁴

En el siglo XIX la lucha antituberculosa en Cuba, se limitó a la divulgación sobre los conocimientos de la enfermedad, el inicio de los tratamientos y las estadísticas que algunos médicos e instituciones empezaban a coleccionar, a finales del siglo surgió en Santiago de Cuba la Liga Antituberculosa, que fue una institución privada creada por el interés de algunos médicos locales de ayudar a resolver los problemas creados por la terrible enfermedad.⁵⁻⁶

Refirió José Martí y Pérez ,en la “América” New York 1883 que sin ser médico incursionó en la higiene en todas sus manifestaciones , en la epidemiología, en su concepción sobre el Estado como máximo responsable por la salud de sus pueblos , Martí representa uno de los pioneros en el continente americano que relacionaron la miseria y la pobreza con la salud y la enfermedad y en su brillante concepción de lo que, según él, debía ser la verdadera medicina, es decir, la que precave: la higiene.⁷

En el siglo XX a principios se formó oficialmente la Liga Antituberculosa, que inició sus trabajos en un dispensario para el tratamiento ambulatorio de los enfermos. En 1907 se construyó el primer Sanatorio para el tratamiento ingresado de los pacientes y fueron abriendo poco a poco otros dispensarios.

Se crea una cátedra específica para su enseñanza en la Escuela de Medicina en 1924 e instituciones que reforzarían, se funda en 1926 de la sección de tuberculosis de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia y en 1928 el Patronato Nacional Contra la Tuberculosis.⁸

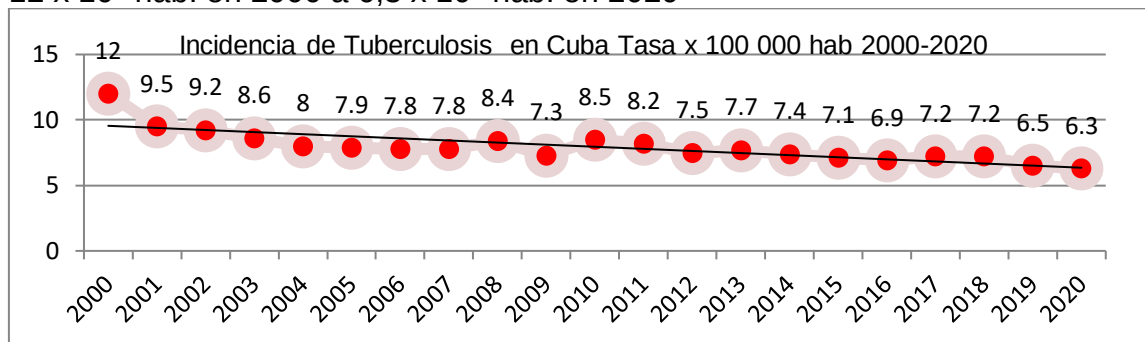
En 1940 se incorporó al Ministerio de Salubridad y Asistencia Social y se reorganizaron todos los dispensarios antituberculosos del país.

EN EL SIGLO XXI

La tuberculosis se considera una enfermedad reemergente, así Cuba que tenía como objetivo la eliminación de la enfermedad como problema de salud en el año 2000, en respuesta a los objetivos de la Organización Mundial de la Salud para el siglo XXI, no alcanzó los objetivos debido a la pandemia de SIDA por un lado el aumento de casos desde la década de los noventa (hasta volver a ser considerada una pandemia mundial) y la aparición de 2 cepas muy resistentes a todos los fármacos empleados hasta el momento: la MDR-TB (Multi-Drug-Resistance) y la XDR-TB (Extreme Drug Resistance) detectada por primera vez a comienzos de 2006.⁹⁻¹¹

Comportamiento de la Tuberculosis

En los últimos 20 años la tendencia de la enfermedad ha sido descendente, de 12×10^5 hab. en 2000 a $6,3 \times 10^5$ hab. en 2020



Fuente: anuario estadístico

La mortalidad en los últimos 5 años se ha mantenido en tasas de 1 por cada 100 000 habitantes

En el presente artículo se presentan las actividades de lucha contra la tuberculosis entre los años comprendidos de 1930 a 1958 y de 1959-1999, 2000-2020. El objetivo es identificar los principales momentos de la historia del control de la enfermedad tuberculosa en Cuba en el período estudiado.

Diseño Metodológico

Se realizó una revisión bibliográfica en el período comprendido entre abril y mayo de 2022. Para realizar esta investigación se siguió el método histórico-lógico y para recopilar los datos se empleó la revisión documental. Se revisaron documentos del archivo del departamento de Historia de la Salud Pública de la Escuela Nacional de Salud Pública, informes y literatura científica sobre el control de la tuberculosis en Cuba, así como datos estadísticos de los registros de tuberculosis de la Dirección Nacional de Estadísticas y registros médicos del Ministerio de Salud Pública. Fueron entrevistados los doctores Alejandrina Yamila Llerena y Dra Libertad Carreras Corzo, expertos cubanos en la historia, el tratamiento y el control de la enfermedad. Finalmente un análisis-síntesis para resumir la información, lo que facilitó el arribo a conclusiones.

DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por microbacterias (fundamentalmente *Mycobacterium tuberculosis*) con gran variedad de cuadros clínicos dependiendo del órgano al que afecte.

Historia del control de la tuberculosis en Cuba (1930-1959)

En 1933 se suspendieron casi todos los servicios contra la tuberculosis por falta de recursos económicos.^{2,3} motivado por acontecimientos políticos; se creó por el Decreto Ley 706 del 30 de marzo de 1936, El Consejo Nacional de Tuberculosis (CNTb), institución autónoma, motivado por el número creciente de habitantes enfermos y la existencia de un sanatorio en las cercanías de La Habana. Según decreto Ley del 9 de mayo de 1938, se creó un sello postal, con valor de un centavo, de uso obligatorio desde el 1ro de diciembre de cada año hasta el 31 de enero siguiente. Los ingresos recaudados por este concepto nutrían el presupuesto del Consejo Nacional de Tuberculosis, al igual que un uno por ciento de la Lotería Nacional.

Se creó un Consejo Superior de Tuberculosis en 1940, integrado por siete miembros para la inspección técnica de todas las dependencias del Consejo Nacional; se fundó por el doctor Luis Ortega Bolaños la Sociedad de Tisiología, institución científica dedicada a divulgar los avances de la especialidad y la experiencia de los tisiólogos cubanos.

En 1942 el CNTb empezó a independizarse y acordó poner en práctica la vacunación con BCG (Bacilo de Calmette-Guérin), que se había introducido en el país en 1928, posteriormente comenzó a funcionar el laboratorio del BCG en 1943 con la producción vacuna y su distribución gratuita al país⁶.

El Decreto No. 591, del 28 de febrero de 1943, le devolvió la personalidad jurídica al CNTb, integrado ahora por un Consejo Superior y una Dirección General; esta institución realizó encuestas a la población supuestamente sana, hizo pruebas de tuberculina y exámenes de laboratorio. Promovió la creación de dispensarios y se estableció uno en cada capital provincial; se construyó para cada uno un edificio donde radicaban las oficinas centrales, la farmacia, los almacenes, el laboratorio general y el laboratorio del BCG.⁵ y el tratamiento era sintomático de la tuberculosis como manera de contribuir a la supervivencia precaria de los enfermos, acompañados en muchas ocasiones del uso de las disímiles técnicas quirúrgicas desarrolladas,³

En el periodo de 1944-1958 el CNTb presentó un Plan de lucha contra la enfermedad, el epidemiológico con acciones que incluían la realización de encuestas tuberculino-radiológicas para determinar el índice de tuberculización general por regiones, edades, razas, y grupos sociales; el despistaje de los no infectados, esencialmente para la aplicación de la vacunación preventiva; y la determinación de las formas activas de la tuberculosis pulmonar aparente e inaparente. El aspecto asistencial incluía la asistencia al tuberculoso con su tratamiento hospitalario, sanatorial, dispensarial, la reeducación y la rehabilitación de los enfermos y el tercer aspecto era la acción social dirigida a la educación del público general en los principios de la prevención de la enfermedad.⁶

En 1944 existían diez dispensarios: cinco en La Habana y uno en Pinar del Río; en Matanzas; en Santa Clara; en Camagüey y en Santiago de Cuba, respectivamente.²



En La Habana se inauguró un sanatorio infantil, frente a "La Esperanza", el "Ángel A. Aballí", con capacidad para 320 camas³. En 1945 se abrieron nuevos dispensarios: Guanabacoa, Marianao, Candelaria, San Antonio de los Baños, Güines, Jovellanos, Sancti Spíritus, Bayamo, Manzanillo, Sagua la Grande y el Cerro.³

Las medidas tomadas en esta etapa tuvieron una adecuada repercusión en la disminución de la incidencia y prevalencia de la enfermedad.

Después del 1959

Con el triunfo de la Revolución se crearon las bases para poner en práctica un programa de control de la tuberculosis, el cual comenzó en 1963 bajo la dirección y supervisión de una comisión nacional del Ministerio de Salud Pública (Minsap), contaba de apoyo una red de 27 dispensarios distribuidos en todo el país. La prevención consistía en la vacunación BCG, la quimiopprofilaxis y el control de todos los focos tuberculosos descubiertos.³ El tratamiento antituberculoso se realizaba en hospitales y dispensarios antituberculosos, y los policlínicos integrales se encargaban del estudio de los contactos y de las acciones profilácticas, gratuitamente. Se administraba una combinación de tres drogas: estreptomycin, Isoniacida y ácido paraamino salicílico entre 18 y 24 meses. Todos los pacientes positivos se ingresaban en el hospital hasta que tres cultivos sucesivos de esputo para determinar la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* mostraran resultados negativos³.

En 1965 se inició el plan de construcción de laboratorios de bacteriología y comenzó el adiestramiento del personal técnico. A partir de 1966, el control de la tuberculosis fue en los servicios generales de salud, el dispensario asumió funciones técnicas y administrativas junto con los policlínicos y hospitales rurales y se encargaron del diagnóstico y seguimiento de los enfermos y sus contactos, etapa de suma importancia para lograr los objetivos del programa de control.⁵

En 1968 se consolidaron los programas de prevención, se unificaron criterios, se empezaron a registrar los datos, se realizaron cambios en el campo de la bacteriología y se perfeccionó e incrementó la formación de especialistas.⁸ A fines de 1969 se elaboró un nuevo programa de Lucha Antituberculosa⁹ sobre la base del diagnóstico bacteriológico, la eficacia del tratamiento ambulatorio controlado en comparación con el tratamiento hospitalario, los policlínicos se convirtieron en instituciones de especial importancia.

Programa de control de la tuberculosis en la década de los setenta

Las características de este nuevo programa fueron (pasó de ser un *programa vertical*, desarrollado en servicios especializados de Tb):

Garantizar la cobertura nacional, localizar los pacientes con síntomas respiratorios de tres semanas y más de duración (SR +21) mediante tres análisis directos de esputo y el cultivo de la tercera muestra, definir los pacientes de tuberculosis como "aquellos donde se demuestra la presencia del bacilo tuberculoso por examen directo o cultivo", además de supervisar el tratamiento ambulatorio asumido en el policlínico integral primero y más tarde en el modelo de medicina de la comunidad con aplicación del siguiente esquema terapéutico: con una primera fase (4 semanas diariamente): Isoniacida

300 mg, estreptomina 1g por vía intramuscular (i.m.) (0,5g en mayores de 60 años) y segunda fase (bisemanal durante 48 semana): Isoniacida 700mg, estreptomina 1g por vía i.m, la tercera fase (6 meses por automedicación): Isoniacida 300 mg.

Se garantizó la disponibilidad de camas para hospitalizar a los pacientes con complicaciones o con problemas sociales; la cobertura de vacunación con BCG mayor que 80 % a los recién nacidos; revacunación a los escolares de quinto grado ; el pago del 100 % del salario a los enfermos durante todo el periodo de tratamiento específico y el cambio en el sistema de registro de la información estadística.¹⁰

En mayo de 1970 comenzaron las modificaciones del programa en dos zonas experimentales: una urbana, la región de Diez de Octubre en la antigua provincia de La Habana, y otra eminentemente rural, la región de Holguín-Gibara-Banes-Antilla,

En 1971, Cuba renovó su Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) e implementó una estrategia muy moderna en esa época que consistió en fortalecer la voluntad política de la dirección del Ministerio de Salud Pública y de otros sectores del gobierno para desarrollar acciones sostenidas para controlar y eliminar la tuberculosis, desarrollar la pesquisa mediante baciloscopia y realizar cultivos bacteriológicos a las personas con tos o expectoración persistente que consultaban los servicios generales de salud y el control del tratamiento ambulatorio (estrictamente supervisado durante 12 meses); así como administrar ininterrumpidamente los medicamentos antituberculosos y garantizar los materiales para el diagnóstico bacteriológico y el perfeccionamiento del sistema de registro y notificación de todos los pacientes diagnosticados positivo confirmado mediante análisis microbiológicos (baciloscopia o cultivos), así como mediante biopsias o necropsia. Los pacientes con diagnóstico clínico, radiológico y epidemiológico recibían tratamiento específico controlado, pero no se notificaban.

En 1976 se modificó el programa con base las asesorías recibidas de la Organización Panamericana de la Salud y los resultados de la evaluación de las diferentes metas operacionales.

Se modificaron los siguientes aspectos: Indicar tres análisis directos de los esputos y el cultivo de la primera muestra a cada paciente con síntomas respiratorios de más de 21 días; Suspender la prueba de tuberculina a todos los pacientes con síntomas respiratorios de más de 21 días detectado; Incluir un esquema terapéutico intermitente con tres drogas antituberculosas en la primera fase (la nueva droga añadida es la tiacetacida: Isoniacida + tiacetazona) en dosis de 150 mg/día, que en la primera fase se administraba junto con la estreptomina diariamente durante ocho semanas; Mantener la segunda fase de tratamiento como la del tratamiento inicial, durante 44 semanas; Suspender la tercera fase del tratamiento y la modificación del formulario estadístico con el objetivo de recuperar el dato primario y pagar el 100 % del salario al paciente tuberculoso durante un período de seis meses.

Programa de control de la tuberculosis en la década de los ochenta

De Abril 1981 hasta marzo de 1984, se hicieron otras modificaciones:

La detección temprana de los enfermos para disminuir a 14 (SR+14) los días de duración de los síntomas respiratorios en las personas pesquisadas; Aumento de la cobertura de vacunación con BCG (98 %) de los recién nacidos vivos en hospitales y de la vacunación a los escolares de quinto grado (95

);Cambios del esquema de tratamiento al sustituirse la tiacetazona por el Etambutol:- Primera fase (diariamente durante 8 semanas): isoniacida 300 mg, estreptomicina 1 mg (0,5 en los mayores de 50 años), etambutol 1 500 mg y la segunda fase (bisemanal durante 44 semanas): isoniacida 750 mg, estreptomicina 1 g i.m.¹² En los casos de fracaso o recaída se indicaba el siguiente esquema: - Primera fase (diariamente durante 8 semanas): rifampicina 600 mg, etambutol 1 500 mg, pirazinamida 2 g. y la segunda fase (bisemanal durante 44 semanas): rifampicina 900 mg, etambutol 2 g.

De abril de 1984 hasta marzo de 1987, y basado en los resultados reportados internacionalmente con la autorización de administraciones de corta duración, se decidió utilizar el esquema de tratamiento siguiente:¹³

- Primera fase (diariamente durante 8 semana): isoniacida 300 mg, estreptomicina 1g i.m. (0,5 g en los mayores de 50 años), pirazinamida 2 g, rifampicina 300 mg.
- Segunda fase (bisemanal durante 30 semanas): isoniacida 750 mg, estreptomicina 1 g i.m.

En abril de 1987 por los buenos resultados, se tomó la decisión de modificar nuevamente el esquema de tratamiento de la siguiente forma:

- Primera fase (diariamente 8 semanas): isoniacida 300 mg, estreptomicina 1 g i.m. (0,5 g en los mayores de 50 años), pirazinamida 2 g, rifampicina 600 mg.
- Segunda fase (bisemanal durante 22 semanas): rifampicina 600 mg, isoniacida 750 mg.

Descienden las tasas de incidencia de la enfermedad de 1971 a 1991 como resultado de la lucha contra esta enfermedad, el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) y las transformaciones socioeconómicas operadas en el país, ubicando a Cuba como país de baja incidencia de la enfermedad.

Existieron dificultades económicas en la década del 90, lo cual llevo a un incremento de las tasas, se supone que hubo reactivaciones endógenas en adultos de la tercera edad y a problemas en la operación del programa¹⁰.

Para contrarrestar esta situación epidemiológica, a finales de 1993 se realizó una revisión del programa, lo que permitió un mayor control en la operación de cada uno de sus componentes. La tendencia a la disminución de casos se pudo apreciar en el año 2008, cuando la incidencia de la tuberculosis en Cuba alcanzó el 6,7 por cada 100 mil habitantes, aunque aún por encima de la lograda 17 años antes.¹¹

Fue necesario mantener una estrecha vigilancia de la TB BAAR (-);el incremento de pacientes con baciloscopia negativa (BARR-) notificados a partir de 1994,¹² en La Habana y en otras provincias, puso en alerta a la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública. En 1995 se aplicaron medidas para disminuir la incidencia de la enfermedad, las cuales establecieron que la notificación y el tratamiento de estos enfermos tenían que ser aprobados por facultativos especializados (medicina interna, neumología, radiología) para ello se crearon comisiones de expertos en todas las provincias con la función de ratificar o no el diagnóstico, tratamiento y notificación de los enfermos presuntivos de tuberculosis pulmonar no confirmados. Esto permitió llevar hasta un grado mínimo posible el margen de error en el diagnóstico de certeza.

En el quinquenio 1996-2000, los resultados del trabajo de la Comisión de Tuberculosis para la confirmación de enfermos pulmonares presuntivos, baciloscópicamente negativos (CODIBAARNE), parecen confirmar su

importancia. Globalmente, se ratificaron 396 casos de un total de 918 para el 43,1 % como tuberculosis activa, de 64,9 % (257) pulmonar (BAAR- y BAAR+) y 35,1 % (139) extrapulmonar, porque la práctica real impuso a la CODIBAARNE el estudio de estas últimas.

Después del año 2000

La Resolución Ministerial No. 46 De 17 De Mayo De 2000, ratifica El Programa Nacional De Control De La Tuberculosis y aprueba y pone en vigor el Nuevo Manual de Normas y Procedimientos.

Se inicia la recuperación progresiva del Programa y la disminución de la detección de casos, manteniéndose desde el año 2002 en franco control la enfermedad, exhibiendo tasas de incidencia entre $6 \text{ y } 7 \times 10^5$ hab. durante 9 años.

Se evidencia a necesidad de profundizar en el enfrentamiento de los determinantes de la TB y su enfoque social, de reforzar la integralidad dentro del Sistema Nacional de Salud, así como de la intersectorialidad, de modo que se corresponda con la situación actual de la enfermedad en vías de su eliminación como problema de salud pública, pues la tuberculosis, a pesar de los avances, constituye aún un serio problema de salud, es la segunda causa mundial de mortalidad producida por un agente infeccioso, después del Sida.

PNCT 2007

Las acciones a realizar, luego de la evaluación en la Atención Primaria, a los sospechosos se les realiza un cultivo de esputo para identificar si se trata de la TB, y existen otros métodos como el sistema GeneXpert, que posibilita detectar en menos de dos horas la presencia del bacilo tuberculoso y determinar su resistencia a la Rifampicina, uno de los medicamentos utilizados en el tratamiento, ese último medio diagnóstico se efectúa en tres provincias, y en la capital se encuentra centralizado en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí. Una vez detectada la enfermedad, se despliegan acciones de control de foco para localizar a los contactos intra o extradomiciliarios y detener la propagación con las menores afectaciones posibles. Se suministran cuatro drogas fundamentales en la primera fase y dos en la segunda, y se entregan directamente por el equipo básico de Salud para asegurar que el paciente tome la dosis y observar cualquier reacción adversa.

Al igual que el infectado, todos los contactos de casos positivos se someten a una quimioprofilaxis, es decir, la administración de sustancias químicas para protegerlos del padecimiento, y su vigilancia prosigue hasta dos años después, porque es el periodo en que puede desarrollarse la afección.

En la actualidad, de acuerdo con Llerena Díaz, también atienden la infección tuberculosa latente, la cual se trata del paciente infectado que no ha desarrollado la enfermedad, pero bajo determinadas condiciones puede activarse el foco y padecerla de manera endógena.

Actualización Programa Nacional Control Tuberculosis 2013

Se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Dos grupos vulnerables para la tuberculosis comprometen los indicadores del PNCT: uno, la coinfección con el VIH y el otro, el de las instituciones cerradas, donde aún no se logran los resultados esperados en el control de la tuberculosis, por lo que requieren atención priorizada especial.
2. Incorporación de los cambios necesarios en función del resultado de las investigaciones, priorizando lo siguiente: Reforzar la necesidad del enfoque social de las acciones del programa y del aseguramiento de la calidad de todos

los procesos; En la detección de casos, pasar del SR+14 a SR+21 días, con lo cual se disminuye la carga de los laboratorios sin perder la efectividad del diagnóstico, aumentando el rendimiento; Modificaciones en el trabajo del laboratorio tales como: garantía del cultivo para el estudio de la susceptibilidad y resistencia a todo caso de fracaso, recaída y abandono; Incorporación del cultivo líquido a los casos de TB-VIH en el Laboratorio de Referencia del IPK; ampliación de las pruebas de resistencia a todos los cultivos positivos con al menos 10 colonias; Investigación de los patrones genéticos de las cepas en etapa de eliminación; Incorporación de las técnicas rápidas de cultivo y en la tipificación de las tiras rápidas para sustituir las pruebas de Niacina y Catalasa por su toxicidad; Incorporar al control de calidad el rechequeo a ciegas y el panel de láminas, y el control de calidad en parámetros de cultivo (indicadores de contaminación y aporte al diagnóstico).

3. Incorporar el esquema completo de tratamiento en todas las formas de la TB y pasar la segunda fase de los casos nuevos a la frecuencia de 3 veces por semana hasta completar 48 dosis.

4. Incorporar el nuevo enfoque de la Coinfección TB/VIH/sida.

5. Incorporar el esquema individualizado de tratamiento a los casos de tuberculosis MDR y XDR.

6. Incorporar el resultado de la Cohorte de casos con frecuencia trimestral. A partir de Marzo 2020 el país se enfrentó a la Pandemia de COVID-19, enfermedad con similitudes y diferencias en relación a la Tuberculosis, en cuanto a su sintomatología respiratoria presentes también en el coronavirus COVID-19. Algunos expertos opinan que COVID-19 podría haber precipitado el diagnóstico de tuberculosis preexistente y no diagnosticada; dado su curso típicamente crónico, era más probable que la tuberculosis se hubiera adquirido antes de que los pacientes se infectaran con SARS-CoV-2.

Por otra parte, Llerena Díaz considera que el uso del nasobuco y las medidas de aislamiento e higiene por la COVID-19 han contribuido en cierta medida a disminuir la propagación de la TB, pues en 2020 en el territorio habanero se presentaron menos casos en comparación a años anteriores.

CONCLUSIONES - Se realizó un estudio histórico lógico, análisis documental y las vivencias de los autores, permitieron abordar los antecedentes históricos de la evolución de la Tuberculosis, Cuba se encuentra entre los países del mundo con menor incidencia de tuberculosis (TB), con una tasa inferior a diez infectados cada 100 000 habitantes, por lo que existen las condiciones en el país para la erradicación de esta enfermedad, el Gobierno cubano apoya la alimentación del enfermo con una dieta y le garantiza la totalidad de su sueldo laboral

REFE RENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Paneque Ramos E, Rojas Rodríguez LY, Pérez Loyola M. La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad. Rev haban cienc méd 2018 [citado 10/05/2022];17(3):[353-363]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2058>.
2. Cárdenas García R, Rivero Álvarez E, Quirós Hernández JL. Tuberculosis: un reto para la atención primaria de salud. Mediceletrónica. 2014 Mar [citado: 10/05/2022].18(1):42-

43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100009&lng=es
3. Reyes R. Dra. Isabel, Álvarez S Marta, Abreu D. Migdalia, Peña P. Ana Lucia, Guerra A. Yaquelin. *Variables clínicas y epidemiológicas de la tuberculosis*, Policlínico Docente Julio A. Mella, Ciudad de La Habana 2010. CNSCS RNPS; 2200, Folio 134, Tomo III, ISSN 2073-9281, **No. 3, 2011.**
4. Dotres C, Pérez González P, Santín Peña M. Programa nacional de control de la tuberculosis. Ciudad de La Habana, Ministerio de Salud Pública, 1999:17-33).
5. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud de Cuba.[citado: 30/04/2022].Disponible en <https://www.sld.cu/noticia/2021/04/13/publicado-elanuario-estadistico-de-salud-issn> versión electrónica 1561-4433 , La Haban 2021.
- 6.
7. Álvarez Sáez M, Aportes de Martí a la Medicina Preventiva <https://www.josemarti.cu/wp-content/uploads/2020/05/aportes-marti-medicina-preventiva.pdf>
8. León Cabrera P, Pría Barros M del C, Perdomo VI, Ramis AR. Aproximación teórica a las desigualdades sociales en la tuberculosis como problema de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2015. Sep[citado 3/05/ 2022]; 41(3):532-546. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300011&lng=es
9. Rodríguez Bayarri MJ, Madrid San Martína F. Pulmonary tuberculosis as an occupational disease. Arch Bronconeumol. 2004 [citado 25/04/2022]; 40 (10): 463-72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S1579212906603583/first-page-pdf>.
10. Cruz-Rodríguez AM, Armas Pérez LA, Plascencia CA, Plascencia Hernández A. Desde las primeras nociones sobre la tuberculosis hasta la estrategia "fin de la tuberculosis": desafíos sociales para la infancia en México. Rev Cubana Med Trop. 2017 Ago [citado: 2/05/2022]; 69(2):01-15. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602017000200010&lng=pt.
11. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2016.[citado: 26/04/2022].Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf
12. Delgado-Acosta H, González-Moreno L, Valdés Gómez M, Hernández-Malpica S, Montenegro Calderón T, Rodríguez-Buergo D. Estratificación de riesgo de tuberculosis pulmonar en consejos populares del municipio Cienfuegos. Medisur. 2015 [citado: 24/04/2022];13(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2802>.
13. Estévez Estévez Y, Ruiz Sánchez R, Vázquez García I, Soto Paz J. Evaluación de indicadores de proceso, resultado e impacto del programa de tuberculosis en Guantánamo. Rev. inf. cient. . 2015 [citado:4/05/2022];91(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/219>.
14. Muñoz Soca R, Fernández Ávila R. Factores sociales en la incidencia de tuberculosis pulmonar en el municipio "10 de Octubre". Rev Cubana HigEpidemiol 2011 Dic [citado: 4/05/2022];49(3):325-335. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300002&lng=es.
15. González Tapia M. La tuberculosis pulmonar, enfermedad reemergente en Cuba. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2014[citado: 4/05/2022];39(1).Disponible en:<https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/305>
16. Cartes Parra JC. Breve historia de la tuberculosis. Rev méd Costa Rica y Centroamerica. 2013[citado: 4/05/2022];(605):145-150. Disponible en:<https://www.google.com/search?q=>

17. Carcellera A, Lebel MH. Prevención de la tuberculosis en España en el siglo XXI. An Pediatr.2005 [citado: 25/04/2022];62(3):207-209. Disponible en: <https://analesdepediatria.elsevier.es/en/prevencion-tuberculosis-espana-el-siglo/articulo/13071833>.
18. Ledermann D. W. La tuberculosis antes del descubrimiento de Koch. Rev. chil. infectol.2003 [citado: 2022 Abr 26]; 20(Supl): 46-47. Disponible en: Revista Habanera de Ciencias Médicas ISSN 1729-519X Página 362 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020200014&lng=es.
19. Neira Ramírez J. La tuberculosis a través de la Historia. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. 2004 [citado: 25/06/2018];4(1):46-8. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rfmh_urp/v04_n1/a12.htm
20. Cruz M Edgardo. Conferencia Héctor Orrego Puelma 2005: Ancestros de la Neumología. Rev. chil.enferm. respir. 2006 Mar [citado: 2022 abr 26]; 22(1):37-44. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482006000100006&lng=es.
21. Farga C V. La conquista de la tuberculosis. Rev. chil. enferm. respir. 2004. Abr [citado:2022 Abr 8] ; 20(2): 101-108. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482004000200009&lng=es.
22. Álvarez-Cabrera Nadine, Fernández-Castillo Sonsire, Serpa-Almaguer Daymí, Serrano-Hernández Daily, Zayas-Vignier Caridad, Cabrera-Arias Rubén Adonis et al . Avances en la caracterización de un proteoliposoma derivado de Mycobacterium bovis BCG como candidato vacunal contra la tuberculosis.Vaccimonitor.2014. Dic [citado: 2022 Abr 30];23(3):110-116. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02
23. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: a short update to the 2009 report.2009 [citado: 24/04/2022].Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44>

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA DE LA COVID 19 POLICLÍNICO JULIO ANTONIO MELLA DE ENERO A MARZO 2021.

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF THE COVIDS19 POLYCLINIC:" JULIO ANTONIO MELLA" OF JANUARY TO MARCH 2021.

Autores:

1. Dra. Isabel Reyes Rodríguez ORCID 0000 0002 9755 3976 Especialista de Primer Grado en MGI. Profesora auxiliar. Policlínico: "Julio Antonio Mella". La Habana, Cuba. Correo: isabel.reyes@infomed.sld.cu.
2. Msc. Dra. Marta Álvarez Sáez. ORCID 0000 0001 8491 9521 Especialista de primer y segundo Grado en Higiene y Epidemiología. Centro de higiene y epidemiología. Guanabacoa. Profesora Auxiliar. La Habana, Cuba. edief@infomed.sld.cu.