

PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL ESCUELA

Clinical and epidemiological profile of patients with tuberculosis at Hospital Escuela

Diana Hasbun,¹ Cecilia Varela-Martínez²

¹Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

²Postgrado de Medicina Interna (UNAH) e Instituto Nacional Cardiopulmonar

RESUMEN. Introducción. La tasa de tuberculosis en Honduras en el 2008 fue de 37.2 casos de tuberculosis por cada 100,000 hondureños. Este estudio pretende describir el perfil clínico y epidemiológico de pacientes con sospecha de tuberculosis que ameritaron ingreso al Hospital Escuela, así como evaluar la ruta diagnóstica usada en el Hospital Escuela. **Métodos.** Estudio descriptivo que incluyó a 120 pacientes ingresados a salas de Medicina Interna en el año 2007. La información fue recolectada por entrevistas directas a pacientes y análisis de exámenes de gabinete. **Resultados.** El rango de edad fue de 18 a 85 años, con un promedio de edad de 38 años, 48 pacientes (40%) se encontraron en la sexta década. El 60% procedían de Francisco Morazán, siguiendo Olancho y Comayagua (7.5%) en frecuencia. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron tos (81.7%), fiebre (80.8%), pérdida de peso (80.7%). El método diagnóstico más utilizado fue la correlación clínica radiológica (81.1%), seguido de baciloscopia de esputo (36.7%). Las formas clínicas más frecuentes fueron la pulmonar (76.7%), pleural (15.8%) y la meníngea (6.7%). Además se encontró co-infección TB/VIH en 22.5% de los casos. **Conclusión.** La forma clínica más frecuente fue tuberculosis pulmonar. La ruta diagnóstica evaluada indica un uso predominante de la radiología sobre los métodos bacteriológicos, probablemente por más fácil acceso y sensibilidad, a costa de la especificidad y los costos. Se necesita mejor acceso a pruebas de confirmación bacteriológica en el Hospital Escuela, así como implementar pruebas rápidas de sensibilidad a fármacos antituberculosos, e investigación sistematizada de la coinfección TB/VIH. **Rev Med Hondur 2010;78(1):11-14.**

Palabras clave: Tuberculosis, infección, diagnóstico.

La tuberculosis, enfermedad infecciosa producida por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, produce 9.5 millones anuales de enfermos, de los cuales 1.6 mueren a pesar de conocerse tanto la causa de enfermedad, medios diagnósticos y la forma de tratarla.¹ En Honduras se reportó una tasa de 37.2/100,000 habitantes en el 2008, siendo considerada como una enfermedad prioritaria en el Plan Nacional de Salud.^{2,3}

La tuberculosis es una enfermedad de localización preferentemente pulmonar, pero puede afectar cualquier órgano del cuerpo y producir síntomas relacionados al órgano afectado. Además produce síntomas de afección sistémica por lo cual puede, en determinadas circunstancias, ser de difícil diagnóstico.⁴ El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis ha normatizado el manejo diagnóstico y de tratamiento de manera ambulatoria y se basa en la detección del Sintomático Respiratorio (SR) al cual debe efectuársele baciloscopia seriada, de tal manera que el manejo hospitalario se justifica solo en circunstancias de dificultad diagnóstica o de complicaciones.⁵

Con este estudio pretendemos determinar la presentación clínica más frecuente los pacientes adultos con sospecha de tuberculosis que son ingresados para manejo diagnóstico y de tratamiento al Hospital Escuela en Tegucigalpa (hospital del tercer nivel), sus condiciones epidemiológicas y la ruta diagnóstica empleada. Se consideró el abordaje diagnóstico en particular, por el cambio de las condiciones epidemiológicas del país en relación a la epidemia del VIH SIDA⁵, y otras condiciones que podrían ser causa de presen-

taciones atípicas o que pueden necesitar abordajes diagnósticos especiales.⁶

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en las salas de Medicina Interna del Hospital Escuela, hospital nacional universitario de referencia. El período de análisis fue el año 2007, cuando ingresaron un total de 8,529 pacientes con todo tipo de enfermedades. Se escogió una muestra por conveniencia de 120 pacientes que ingresaron a las salas de Medicina Interna con sospecha de tuberculosis. En sala los pacientes fueron investigados por medios clínico-epidemiológicos, por imágenes y/o laboratorio (baciloscopia).

Los criterios de inclusión fueron: pacientes que ingresaron con sospecha de tuberculosis a las salas y que egresaron con tratamiento antifímico, sin importar el método de diagnóstico empleado, y excluyendo aquellos pacientes con recaídas, abandono o fracaso en el tratamiento. Previo consentimiento informado del paciente, se obtuvo información por medio de encuestas que incluían datos generales, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos, condiciones que favorecen la transmisión o riesgo de enfermedad de tuberculosis (contacto epidemiológico, VIH, diabetes, neoplasias, y desnutrición etc.) y complicaciones durante su hospitalización.

Los recursos diagnósticos que se utilizaron fueron la historia clínica del paciente, estudios de imagen como: placas de rayos X y en algunos casos tomografías computarizadas, el reporte de laboratorio (BAAR, ADA, cultivos) y de anatomía patológica (biopsias y tinciones especiales) del Hospital Escuela.

Los datos obtenidos se organizaron y analizaron como estadísticas descriptivas haciendo uso de frecuencias con sus porcen-

Recibido 04/01/2010, aceptado con modificaciones 25/04/2010

Correspondencia: Dra. Diana Hasbun, Departamento de Medicina Interna, Tegucigalpa, Honduras. Correo-E: dianahasbun78@yahoo.com

tajes, rangos, promedios y graficas mediante el programa Epi Info versión 3.5 2008 del Center for Disease Control and Prevention (CDC), USA y World Health Organization, Geneva, Switzerland.

RESULTADOS

Se colectó datos en 120 pacientes, quienes tenían una edad comprendida entre 18 a 85 años, con un promedio de edad de 38 años. El estrato de edad más afectado fue la sexta década de la vida, 48 pacientes (40%). En relación al género 84 (70%) fueron del sexo masculino y 36 (30%) del sexo femenino, todos ellos de raza mestiza. De estos 120 pacientes, 72 (60%) procedían del Departamento de Francisco Morazán, seguidos de 9 (7.5%) pacientes procedentes de Olancho y Comayagua respectivamente. Procedían del área urbana 66 (55%) y de la rural 54 (45%) pacientes.

Respecto al nivel educacional, 44 (36%) no tuvieron ningún tipo de educación, y únicamente un 11 (9.2%) tuvieron algún tipo de educación secundaria.

Las manifestaciones clínicas comunes en la mayoría de los pacientes independientemente del tipo de tuberculosis fueron: fiebre 97 pacientes (80.8%), pérdida de peso 96 (80.7%), pérdida del apetito 89 (74.2%), y sudoración nocturna 82 (68.3 %). En el Cuadro 1 se listan las manifestaciones clínicas más frecuentes en cada tipo de tuberculosis, clasificada por órganos afectados. La tuberculosis pulmonar fue la forma clínica de presentación más frecuente (76.7%). Entre las formas extra pulmonares, las más frecuente fueron la tuberculosis pleural (15.8%) y la meníngea (6.7%).

Entre los métodos diagnósticos utilizados en estos pacientes

prevaleció el diagnóstico clínico y radiológico (Cuadro 2). De 44 pacientes con tuberculosis pulmonar a quienes se les realizó baciloscopía de esputo, 36 pacientes (81.8%) tuvieron resultado positivo. Los otros 88 pacientes que egresaron con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y a quienes no se les realizó baciloscopía, en su mayoría se hizo el diagnóstico por manifestaciones clínicas y hallazgos en placa de rayos X. Se reporta que esto ocurrió por dificultad para la obtención de muestras de esputo en los pacientes sin expectoración. En general, los pacientes fueron referidos al Instituto Nacional del Tórax para continuar su diagnóstico y tratamiento.

Analizando por separado al grupo VIH positivo (27 pacientes), se encontró que las presentaciones más comunes fueron la pulmonar 81%. Meníngea 11%, peritoneal 4%, ganglionar 4%. De la investigación de condiciones predisponentes para el desarrollo tuberculosis se encontró que el estado nutricional en 83.3% indicaba desnutrición, con un índice de masa corporal menor de 18. Otros aspectos de riesgo fueron la edad (el 29.2% son mayores de 60 años), el alcoholismo (26.1%) y ser VIH positivo (22.5%).

Respecto a las condiciones que pudieron haber favorecido el contagio, se evidenció un índice frecuente de haber tenido contacto cercano con pacientes tuberculosos (11.7%), el uso de drogas intravenosas (4.2%) y padecer de enfermedades crónicas que condicionan vistas frecuentes a establecimientos de salud, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 13 (10.8%), diabetes en 7 (5.8%) y neoplasias en 4 (3.3%). Ver Cuadro 3.

Las complicaciones que presentaron los pacientes de este estudio incluyeron 7 casos de defunción (5.8%). Además ocurrieron 7 casos de hemoptisis masiva (5.8%), 4 casos de insuficiencia cardiopulmonar (3.3%) que requirió uso de vasopresores y apoyo

Cuadro 1. Manifestaciones clínicas según órgano afectado

Tipo de tuberculosis y manifestaciones clínicas	Total por tipo de tuberculosis n (%)	Pacientes según sintomatología n (%)
Pulmonar	92 (76)	
Tos		86 (93)
Disnea		58 (63)
Dolor torácico		56 (60)
Hemoptisis		17 (18)
Pleural	19 (16)	
Derrame pleural		19 (100)
Tos		15 (79)
Disnea		14 (73)
Meníngea	8 (6.7)	
Cefalea		8 (100)
Signos meníngeos		4 (50)
Focalización neurológica		2 (25)
Ganglionar	5 (4.1)	
Adenopatías en cuello		2 (40)
Adenopatías en mediastino		3 (60)
Pericárdica	3 (2.5)	
Derrame pericárdico		3 (100)
Disnea		3 (100)
Peritoneal	2 (1.6)	
Ascitis		2 (100)
Piel	1 (0.8)	
Úlcera en pierna		1 (100)
Total	120 (100)	-

Cuadro 2. Métodos de apoyo usados para diagnóstico de tuberculosis según cada tipo.

Tipo de tuberculosis y método diagnóstico	Total de pacientes n (%)	Frecuencia de uso del método diagnóstico n (%)
Pulmonar	92 (76)	
Rayos X y datos clínicos		88 (96)
BAAR de esputo		44 (48)
Pleural	19 (16)	
Rayos X		19 (100)
ADA de líquido pleural		17 (89)
Meníngea	8 (6.7)	
Tac cerebral		5 (63)
ADA de LCR		8 (100)
Ganglionar	5 (4.1)	
Biopsia		3 (60)
Manifestaciones clínicas		2 (40)
Pericárdica	3 (2.5)	
Rayos X		3 (100)
ADA líquido pericárdico		2 (66)
Peritoneal	2 (1.6)	
ADA de líquido peritoneal		2 (100)
Piel	1 (0.8)	
Biopsia		1 (100)
Total	120 (100)	-

Cuadro 3. Condiciones que favorecen el desarrollo o la transmisión de la tuberculosis.

Condición predisponente	Frecuencia respecto al total de 120 casos n (%)	Frecuencia en los 27 seropositivos por VIH n (%)
Desnutrición (IMC<18)	100 (83.3)	22 (81.4)
Edad mayor de 60 años	35 (29.1)	-
Alcoholismo	31 (25.8)	7 (25.9)
VIH	27 (22.5)	-
Contacto cercano	14 (11.6)	4 (14.8)
EPOC	13 (11.6)	2 (7.4)
Diabetes	7 (5.8)	2 (7.4)
Uso de drogas intravenosas	5 (4.1)	3 (11.1)
Neoplasias	4 (3.3)	-

ventilatorio, un caso con bronquiectasias infectadas (0.8%) que necesito antibióticos, y un caso de insuficiencia suprarrenal (0.8%), estos últimos con buena evolución. Con respecto a los pacientes con VIH únicamente se encontraron 2 defunciones, ambos tuvieron tuberculosis meningea.

DISCUSIÓN

Los pacientes evaluados en el Hospital Escuela fueron generalmente adultos mayores masculinos con presentación clínica de afecciones generales. La forma clínica más frecuente fue la tuberculosis pulmonar. La ruta diagnóstica evaluada indica un uso predominante de la radiología sobre los métodos bacteriológicos, a costa de la especificidad y los costos. La co-infección con VIH ocurrió en un quinto de los pacientes y la morbilidad hospitalaria en este grupo fue alta.

Aunque el cuadro clínico de la tuberculosis ha sido descrito desde la época de Hipócrates, el interés de esta investigación fue describir la presentación clínica de pacientes que debieron ser hospitalizados, ya que de acuerdo a la estrategia TAES y Alto TB⁷ y las normas de atención de la TB⁵ en Honduras, tanto el diagnóstico como el tratamiento de la enfermedad debería realizarse predominantemente de manera ambulatoria.

Dos tercios de nuestros pacientes presentaron formas pulmonares de tuberculosis. En este estudio se encontró una mayor frecuencia de formas extra-pulmonares que en el reporte nacional (24% vs. 10%), mayor frecuencia de coinfectados TB/VIH (22.5% vs 10.4%) y letalidad también más alta (5.8% vs 4.1%).² La tuberculosis pulmonar puede desarrollarse a cualquier edad, sin embargo la frecuencia de casos varían de manera notable en los diferentes grupos de acuerdo a la evolución de la epidemia en la localidad o la región⁸, la distribución demográfica, y la situación de la epidemia de VIH en la población.⁹ Por lo general en regiones con larga evolución histórica de contacto con los bacilos los casos son más frecuentes en los primeros años de vida, disminuyen en la adolescencia, aumentan nuevamente en la edad madura y en la vejez.¹⁰⁻¹² En Honduras el mayor número de pacientes con tuberculosis, se presenta generalmente entre los 15 y 44 años de edad, a partir de la cual desciende la frecuencia y vuelve a aumentar a partir de los 65 años de edad. Llama la atención el hallazgo de este estudio donde el 40% de los casos pertenecía a la sexta década de la vida.

Respecto a género en la población nacional con tuberculosis, se observa un discreto predominio del sexo masculino; sin embargo, en esta investigación de pacientes hospitalizados, el 70% fueron hombres. Las tasas de tuberculosis en Estados Unidos son dos veces mayor en los hombres que la de las mujeres¹⁰ semejante a lo encontrado en este estudio, así como mayor frecuencia de adulto mayor que en jóvenes probablemente con mayor afección del estado general lo cual condicionó la decisión de ingreso.

Los síntomas clínicos de la tuberculosis son muy variados, ya que la tuberculosis puede afectar cualquier órgano, produciendo signos y síntomas según el órgano afectado. En esta investigación observamos que la tos, la fiebre, la pérdida del apetito, la pérdida de peso y la sudoración nocturna fueron las manifestaciones más comunes en todos los tipos de tuberculosis. Esto corresponde a lo reportado en la literatura que mencionan estos mismos síntomas.¹⁰ Así como también las manifestaciones para cada tipo de tuberculosis corresponden a lo reportado ampliamente en la literatura. Por ejemplo la tos, disnea y dolor de tórax correlacionan con la TB pulmonar y pleural. La cefalea y los signos meníngeos se relacionan con la TB meningea, etc.¹⁰

Respecto al diagnóstico, este se basó en la evaluación conjunta de criterios clínicos, epidemiológicos, radiológicos, laboratoriales y de anatomía patológica. La baciloscopia de esputo es el estándar de oro en el diagnóstico según los programas de control de tuberculosis, por su sencillez, bajo costo, y que en la actualidad no hay otro método que supere la eficiencia de la baciloscopia en términos de resultados versus costos.^{2,11,12} Sin embargo, su sensibilidad es variable, siendo la primera muestra la que proporciona mayor porcentajes de positividad (alrededor de 80%), así como que la muestra matutina es la de mayor posibilidad diagnóstica. Recuérdese por otro lado, que para ser positiva, se necesita alta carga de bacilos en una muestra de esputo (>10,000 bacilos/ml de esputo).

Los cultivos de esputo son mucho más sensibles hasta en un 80%, pero su resultado es tardío (4 a 8 semanas), lo que en nuestro medio no es muy útil para decidir inicio de tratamiento. Otro método muy utilizado es la titulación de adenosindeaminasa (ADA) que tiene una buena sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de enfermedad tuberculosa de las membranas serosas. La broncoscopia para la obtención de muestras por lavados bronquiales y broncoalveolar y la inducción de esputo con soluciones hipertónicas son útiles según la literatura,^{6, 11-13} pero no se realizó en ninguno de nuestros pacientes a pesar de haberse demostrado su utilidad en estudio previo.¹³

A pesar de que la baciloscopia de esputo es el método estándar para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, en los programas nacionales de países de bajos y medios recursos, en el Hospital Escuela únicamente a 44 pacientes (de un total de 92 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar) se les realizó este examen. El resto fue diagnosticado por hallazgos clínicos y de rayos X. La literatura reporta que un diagnóstico basado únicamente en rayos X conlleva un riesgo de sobre-diagnóstico y a empezar un tratamiento en personas que no padecen la enfermedad, por lo que se necesita insistir en la detección del bacilo de Koch en las muestras de esputo a través de otros medios que podrían ser la inducción de esputo con el debido control ambiental para evitar las infecciones nosocomiales, o los métodos invasivos como la broncoscopia.

Es indiscutible la superioridad de la radiología en términos de sensibilidad diagnóstica, particularmente en las formas pulmonares tempranas, por lo que habría que considerar en el estado epidemiológico actual de la tuberculosis en nuestro país, apoyar la búsqueda radiológica en todo SR cuyas baciloscopías iniciales son negativas. En nuestro hospital, debido a la relativa alta frecuencia de TB extrapulmonar muchos de los diagnósticos se realizan por medio de análisis de líquidos como LCR, pleural, peritoneal y pericárdico con la ayuda de la titulación de adenosindeaminasa (ADA).

La forma clínica de tuberculosis más frecuente, tanto en lo encontrado en la literatura como en esta investigación es la pulmonar (76.7%), seguida de las formas extrapulmonares por orden de frecuencia ganglios linfáticos, pleura, aparato genitourinario, huesos, meninges y peritoneo.¹⁰ Esto difiere de lo encontrado en este estudio donde el segundo lugar lo ocupa la Tb pleural (15.8%), luego la meníngea (6.7%), ganglionar (4.2%), pericárdica (2.5%), peritoneal (1.7%) y en piel (0.8%). No encontramos ningún caso de tuberculosis genitourinaria ni ósea.

La literatura reporta una serie de condiciones y enfermedades que favorecen el desarrollo de una tuberculosis, en orden de frecuencia, la infección por VIH, Insuficiencia renal crónica o hemodiálisis, diabetes, consumo de drogas intravenosas, tratamiento inmunosupresor, malnutrición.^{11,12} En este estudio se observó alta frecuencia de desnutrición, una comorbilidad que podría ser parte del espectro clínico o bien factor predisponente a tuberculosis. La edad mayor de 60 años, el alcoholismo y la co-infección por VIH difieren no considerablemente en el orden de frecuencia de patologías asociadas respecto a lo reportado en la literatura.

A nivel nacional, frente a la epidemia del VIH-SIDA preocupa que el grupo de edad más frecuentemente afectado de ambas enfermedades sea precisamente entre 15 y 45 años, lo que potencia los efectos deletéreos de una condición sobre la otra, además de ser las edades de mayor productividad del individuo. En este estudio encontramos que 1 de cada 5 pacientes hospitalizados presentaba co-infección TB/VIH. En Honduras se reporta un 10.4% de VIH positivo entre pacientes de reciente diagnóstico de TB y el Programa Nacional de VIH/Sida reporta que el 17% de los pacientes VIH tienen TB, a pesar del probable subregistro de ambas patologías. El Plan Estratégico Alto a la TB enfatiza en la necesidad de prevenir, diagnosticar y tratar la TB entre los pacientes VIH y el VIH entre los pacientes con TB a través de la implementación de las actividades colaborativas interprogramáticas⁷. En este estudio se encontró que los pacientes VIH positivos suelen cursar con tipos variados de TB, desde la forma pulmonar, a la meníngea, peritoneal o ganglionar.

En el manejo diagnóstico hospitalario el apoyo de imágenes radiológicas predominó sobre los métodos bacteriológicos, probablemente por más fácil acceso y sensibilidad, a costa de la especificidad y los costos. Otras herramientas de confirmación de la enfermedad como es la inducción de esputo o la broncoscopia, no son utilizadas de rutina. El presente estudio recomienda desarrollar una estrategia que garantice un acceso rápido pruebas de confirmación bacteriológica en los hospitales a fin de establecer el tratamiento específico oportunamente y medidas de control de infección nosocomial adecuada. Asimismo, se requiere implementar pruebas rápidas de sensibilidad a drogas antituberculosas e investigación sistemática de la coinfección TB/VIH.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Control Mundial de la Tuberculosis: Supervisión, Planificación, Financiación. Informe OMS 2008. WHO/HTM/TB/2008.393.
2. Programa Nacional de Tuberculosis. Secretaría de Salud de Honduras. Reporte anual 2007.
3. Secretaría de Salud. Programa Nacional de control de la Tuberculosis. Plan Nacional de Salud. Honduras. 2006-2021.
4. Caminero JA. Guía de la tuberculosis para médicos especialistas. Unión internacional contra la tuberculosis y enfermedades respiratorias (UICTER). París-Francia, 2003; Capítulo 1: pp1-8.
5. Programa Nacional de control de la Tuberculosis. Secretaría de Salud. Normas de Atención de la Tuberculosis. Tegucigalpa. 2003
6. Fúnez R, Varela-M C. Métodos diagnósticos en tuberculosis: lo convencional y lo nuevo. *Rev Med Hondur* 2006;74:93-101.
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington, D.C: OPS, 2006.
8. Caminero JA, Medina Cruz MA, Rodríguez de Castro F, Cabrera Navarro P. Tuberculosis y otras micobacterias. Capítulo 83. En: Caminero JA, Fernández
9. Fau L. Manual de Neumología y Cirugía Torácica. Madrid: EDIMPSA, 1998.
10. Organización Mundial de la Salud. Guía Clínica TB-VIH. Version Preimpresión CD-Rom. 2008
11. Fraser RS, Müller NL, Colman N, Paré PD. Micobacterias en Diagnóstico de las Enfermedades de Tórax En: Fraser-Paré, ed. 4ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2000, Vol II, p.790-841.
12. Caminero J. Guía de Tuberculosis para especialistas. UICTER. París. 2007
13. Raviglione M, O'Brien. Tuberculosis. En Harrison, Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, et al, Principios de Medicina Interna, 16 a ed México DF, McGraw-Hill Interamericana 2006, Vol I, P 1062-1076.
14. Fúnez R, Varela-M C. Utilidad de la inducción de esputo vs broncoscopia en el diagnóstico microbiológico de la tuberculosis en el Hospital Escuela. *Rev Med Postgrad UNAH* 2007;10(1):87-90
15. Jasmer RM, Nahid P, Hopewell P. Latent Tuberculosis Infection. *N Engl J Med* 2002;347(23): 1860-66.
16. Medina F, Echevoyen R, Medina L. Tuberculosis extrapulmonar. *Neumología y Cirugía de Tórax* 2003;62 (2):92-5.

ABSTRACT. Introduction. The rate of Tuberculosis in 2008 was 37.2 cases of tuberculosis per 100,000 Hondurans. This study evaluated the clinical and epidemiological profile of patients with suspected tuberculosis that were admitted at Hospital Escuela in 2007, and the diagnostic route used at Hospital Escuela. **Patients and methods.** Descriptive study included 120 patients admitted in Internal Medicine wards in 2007. Information was collected by direct interviews of patients and the analysis of diagnostic tests. **Results:** Patient's ages ranged from 18 to 85 years, with an average of 38 years, 48 patients (40%) were in the sixth decade of life. Sixty percent of patients came from Francisco Morazán 60%, other from Olancho and Comayagua 7.5%. The more frequent clinical manifestations were cough (81.7%), fever (80.8%), and weight loss (80.7%). Most used diagnostic method was the clinical epidemiologic correlation (81.7%), followed by sputum bacilloscopy (36.7%). The more frequent clinical presentations were pulmonary tuberculosis (76.7%), pleural (18.8%), and meningeal (6.7%). Also, co-infection TB/HIV was found in 22.5% of cases. **Conclusion:** The most frequent clinical form of tuberculosis was pulmonary. The diagnostic route evaluated indicates a predominant use of radiology over the bacteriological methods, probably because the radiological methods are easier to get and more accessible, despite the specificity and costs issues. There is need for better access to bacteriological confirmation of tuberculosis at Hospital Escuela, as well as the establishment of rapid diagnostic tests of antituberculosis drug sensitivity and systematic survey of TB/HIV coinfection.

Rev Med Hondur 2010;78(1):11-14.

Keywords: tuberculosis, infection, diagnosis.