

Presentación de un control de foco de tuberculosis pulmonar, municipio Habana Vieja, octubre 2004

Presentation of a control of focus of lung tuberculosis, Old Havana, October 2004

Dra. Berta Isabel Formental Hidalgo^I; MSc. Yuri Arnold Domínguez^{II}

^IEspecialista de I Grado en Epidemiología. Profesora Asistente. Centro Municipal de Higiene y Epidemiología, Habana Vieja. Ciudad de La Habana. Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Infectología. Instituto Nacional de Endocrinología. Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un estudio de control de foco de tuberculosis pulmonar, mediante la técnica observacional del tipo serie de casos, a partir de octubre del 2004 en el municipio Habana Vieja, donde se describe, según el método epidemiológico, la relación de los casos detectados con el caso índice; se analiza el problema detectado teniendo en cuenta el enfoque de riesgo de la tuberculosis pulmonar y el análisis de los factores determinantes del estado de salud de la población. Se realiza una evolución clínico-epidemiológica de los casos detectados y de las medidas de control de foco aplicadas. Se revisan tanto las historias clínicas en el consultorio del médico de la familia, como las encuestas epidemiológicas y el documento de control de foco en el departamento de Estadísticas.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, control de foco, método epidemiológico.

ABSTRACT

It was carried out an observational study of the type of series of cases, starting from August of 1994 in Old Havana, of where it is described according to the epidemic method the relationship of the cases detected with the index case, the detected problem is analyzed keeping in mind the focus of risk of the Lung

Tuberculosis and the analysis of the decisive factors of the State of Health of the Population. It is carried out a clinical-epidemic evolution of the detected cases and of the carried out measures of focus control. He/she was carried out revision of clinical histories in the Clinic of the Doctor of the Family, as the epidemic surveys and the document of focus control in the department of Statistical.

Key words: Pulmonary tuberculosis, spread control, epidemiological method.

INTRODUCCIÓN

En 1993 la OMS decreta el estado de emergencia en tuberculosis (TB) debido al alza de casos como consecuencia de la pobreza, la creciente desigualdad, la existencia de programas de control inadecuados, el incremento de la población mundial y el impacto de la pandemia del SIDA.^{1,2}

Según el modelo de Lalonde, las causas suficientes para que ocurra la enfermedad se agrupan en las determinantes del estado de salud de la población, tales como: factores biológicos, ambientales, de estilos de vida y de organización de los servicios de salud; y como causa necesaria, la presencia irrefutable del bacilo.^{3,4}

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Cuba (PNCT) se basa actualmente en la detección de casos de TB en una combinación de la *pesquisa pasiva*, cuando los SR + 14 acuden espontáneamente a la consulta médica a causa de síntomas como tos productiva (= 14 días); y la *pesquisa activa*, cuando el médico o la enfermera hacen sus visitas rutinarias a las familias que atiendan en sus domicilios, e indagan sobre la existencia de algún miembro de la familia que sufre de tos productiva prolongada (= 14 días).

La pesquisa debe hacerse atendiendo a los principales factores de riesgo para la ocurrencia de la TB: contacto de enfermos de TB; personas penitenciarias o ex-reclusos; personas que viven con el VIH (pv-VIHSIDA); personas con mala conducta social; alcohólicos; drogadictos; personas recluidas en instituciones de salud con internamiento prolongado, hospitales psiquiátricos, hogares de impedidos físicos y/o mentales, hogares de ancianos; trabajadores de la salud en contacto con enfermos con riesgo de enfermedades infecciosas; personas con enfermedades crónicas que reciben tratamiento prolongado con esteroides; personas con lesiones (imágenes) pulmonares fibrocalcificadas residuales conocidas.⁵

OBJETIVOS

1. Describir la evolución clínico-epidemiológico de los casos detectados a partir de octubre del 2004.
2. Determinar la relación de los casos detectados, teniendo en cuenta el enfoque de riesgo de la TB, a partir de octubre del 2004.

MÉTODOS

Se utilizó la técnica observacional del tipo de serie de casos, a partir de octubre de 2004, en un edificio multifamiliar del municipio Habana Vieja, en el cual se describe, según el método epidemiológico, la relación de los casos detectados con el caso índice, se analiza el problema detectado teniendo en cuenta el enfoque de riesgo de la TB y el análisis de los factores determinantes del estado de salud de la población.

Se revisaron las historias clínicas en el consultorio del médico de la familia. La información se describió de forma literal, según la cronología de los hechos. Previamente se realizó el consentimiento informado por directivos del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La situación objeto de estudio la constituye el primer piso de un edificio multifamiliar de 4 pisos, compuesto por 12 habitaciones de aproximadamente 3 m² cada una, con barbacons de madera, distribuidas a ambos lados de un pasillo central. Seis de las habitaciones usan un baño colectivo, en pésimas condiciones higiénicas, constituido solamente por una tasa de inodoro sin tanque.

Existe un hacinamiento marcado, con un promedio de 4 personas por dormitorio, los cuales presentan paredes húmedas, techos en mal estado en 5 de estas habitaciones, y en 3 de ellas no existe ningún tipo de ventilación, ni de entrada de la luz solar.

En 5 de las habitaciones referidas, la higiene es crítica, existe acúmulo de polvo, desperdicios de alimentos y presencia de animales domésticos (perros). El abastecimiento de agua para el edificio es discontinuo, y se almacena en tanques de 55 galones, en la mayoría de los casos sin tapas.

Al pasillo principal se arroja basura proveniente de los pisos superiores con mucha frecuencia.

Evolución cronológica de los casos

1. El 2-08-1994, se diagnosticó el primer caso, masculino, de 31 años, fumador y alcohólico, con una TB pulmonar codificación 9 al examen directo, tratado en esa ocasión y dado de alta el 30-04-1995. Presentó una recaída al mes de dado de alta. En su hogar se estudiaron a sus 2 convivientes, ambos adultos, y los resultados de los exámenes fueron negativos para el diagnóstico.

2. Ese mismo año, se diagnostica a otro hombre, con 69 años, con codificación 9 al examen directo, además se le diagnostica una neoplasia de laringe; es dado de alta como curado en 1995. Además a una mujer de 31 años, con codificación 6, fumadora, que fue dada de alta como curada en 1995.

Estas 3 personas, viven en habitaciones contiguas, en el ala izquierda del piso. Al realizar el control de foco en estos casos, no se encontraron convivientes afectados, siendo negativos todos los exámenes complementarios realizados.

3. El 28-11-1996, se nos comunica por el área de salud, que el sobrino de el primer caso detectado, de 19 años, debutó con una hemoptisis de gran intensidad, por lo que se ingresó en el Hospital Benéfico Jurídico, en el que se comprobó una codificación 8 al examen directo y se describieron 2 focos neumónicos, en ambos pulmones, en rX de tórax. Cuando fue a realizarse el control de foco de este caso, se detectó un gran hacinamiento, pues convivían con él su hermana y su sobrino de 4 años, y solo existían 2 camas.

4. En la habitación que se encuentra frente a esta vive la abuela de este paciente, a su vez madre del primer caso detectado, anciana de 76 años de edad, con antecedentes de haber tenido una TB antigua, referida por la anciana, tratada con estreptomycin y reposo. Además refirió haber tenido varios familiares (padres, hermanos) que han padecido la enfermedad y que se le diagnosticó una bronquiectasia crónica sin haberse estudiado la causa. Era fumadora inveterada, con síntomas respiratorios crónicos. Con la anciana convive su hija y 2 nietos. Su hija de 36 años presentó un esputo BAAR con codificación 3 y síntomas respiratorios crónicos en 1995, sin conducta médica al respecto. Su hijo menor fue traslado a casa de su padre a Alamar con síntomas respiratorios, y su hijo mayor, convive con ella en este domicilio solo de día, pero mantiene una estrecha relación con el primer caso detectado, su primo. En este hijo mayor aparece expectoración con sangre, decaimiento y es estudiado en el Benéfico Jurídico.

Se debe resaltar que le primer caso detectado trabajaba en una paladar, vendiendo alimentos, y además se dedicaba a la cría de palomas.

5. En la habitación contigua a la de la anciana, vive un anciano con síntomas respiratorios crónicos, el cuales dado como caso índice, debido a que refiere el médico de familia que presenta síntomas respiratorios desde hace mucho tiempo. Se le diagnostica la enfermedad y es dado de alta como curado.

6. En la habitación contigua a la del anciano, vive una paciente de 31 años a la que se diagnostica una TB. Vive en un hogar en pésimas condiciones de ventilación y marcada humedad, y sus hijos presentan síntomas respiratorios crónicos.

De las familias estudiadas solo trabajaba el primer caso estudiado, la hija del anciano y 2 hermanas de la última paciente detectada de 31 años.

En el edificio existen otras familias que aunque no tiene relación directa con los casos detectados, sí presentan los factores de riesgo para la enfermedad, como el hacinamiento, el ser fumadores, alcohólicos, ancianos, presentar EPOC.

Se pudo comprobar que estas personas tenían poco conocimiento sanitario acerca de la TB pulmonar, y su preocupación fundamental consistía en la fumigación de el *Aedes aegypti*.

A pesar de que a cada caso se le aplicó el control de foco pertinente, se consideró necesario realizar un pesquiasaje activo a la población de riesgo y la consecuente aplicación del método epidemiológico para el estudio de esta enfermedad, ya que han sido confirmados 2 casos de la misma familia, 2 vecinos cercanos y existen con síntomas respiratorios 3 familiares más: abuela, hija y nieto en el transcurso de 1 año.

CONSIDERACIONES FINALES

Tanto los casos como sus controles extra e intradomiciliarios, fueron estudiados según su aparición cronológica, y se tomó la conducta adecuada según el Programa Nacional de Tuberculosis en nuestro país. El presente estudio permite al médico de familia desarrollar sus conocimientos sobre factores de riesgos de la enfermedad y cómo realizar la interrupción de la vía de transmisión mediante el control de foco, con el objetivo de evitar la propagación de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caminero JA. Guía de la tuberculosis para médicos especialistas. París: Ed. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER); 2003.
2. Maher D, Mikulencak M. Qué es DOTS/TAES? Ginebra: Ed. Organización Panamericana de la Salud WHO/CDS/CPC/TB/99.270; 1999.
3. Álvarez R. Temas de Medicina General Integral. Vol. II, Ed. La Habana: Ecimed; 2001.
4. Colectivo de Autores. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1999.
5. Toledo G. Fundamentos de Salud Pública. Vol. II. La Habana; Ed. Ecimed; 2005.

Recibido: 21 de julio de 2010.
Aprobado: 10 de agosto de 2010.

Dra. *Berta Isabel Formental Hidalgo*. Centro Municipal de Higiene y Epidemiología, Habana Vieja. Misión No. 12 entre Egido y Zulueta, Habana Vieja. CP 10200. Ciudad de La Habana, Cuba. E-Mail: yanifom@infomed.sld.cu