

TUBERCULOSIS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEUZ. SERIE DE CASOS

ESTUDIO DE CASO

María de los Ángeles Soto¹, Marwain Yesid Suarez¹, Iván Alonso Tibaduiza¹, Yorman Alexer Urbina¹, Leidy Johanna Valencia¹, Eddy Zarza Torreglosa¹, Renny Jaimes Beltran¹, Germán Wilches Reina¹ ✉

1. Grupo de Investigación en Epidemiología y Salud pública. Departamento de Medicina. Facultad de Salud. Universidad de Pamplona.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Se presentan 4 casos de enfermeras con tuberculosis en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta durante el periodo 2001-2010. En Colombia no hay estudios que reporten el riesgo de ser trabajadores de la salud y el riesgo de contagio por la enfermedad.

OBJETIVO: Identificar la presencia de casos de tuberculosis en el personal de enfermería del hospital Universitario Erasmo Meoz.

METODOLOGIA: Se realizó revisión de historias clínicas con datos suministrados por el personal de salud ocupacional del HUEM, además de una encuesta y consentimiento informado para el suministro de información adicional, imágenes diagnósticas y pruebas de laboratorio.

CONCLUSIONES: Se evidencia la presencia de tuberculosis en el personal de enfermería del Hospital Universitario Erasmo Meoz, de mayor predominio en las auxiliares de enfermería y que laboran en el servicio de urgencias y medicina interna. Hay presencia de tuberculosis pulmonar, como extrapulmonar y como característica principal la tos con expectoración y el síndrome febril prolongado en la extrapulmonar.

PALABRAS CLAVES: tuberculosis, salmonela

✉ gwilchesreina@unipamplona.edu.co

SPINAL NEUROCYSTICERCOSIS. MEDICAL MANAGEMENT. A PURPOSE OF TWO CASES

ABSTRACT

INTRODUCTION: 2001-2010 appear 4 nurses' cases with tuberculosis in the University Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta during the period. In Colombia there are no studies that bring the risk of being workers of the health and the risk of contagion for the disease.

OBJETIVE: Identifies the presence of cases of tuberculosis in the personnel of infirmary of the University hospital Erasmo Meoz.

METHODOLOGY: Realized review of clinical histories by information supplied by the personnel of occupational health of the HUEM, besides a survey and assent informed for the supply of additional information, images you diagnose and laboratory.

CONCLUSIONS: Erasmo Meoz demonstrates the presence of tuberculosis in the personnel of infirmary of the University Hospital, of major predominance in the auxiliary ones of infirmary and that work in the service of urgencies and medicine he hospitalizes.

KEYWORDS: tuberculosis, salmonella

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad de gran impacto en nuestro país y en el mundo¹⁻²⁻³. En el departamento de epidemiología del HUEM hay reportado 4 casos de TB confirmada en auxiliares

enfermería, notificados entre el año 2000- 2010.

La tuberculosis representa un riesgo ocupacional significativo, con mayor incidencia en los trabajadores del área de salud sobre la población general,

principalmente en los países en desarrollo²⁻⁴⁻⁵.

Se presentan 4 casos de enfermeras que laboran en el HUEM de la ciudad de Cúcuta, en los servicios de urgencias, medicina interna y ginecología y tienen como factores de riesgo para la enfermedad, la frecuencia de pacientes con tuberculosis atendidos, la función y el servicio de trabajo del trabajador del área de salud, la demora en el diagnóstico, la presencia de pacientes con cepas multirresistentes, los inadecuados sistemas de ventilación, y el personal con compromiso de su estado inmunológico o desnutrición.

CASO CLÍNICO 1

Paciente de 21 años, Colombiana, procedente de Cúcuta, auxiliar de enfermería del área de urgencias del hospital Universitario Erasmo Meoz. Con antecedentes de importancia, varicela en la niñez, migraña desde hace 4 meses con manejo farmacológico, sin antecedentes quirúrgicos, toxicológicos de importancia. Con cuadro clínico de 3 meses de evolución, refiere aparición de fiebre intermitente manejada con antipiréticos y posteriormente lesiones en la piel, que fueron caracterizadas por médico como varicela. Persistiendo la fiebre a pesar de la resolución. Posteriormente continúa con cefalea de predominio frontal, tos seca que progresó a húmeda. También refiere dolor abdominal intermitente, astenia, adinamia, pérdida de peso no cuantificada. Niega episodios previos, gastrointestinales, urinarios.

Inicialmente fue estudiada en Cúcuta sin esclarecer diagnóstico, motivo por el cual se remite al hospital universitario San Ignacio en Bogotá con diagnóstico de fiebre de origen desconocido. La paciente refiere haber recibido manejo con fluconazol por candidiasis esofágica, acetaminofen y omeprazol.

Al examen físico se encuentra una paciente delgada, afebril, se palpa adenopatía supraclavicular derecha, móvil, no dolorosa de 1x1 cm. Se realizaron los siguientes estudios que evidencian: Hemograma: Leucos: 72000. Neu: 64%. Lin: 23%. Hb: 10,4 Hto: 33, Plaquetas: 380.000. Dentro de los exámenes normales se encuentran: Electrolitos, parcial de orina, urocultivo, hemocultivo, VDRL, serología por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), gota gruesa, serología por dengue, toxoplasmosis, Epstein- Barr, virus de hepatitis B y C, antígenos febriles (brucela, salmonela y leptospira), marcadores tumorales, función tiroidea, radiografía de tórax, ecografía de abdomen, ecocardiograma TT, esputo por bacilo de Koch (BK), aspirado de médula ósea.

Los hallazgos anormales fueron pocos e inespecíficos, frotis de sangre periférica: Línea roja: Moderada hipocromía, ligera cromatofilia, ligera anisocitosis con microcitos. Línea Blanca: Normal. Eritrosedimentación elevada (VES: 60 mm/h), proteína C reactiva elevada (PCR: 17 mg/dl), deshidrogenasa láctica: 596 U/L y tuberculina positiva con una pápula de 10 mm de induración. En imágenes

nodular hipercaptante en el mediastino anterior y superior, sugestivo de adenopatía captante del radioisótopo.

Se observa conglomerado ganglionar en el mediastino con adenopatías prevasculares, paratraqueales, pretraqueales, hiliares derechas y subcarinales. Múltiples adenopatías mediastinales. Nódulos indeterminados en el lóbulo superior derecho (Ver Figura 1).

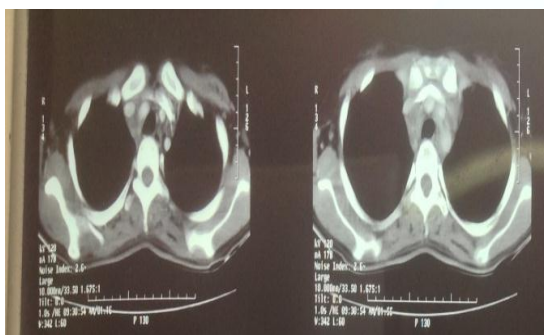


Figura 1. Escanografía con Medio de Contraste Escanografía.

Con esta información se descartó una diagnósticas, estudio gamagráfico de GA-67 que demuestra hepatoesplenomegalia, con imagen gran cantidad de entidades causales de fiebre de origen desconocido, posible linfoma no Hodgkin, pero aún el diagnóstico no fue claro; por esta razón fue valorada por cirugía de tórax quien decide realizar biopsia de ganglio mediastinal por cervicotomía; en los hallazgos quirúrgicos se evidenció "marcada inflamación y fibrosis de tejido pretraqueal. Adenopatías pretraqueales múltiples, grandes. Con desplazamiento de la tráquea hacia la derecha."

La biopsia de los ganglios fue descrita con ZN para BAAR positivos e inflamación granulomatosa. Por lo anterior se diagnostica tuberculosis extrapulmonar. Se inició tratamiento antituberculoso tetra-asociado por 9 meses con una respuesta clínica favorable, mejoría del estado general, desaparición de la fiebre y ganancia de peso a los 2 meses de tratamiento.

CASO CLÍNICO 2

Paciente femenina de 54 años, procedente de Cúcuta, jefe de enfermería del hospital universitario Erasmo Meoz, quien en el 2004 inicia con cuadro clínico de aparición de masa en región lateral izquierda del cuello, sin sintomatología asociada. Paciente que es valorada por el servicio de cirugía general para la realización de biopsia. Reporte de patología evidencia ZN para BAAR positivos.

No se necesitaron datos complementarios, ya que la patología fue concluyente y se dio manejo antibiótico por 6 meses.

CASO CLÍNICO 3

Paciente femenina de 55 años, procedente de Cúcuta, auxiliar de enfermería del servicio de ginecología. Ingresó el 18 de febrero del 2006 con cuadro clínico de 1 semana de evolución caracterizado por tos con escasa expectoración purulenta y dolor intenso en región lumbar que le impide respirar. Niega episodios febriles o contacto con

pacientes en tratamiento con tuberculosis.

Como antecedente de importancia refiere diabetes tipo II en tratamiento con metformina y glibenclamida. La paciente es valorada como sintomática respiratoria, el 1 y 2 BK resultaron negativos; el 3 BK resultó positivo y se inició manejo antibiótico por 9 meses por ser paciente inmunodeprimida.

Al ser catalogada como enfermedad de origen común recibió incapacidad por 1 mes y continuó laborando en el servicio de ginecología y obstetricia.

CASO CLÍNICO 4

Paciente femenina de 55 años, procedente de Cúcuta, auxiliar de enfermería del Hospital Universitario Erasmo Meoz que inicialmente trabajaba en el servicio de medicina interna en el cual tenía contacto directo con pacientes con TB.

Con antecedentes de importancia, toxoplasmosis tratada en 2010. Inicia en el 2002 con cuadro clínico de 15 días de tos con expectoración, disnea de pequeños esfuerzos.

En las imágenes diagnósticas se evidencia RX con derrame pleural derecho, se coloca tubo a tórax derecho y se inicia por estudio de líquido pleural BAAR positivos, se indica tratamiento para tuberculosis por 6 meses.

Posteriormente en el 2010 reconsulta por síndrome febril en estudio de 8 meses, además de presentar tos con

expectoración.

Consulta a su ARS para manejo el 17 de julio del 2012, pero en esa ocasión le niegan manejo antibiótico; posteriormente reconsulta en febrero del 2013 donde inicia tratamiento con isoniazida (10/02/13).

DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad de gran impacto en nuestro país y en el mundo; y representa un riesgo ocupacional significativo, con mayor incidencia en los trabajadores del área de salud sobre la población general.

Un período más largo de trabajo como profesional de la salud, retraso en el diagnóstico de la enfermedad del paciente, la categoría profesional, ciertos lugares de trabajo como áreas de hospitalización, laboratorio, e instalaciones de urgencias además de la falta de protección respiratoria adecuada, son factores que pueden contribuir a la infección y el aumento de nuevos casos en las próximas décadas.

En nuestro estudio observamos que se presentaron 4 casos documentados de tuberculosis en el personal de enfermería del HUEM, de los cuales determinamos que el mayor riesgo de infección lo tienen las auxiliares de enfermería, muy superior al presentado por la categoría de jefe de enfermería.

Según documentos de la revista del hospital clínico de la universidad de Chile en el 2008, en países desarrollados, el riesgo estimado de infección por TBC es

menor al 0,2% para aquel personal de salud que trabaja en hospitales con menos de 10 ingresos anuales por TBC o un caso cada 100 trabajadores de la salud, siempre y cuando se tenga mayor contacto con pacientes¹.

En un estudio cubano con trabajadores de un hospital psiquiátrico de La Habana, el grupo con mayor riesgo de adquirir una TBC clínica resultó ser el de auxiliares de enfermería, con un riesgo 8,21 veces mayor que el de la población general y 2,54 veces superior al grupo de jefe de enfermeras².

Esto nos indica que a medida que se presente mayor contacto con los pacientes, se tiene mayor predisposición a la infección, esto a su vez determinado por el inmunocompromiso del personal y sus características socioeconómicas de las cuales se tiene muy poco conocimiento.

El sitio o lugar de trabajo es un importante determinante en el riesgo de infección o enfermedad por tuberculosis; áreas como el servicio de urgencias o medicina interna tienen mayor capacidad de pacientes de diversas patologías, muchas de ellas en avanzado estado que al momento de ingreso se encuentran sin conocerse y que tienen un factor importante de infección con las personas que se encuentren a su alrededor.

Actualmente, los pacientes con tuberculosis son manejados en forma ambulatoria o en hospitales no dedicados específicamente a esta patología, y por lo tanto, el riesgo es

transversal, solo hasta el momento en que se diagnostica a tiempo la enfermedad. Este riesgo involucra al personal de las auxiliares de enfermería, las fisioterapeutas y los mismos médicos del servicio¹.

Otra variable indicada en nuestro estudio son las medidas protectoras utilizadas por el personal de enfermería; en un estudio efectuado en Brasil, en el 2005, comparando las tasas de infección entre cuatro hospitales con diferencias en la intensidad de sus medidas de protección, se logró establecer que las tasas eran al menos el doble más altas en el personal de salud que laboraba en hospitales con programas mínimos de protección respecto de los otros dos hospitales que aplicaban un programa más amplio (16 casos versus 7,8 por 1.000 personas-mes)³.

En el Hospital Universitario Erasmo Meoz se evidencia que el mismo personal no utiliza estos medios protectores como serían el uso del tapabocas o el protector tipo N95 para disminuir el riesgo de contagio si fuera utilizado apropiadamente.

La edad del personal de salud aunque no tiene mucha relación se encontró 3 casos de los cuales las enfermeras se encontraban en el rango 54- 55 años, y solo 1 caso con edad de 21 años.

Según reporte de la OMS para el 2012, esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. Y en nuestro estudio no se abarca el rango establecido

por la organización⁴.

Evidenciamos 2 casos de tuberculosis extrapulmonar, de las cuales una de ellas tenía PPD positiva con una induración de 11 mm. A pesar de tener la vacuna BCG. Se podría establecer que no todos los casos de TBC activa en el personal de salud son adquiridos a nivel nosocomial, sino que, como es de esperar, una fracción de ellos ocurre por reactivación de una infección latente antigua⁵. Al igual que 2 casos de tuberculosis pulmonar con la presentación típica de la enfermedad.

Por último pero no menos importante, el periodo de trabajo en el hospital no está directamente relacionado con el riesgo de contagio de la enfermedad; ya que los casos presentados tienen diferente periodo de tiempo y diferente presentación clínica.

Durante la realización del estudio se encontraron limitaciones como fue la no disponibilidad de Rx de tórax porque las mismas enfermeras no las tenían disponibles. Sin embargo, los datos fueron suministrados por las historias clínicas elaboradas.

REFERENCIAS

1. JOSHI R, REINGOLD A L, MENZIES D, PAI M. (2006). Tuberculosis among health-care workers in low- and middle-income countries: a systematic review. *Plos Med*; 3: 2376-91.
2. DÍAZ-CASTRILLO A, DUEÑAS-MOJENA D, LAZO-ÁLVAREZ M, BORROTO-GUTIÉRREZ S, GONZÁLEZ-OCHOA E. (2005). Tuberculosis en trabajadores de salud del Hospital Psiquiátrico de la Habana, 1997-2003. *Rev. Panam Infectol*; 7: 22-6.
3. ROTH V R, GARRETT D O, LASERSON F, STARLING E, KRITSKI L, MEDEIROS E A S. (2005). A multicenter evaluation of tuberculin skin test positivity and conversion among health care workers in Brazilian hospitals. *Int J Tuberc Lung Dis*; 9: 1335-42.
4. Organización Mundial De La Salud. (2013). Control global de tuberculosis: Informe de un Grupo Científico, nota descriptiva N 104. OMS; 2013
5. DE VRIES G, SEBEK M M, LAMBREGTS-VAN WEEZENBEEK C S. (2006). Healthcare workers with tuberculosis infected during work. *Eur Respir J*; 28:1216-21.