



TUBERCULOSIS PULMONAR: UN CASO CONTEMPLADO DESDE EL NUEVO CONCEPTO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

M. ORTEGA CALVO, J. MUÑOZ GUTIERREZ, A. GARCIA CARO,
V. PANS APARICIO, I. GONZALEZ RODRIGUEZ,
E. CLAVIJO FERNANDEZ-PALACIOS, E. HIDALGO SALVAGO,
E. RAVE PRIETO y A. VALVERDE FERNANDEZ

Ambulatorio San Jerónimo.
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla.

A mediados del año 1982, se hizo un diagnóstico de tuberculosis pulmonar secundaria, en un varón joven de la comunidad de San Jerónimo (Sevilla), por parte de la Unidad Docente Extrahospitalaria de Medicina Familiar y Comunitaria, allí ubicada. Este hecho hizo poner en marcha una serie de acciones terapéuticas y preventivas por parte de la misma Unidad, dentro del nuevo ámbito de la Atención Primaria de Salud.

Pulmonary tuberculosis: A case viewed from the new concept of Primary Health Care

By the middle of 1982 a diagnosis of secondary pulmonary tuberculosis in a young male of the community of San Jerónimo (Seville) was carried out by the local Unidad Docente Extrahospitalaria de Medicina Familiar y Comunitaria (Teaching Unit of Outpatients' Family and Community Medicine). This led to a series of therapeutic and preventive measures carried out by this Unit, in the new scope of Primary Health Care.

Introducción

Existe una corriente internacional que pretende cambiar y fortalecer la asistencia primaria de todo el orbe¹. Esa tendencia se recogió en nuestro país a finales de los años setenta, cuando comenzaron a formarse residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en los hospitales, dentro del programa de médicos internos y residentes².

Fruto de ello, fue la creación de Unidades Docentes Extrahospitalarias, tendentes a la formación de estos especialistas en el último período de su residencia.

La Unidad Docente Extrahospitalaria, dependiente del Hospital Universitario de Sevilla, se ubicó en el barrio de San Jerónimo, sito en el extrarradio de Sevilla, a unos cuatro kilómetros del hospital. Su espacio físico era el del ambulatorio de la Seguridad Social allí existente.

Dentro de la Unidad existía un equipo multidisciplinario, compuesto por seis residentes de medicina familiar y comunitaria, una técnico en salud y epidemióloga, una ayudante técnico sanitario y una asistente social, supervisados todos ellos por la tutora extrahospitalaria del programa.

Las funciones médicas de la Unidad eran tanto de carácter asistencial (consultas) como preventivo (programas de salud de vacunaciones y de escolares).

Recibido el 31-1-1983 y aceptado el 5-6-1983.



Dentro de las primeras tuvo lugar preeminente el caso que a continuación pasamos a exponer y comentar.

Observación clínica

A finales del mes de junio de 1982 consultó un varón de 19 años de edad, que refería la siguiente historia clínica³: se quejaba de que desde hacía varios días tenía cefaleas frontales y occipitales, no pulsátiles y de carácter poco intenso. Un día previo a la consulta tuvo vómitos alimenticios. Entre los antecedentes cabía destacar el hecho de que se había licenciado del servicio militar un mes antes.

Fue explorado detenidamente, encontrándose a la auscultación un corazón con los tonos puros y rítmicos a 80 ppm, una tensión arterial de 110 mm Hg de sistólica y 80 mm Hg de diastólica. El murmullo vesicular era normal y el abdomen estaba blando y depresible, no encontrándose visceromegalias. No se palparon adenopatías en ningún lugar de la economía.

La exploración neurológica fue normal, con un fondo de ojo sin alteraciones; el peso era de 75 Kg.

El juicio diagnóstico fue entonces de un estado asténico por una dieta mal regulada, pues estaba haciendo, desde hacía varios meses, una restricción voluntaria de la ingesta para perder peso. Fue dado de alta con tratamiento polivitamínico por vía oral.

Aproximadamente unos diez días después volvió a la consulta, refiriendo que el día anterior había tenido un dolor epigástrico acompañado de dificultad respiratoria. Este episodio duró varios minutos y se acompañó de crisis de tos, con expectoración hemoptoica. Interrogado más profundamente, dijo que solía toser con frecuencia y producir esputos semejantes, y que esto le ocurría desde hacía varias semanas.

La exploración clínica fue nuevamente normal; los estudios de laboratorio practicados (hemograma, velocidad de sedimentación y glucemia basal) fueron normales, a excepción de la velocidad de sedimentación algo elevada (13 mm a la primera hora y 38 mm a la segunda hora).

Estos hechos nos hicieron pensar que tenía un cuadro más orgánico del que en un principio creíamos.

Se pidieron entonces unas proyecciones posteroanterior y lateral de tórax.

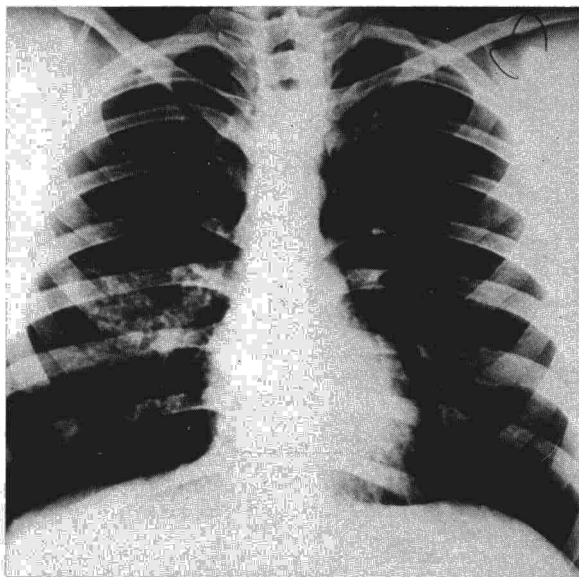


Fig. 1

En la imagen pudo observarse una lesión de carácter inflamatorio que ocupaba el segmento superior del lóbulo inferior derecho (segmento n.º 6), existiendo en su interior porciones de densidad aire, sugestivas de cavitación⁴ (fig. 1).

Practicado un mantoux con PPD RT-23 (2 UT/ml) y leído a las 48 horas resultó dar una induración de 6 mm de diámetro, que podía considerarse como un mantoux negativo, aunque no exista unanimidad absoluta al respecto.

En tres días consecutivos le fueron recogidas muestras del primer esputo matutino, y enviadas al Servicio de Microbiología del Hospital Universitario de Sevilla. En el tercer esputo se observaron múltiples bacilos ácido-alcohol-resistentes. El cultivo de Lowenstein fue también positivo⁵.

Se hizo entonces el diagnóstico de tuberculosis pulmonar secundaria. Se informó a los organismos competentes, al ser una enfermedad de declaración obligatoria⁶.

Estudio de Convivientes Familiares

Nuestro paciente era el hijo mayor de una familia compuesta por el matrimonio, de 50 y 42 años respectivamente, y tres hijos de 18, 15 y 10 años, los dos primeros varones y la última hembra. El padre estaba en tratamiento por una rinitis extrínseca.

A todos ellos se les practicó un estudio reglado (mantoux y radiografías de tórax).

Los resultados de los mantoux fueron los siguientes: el padre 25 mm de diámetro de induración (positivo), la madre 0 mm de diámetro de induración (negativo), el primer hermano 10 mm de induración (positivo), el segundo hermano 15 mm de induración (positivo) y la hermana más pequeña 0 mm de induración (negativo)⁷.

Las radiografías de tórax mostraron lo siguiente: el padre tenía una imagen de fibrotórax izquierdo (fig. 2), por lo cual, y junto con el mantoux, pensamos que había tenido una tuberculosis cuando era más joven, la madre mostraba una radiografía de tórax normal, el primer hermano y la hermana pequeña también tenían imágenes normales, y el segundo hermano tenía una imagen redondeada, de medio centímetro de diámetro, de densidad calcio, en los segmentos basales del lóbulo inferior derecho, que consideramos residual y sin actividad en ese momento⁴.

Ante la imagen radiológica, le fueron practicadas baciloscopias seriadas al padre, que resultaron ser negativas.

Actitudes terapéuticas y preventivas.

Ante todos estos hallazgos, se tomaron las siguientes medidas, recomendadas por la UICT:

1) A nuestro paciente, previo control de enzimas hepáticas (GOT y GPT) le fue impuesto un tratamiento convencional a base de tres drogas, y con una duración global de nueve meses. Las drogas fueron: rifampicina a dosis de 600 mg/24 horas durante nueve meses, isoniazida a dosis de 300 mg/24 horas durante nueve meses también, y



Fig. 2

ethambutol a dosis de 1600 mg/24 horas durante dos meses.

Tras un mes con este tratamiento las baciloscopias se hicieron negativas, aumentó de peso y se encontró mejor.

2) El padre de nuestro paciente, debido a su inactividad, a la reacción de mantoux positiva y a su edad, no se le instauró profilaxis. Se le estuvo controlando con baciloscopias mensuales y radiología de tórax trimestral durante el tiempo de tratamiento de su hijo.

3) A la madre, no se le instauró profilaxis, por la negatividad inmunológica y por la radiografía.

4) A los tres hermanos les fue instaurada quimioprofilaxis con isoniazida a dosis de 300 mg/24 horas. Se les hicieron controles de enzimas hepáticas cada 45 días. La quimioprofilaxis se realizó durante nueve meses.

Seguimiento

El paciente se hizo no activo al mes de tratamiento, ya que entonces sus baciloscopias fueron negativas. Se hicieron controles de enzimas hepáticas cada 45 días, que resultaron ser normales. El padre siguió siendo no activo, según las baciloscopias. La hermana viró de un mantoux negativo de 0 mm de induración, a un mantoux de 20 mm de induración, por lo que se siguió con ella una quimioprofilaxis con isoniazida, a dosis de 300 mg/24 horas, durante nueve meses.

Discusión y conclusiones

Nuestro interés al exponer este caso, se basa más bien en una cuestión de forma, más que en una

cuestión de fondo. Creemos que el diagnóstico y tratamiento de una tuberculosis pulmonar no reviste mucha novedad, pero creemos que si la tiene el hecho de que éste se haga desde un marco nuevo.

Las Unidades Docentes, al estar compuestas por equipos multidisciplinarios, pueden ofrecer servicios tanto terapéuticos como preventivos, y muestra de ello es el tratamiento médico y epidemiológico de un caso de tuberculosis pulmonar en un varón joven de la comunidad de San Jerónimo (Sevilla).

Creemos, también, que éste es un paso importante para futuras colaboraciones entre centros de atención primaria y centros secundarios, especializados en la lucha antituberculosa.

Una pregunta que aún seguimos haciéndonos, y que la encuesta epidemiológica no ha podido desvelar, es el lugar de contagio. Pudo ser en el servicio militar, del cual se había licenciado un mes antes, o pudo ser en su propio ambiente personal.

El diagnóstico de este caso, puso también en marcha una dinámica sanitaria sobre la familia, que creemos es tarea específica de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria⁸

Hay que referir también, que todas estas acciones fueron realizadas dentro del espacio físico del Ambulatorio San Jerónimo, con lo cual, ni el enfermo, ni sus familiares, tuvieron que ser desplazados de su propia comunidad.

Queremos referir finalmente, que nuestro paciente fue vacunado en su infancia con la BCG, y que como sabemos, esta vacuna proporciona una inmunidad relativa de 5 a 10 años, y que protege a un 80 % de los vacunados aproximadamente.

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento a las Srtas. Esperanza Ruiz e Isabel Montaña, ATS y Asistente Social respectivamente de la Unidad, cuyo concurso fue inapreciable en el desarrollo de los hechos anteriormente mencionados.

BIBLIOGRAFIA

1. Primary Health Care. Alma Ata. WHO. Geneva. 1979.
2. Real Decreto 2015/1978 de 15 de Julio, de la Presidencia de Gobierno, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. BOE n.º 206; 29 de agosto 1978.
3. Historia Clínica n.º 46. Archivo de Historias Clínicas de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. San Jerónimo, Sevilla.
4. Felson B. Chest Roentgenology. Philadelphia. WB Saunders Co, 1972.
5. Burrows W. Tratado de Microbiología. 20.ª ed Interamericana, 1974.
6. Suplemento n.º 1 del Boletín Epidemiológico Semanal de Sevilla, n.º 23, 1982. Observaciones sobre la nueva lista de enfermedades de Declaración Obligatoria. Tuberculosis Respiratoria 011-012. Junta de Andalucía. Conserjería de Sanidad y Seguridad Social. Dirección Provincial de Salud de Sevilla.
7. Fraser RG, Paré JA. Diagnosis of diseases of the chest. Filadelfia. WB Saunders Co, 1970.
8. La Medicina Familiar y Comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la Asistencia Primaria. Insalud; Subdirección General de Formación de Personal. Febrero, 1980.