

Lucha Contra la Tuberculosis Infantil en su Aspecto Hospitalario (*)

Por los DRES. JOSÉ M. MIR DEL JUNCO,
EMILIO ALEMÁN, PEDRO DÍAZ JUAN,
ELADIA MARTÍNEZ ABREU, RAÚL NODAL
HERNÁNDEZ y E. FÉLIZ MARTÍNEZ.

"Tratando correctamente la Primo-infección Tuberculosa del niño, se hace también profilaxis de la Tuberculosis de re-infección del adulto."

Al considerar la Tuberculosis infantil desde el punto de vista de su tratamiento hospitalario, lo primero que hay que dilucidar es si resulta necesario un Hospital o Sanatorio dedicado exclusivamente a esta enfermedad, o si, por el contrario, es suficiente contar con servicios de Tuberculosis, o, mejor aún, de Neumología en hospitales infantiles de tipo general. Es nuestro criterio que en el momento actual basta con la segunda posibilidad, que resulta mucho más costeable y puede rendir el mismo servicio. Asimismo pensamos que estos servicios deben estar ubicados en Hospitales Infantiles y no en Hospitales Anti-tuberculosos de Adultos.

Las razones en que nos basamos para defender esta tesis son las siguientes:

- 1 Disminución de la re-infección exógena.
- 2 Mejor manejo de la dietética de los niños ingresados.
- 3 Más comodidad para el suministro de fórmulas infantiles.

(*) Ponencia presentada por el Servicio de Neumología del Hospital "A. A. Aballi" a la Primera reunión Anual de Directores de Hospitales, Dispensarios y Jefes de Servicio de Tisiología (Nov. 16 al 19, 1961).

- 4 Aprovechamiento de los especialistas de distintas afecciones con más entrenamiento pediátrico.

El personal facultativo que atienda estos servicios de Neumología, creemos debe ser extraído de un medio pediátrico, pues no podemos olvidar que las características de la Tuberculosis infantil son completamente distintas a las del adulto y en nuestro criterio es más fácil obtener un especializado en Tisiología Infantil de un pediatra que de un tisiólogo de adultos; por otra parte, el niño tuberculoso está expuesto a las mismas enfermedades intercurrentes que el niño no tuberculoso.

Número de Servicios.

Con respecto al número de Servicios de Neumología Infantil que deben establecerse en nuestro medio, hay que trazarse dos metas: una, a cumplir durante el Plan Cuatrienal que comenzará en Enero de 1962, y otra, a más corto plazo que sería la meta a cubrir en 1962. Consideramos necesario que al cumplirse el tiempo del Plan Cuatrienal esté funcionando a plena capacidad un Servicio de Neumología Infantil en cada una de las provincias. Con respecto

a la meta para 1962, estimamos que al finalizar este año ya deben estar funcionando a toda capacidad por lo menos dos de estos Servicios: uno que cubra la región occidental, que radicará en La Habana y que atenderá a los niños enfermos procedentes de las provincias de Pinar del Río, Habana y Matanzas, y el otro, el oriental, que pudiera estar situado en Camagüey o en Santiago de Cuba, que prestaría atención a los niños enfermos procedentes de las provincias de Santa Clara, Camagüey y Oriente.

Estamos seguros que esta meta es fácilmente alcanzable, teniendo en cuenta que el Servicio de Neumología Infantil occidental, existe prácticamente desde hace un año, ubicado en el Hospital Infantil "Ángel Arturo Aballí", el cual, con ligeras modificaciones, puede cumplir a cabalidad las funciones que estos servicios deben desempeñar. Por lo tanto, no habría más que crear el servicio correspondiente a la zona oriental.

Número de camas.

Aunque carecemos de datos estadísticos fidedignos de morbilidad infantil por tuberculosis en nuestra patria, basándonos en nuestra experiencia y en los datos obtenidos en el "Hospital Aballí", creemos que el servicio que se cree para la región oriental debe tener un número de camas aproximadamente igual que el del "Hospital Aballí", para poder hacer una distribución por sexo, edades y tipo de neumopatía. En nuestro concepto la mejor distribución sería la siguiente:

Tuberculosos

- 1 Menores de tres años
(ambos sexos)
- 2 Mayores de tres años
(varones)

- c) infectantes
- b) no infectantes

- 3 Mayores de tres años
(hembras)
 - a) infectantes
 - b) no infectantes

Observación

Ambos sexos
No tuberculosos

- 1 Menores de tres años
(ambos sexos)
- 2 Mayores de tres años
(varones)
- 3 Mayores de tres años
(hembras)

Aislamiento

Ambos sexos

Sobre la marcha del Plan Cuatrienal se estudiará el número de camas necesario en cada uno de los servicios que se vayan creando.

Tipo de personal.

Una vez determinados todos los puntos anteriores, creemos que debemos entrar ya en las necesidades de cada uno de estos servicios y dentro de estas necesidades lo primero que debemos señalar es algo que ya mencionamos de pasada y que nos luce fundamental en estos departamentos; esto es, el personal de que estarán dotados, tanto el facultativo como el subalterno, pues por las condiciones especiales de ésta enfermedad debe tratarse de un personal especialmente adiestrado.

En cuanto a los médicos, creemos que los que ocupen las plazas de Jefe de Servicio y las de Auxiliares de Servicio, deben ser individuos de experien-

cia dentro de la especialidad, o en su defecto ser adiestrados por medio de cursos de superación teórico-prácticos, lo más extensos posibles, pues son estos compañeros los que van a llevar la responsabilidad científica de dichos servicios, no así los que ocupen las plazas de Residentes e Internos, que aunque deben preferirse con cierta experiencia, pueden no haber trabajado en la especialidad, ya que tienen una responsabilidad menor y pueden utilizar el servicio y los conocimientos de los superiores como fuente de enseñanza.

Las enfermeras deben preferirse que hayan trabajado, por lo menos, en un servicio de Pediatría, aunque también sería muy conveniente adiestrarles por medio de cursos de superación.

En cuanto al personal subalterno, si creemos que es indispensable que todo aquel que aspire a formar parte del mismo pase por un adiestramiento especial en que se le den principios generales de forma de contagio y manera de evitarlo sin lastimar la sensibilidad del niño; así como algunos rudimentos de Psicología, pues no podemos olvidar que el coeficiente de inteligencia de este personal, o por lo menos su grado de cultura, no es alto y que van a manejar niños afectos de una enfermedad crónica, que tal vez los tenga durante largo tiempo reclusos en el Hospital, lejos de sus padres y que a lo menos que tienen derecho es a que se les trate en forma correcta y amable sin producirles traumas psíquicos que vengán a agravar la situación que ya padecen. En una palabra, que todo el personal de estos servicios debe ser cuidadosamente escogido y adiestrado.

Cantidad de personal.

Con respecto al personal necesario para estos Servicios, de acuerdo con el número de camas que pensamos deben

contar, creemos que el personal mínimo necesario debe ser el siguiente:

- 1 Médico Jefe de Servicio por cada 50 camas o fracción,
- 1 Médico Auxiliar de Servicio por cada 50 camas o fracción,
- 1 Médico Residente por cada 50 camas o fracción,
- 1 Médico Interno por cada 25 camas o fracción,
- 1 Enfermera en cada turno de seis horas por cada 50 camas o fracción,

En cuanto al personal subalterno, creemos que deben trabajar en cada turno:

- 1 Niñera por cada 8 camas de lactantes,
- 1 Niñera por cada 12 camas de segunda y tercera infancia,
- 4 Empleados de limpieza en los turnos de día,
- 4 Empleados de Pantry y Comedor.

Con respecto a mantenimiento, lavado de ropas y otros servicios semejantes se utilizará el personal existente en el Hospital.

Necesidades materiales.

Como mantenemos el criterio de que la función primordial de estos Servicios debe ser el hacer un diagnóstico correcto, sin el cual se caería por su base todo el resto de la labor, creemos que deben estar dotados de todos los elementos necesarios desde el punto de vista de investigaciones de Laboratorio y Rayos X para poder hacer diagnósticos diferenciales que exijan investigaciones especializadas. A este respecto, creemos que las necesidades mínimas son las siguientes:

1 Departamento de Rayos X (el mismo del Hospital, siendo indispensable que cuente con un tomógrafo, sin el cual es imposible a veces hacer un diagnóstico de las distintas neumopatías.

2 Un Fluoroscopio, que si debe ser exclusivamente para el Servicio, independiente de los que hubiera en el resto del Hospital.

3 Un laringólogo-broncoscopista, que realice las Broncoscopías y Broncografías necesarias, así como las Pruebas Audiométricas de los niños bajo tratamiento por Estreptomicina.

4 Son indispensables en estos Servicios: un Cirujano de Tórax, un Alergista, un Cardiólogo y un Anatómopatólogo, aunque, desde luego, si los hay en el Hospital, se podrán aprovechar sus servicios, pero, si no los hubiera, sería necesario crear esas plazas como especialidades de necesidad absoluta.

5 Laboratorio con un Departamento de Bacteriología bien dotado, en el cual, además de todas las investigaciones de uso corriente en los Hospitales, se puedan realizar algunas pruebas especiales, como:

Pruebas de hongos.

Investigación de gérmenes y antibiogramas de los mismos.

Determinación de la concentración de drogas en sangre.

Investigación de bacterias, espiroquetas y hongos, en forma directa, por cultivo y por inoculación a animales.

Pruebas de resistencia de gérmenes a las distintas drogas de uso corriente.

Pruebas de dependencia de los Bacilos de Koch a las drogas antituberculosas.

Cuántas otras investigaciones se consideren útiles o necesarias para establecer un diagnóstico correcto.

6 Departamento para realizar Pruebas Funcionales Respiratorias.

Este Departamento no sería indispensable si pudiera utilizarse alguno ya mentado en algún Hospital cercano, como sucede en el Hospital "Aballí" en que se utilizan los servicios del Departamento establecido en el Hospital "Julio Trigo", pero en caso de que así no sucediera, habría que establecer este Departamento por ser de gran necesidad en esta especialidad.

Del Niño Enfermo.

Determinadas ya las necesidades materiales y de personal, debemos tratar ahora del elemento fundamental en el Servicio, el niño enfermo.

El primer punto a tratar debe ser determinar qué niños deben ser ingresados en los mismos? Aunque creemos que son los médicos de los Dispensarios los llamados a determinar este aspecto, creemos que debemos emitir nuestro criterio en este sentido. En primer lugar, estimamos que para determinar el ingreso de un niño en uno de estos Servicios debe primar el concepto socio-económico sobre el puramente médico, pues todos sabemos que, por ejemplo, un caso con una adenopatía interlobar, sin complicaciones, debe evolucionar favorablemente si es tratado correctamente y convive en un medio adecuado; pero si este mismo caso no reúne estas condiciones sociales y es agredido por un medio socio-económico hostil, veremos que no evoluciona en la misma forma favorable y se producen todas las complicaciones que estamos acostumbrados a ver en nuestros servicios.

Es por ésto que insistimos en que debe primar el criterio social a la hora

de decidir el ingreso de un niño en estas condiciones.

Claro es que hay otro tipo de casos que son tributarios de ser ingresados independientemente de las condiciones socio-económicas del mismo y decidiéndolo con un criterio puramente médico. Estos casos serán, principalmente, los siguientes:

- 1 Casos en que no se pueda hacer un diagnóstico correcto en los Dispensarios por carencia de algunos medios de investigación.
- 2 Todos los casos de sombras pulmonares cuya etiopatogenia no pueda ser determinada en los Dispensarios.
- 3 Todos los casos de atelectasias.
- 4 Adenopatías pulmonares de más de 4 meses de duración, sin evolución favorable.
- 5 Niños bacilíferos.
- 6 Todo caso que pueda ser tributario de tratamiento quirúrgico:

A De naturaleza TB:

- 1 Cavernas estacionarias
- 2 Bronquiectasias
- 3 Atelectasias crónicas
- 4 Nódulos caseosos crónicos
- 5 Gruesas adenopatías calcificadas
- 6 Lobitis resistentes a tratamiento médico
- 7 Perforaciones pleurales
- 8 Empiemas, tanto agudos como crónicos
- 9 Paquipleuritis que afecten la función respiratoria.

B De naturaleza no TB:

Toda bronco-neumopatía no TB, susceptible de tratamiento quirúrgico.

Tratamiento médico.

Este es un punto sobre el que mucho se ha polemizado y sobre el que hay que tratar, dejando siempre una salida para posibles variaciones.

En el momento actual, después de todos los estudios e investigaciones que se han llevado a cabo en todos los países de vanguardia científica; y por nuestra parte, teniendo en cuenta la experiencia adquirida en el Hospital "Abali" a través de 17 años de tratar niños afectados de TB, se acepta que el tratamiento médico de la Tuberculosis Infantil debe basarse, fundamentalmente, en tres drogas: Estreptomicina, Isoniacida y P.A.S. a forma de administración y la dosis son susceptibles de variación de acuerdo con las necesidades de cada caso, pero, como norma, podemos señalar las siguientes:

Estreptomicina: 20 a 40 y hasta 80 mlgr/Kg/día, sin pasar la dosis de 1 Gr.

Isoniacida: 10 a 20 y hasta 30 mlgr/Kg/día, sin pasar la dosis de 500 mlgr.

P. A. S.: 200 a 500 mlgr/Kg/día, sin pasar la dosis de 12 Gr.

Estas drogas no deben ser administradas independientemente unas de otras, sino siempre en combinaciones para evitar resistencia de los bacilos a las mismas, y al mismo tiempo buscando la sinergia medicamentosa, pudiendo exceptuarse la Isoniacida, que sí puede administrarse sola en algunos casos. Con respecto a estas combinaciones, se acepta que no ofrece ventaja el uso de las tres juntas, debiendo por lo tanto usarse combinaciones de dos.

En algunas formas evolutivas de la Tuberculosis Infantil (Meningitis, Pleuresías y obstrucciones bronquiales intrínsecas, a las tres drogas antes señaladas se debe añadir el uso de los Corticoesteroides.

Cuando en algunos casos particulares estas drogas no hayan sido efectivas, se puede recurrir a otras como la Hidrácida del Acido Cianacético, Viomicina, Pirazinamida, Cicloserina, Terramicina, Neomicina, Kanamicina, etc.

Claro que, repetimos, éstas no son más que normas generales, susceptibles de ser modificadas de acuerdo con la experiencia y el criterio del médico que las va a usar y de las características del caso en que se usan.

Alta.

Es éste uno de los puntos más difíciles de determinar en Tuberculosis en general y en Tuberculosis Infantil en particular. Al tratar sobre el mismo, refiriéndonos a la Tuberculosis infantil, tenemos que considerar dos aspectos o dos puntos de vista: el médico y el socio-económico.

Desde el punto de vista médico y en líneas generales, puede darse el alta del hospital, como inactivo, a un niño que ha borrado radiológicamente sus lesiones y que está totalmente asintomático y con exámenes de laboratorio normales. Este paciente puede ir a su casa, continuando con tratamiento con drogas durante un período de seis meses con la finalidad de consolidar la aparente curación y si durante todo ese tiempo se mantiene inactivo y al ser chequeado de nuevo no se observan variaciones radiológicas y hay normalidad en sus exá-

menes de laboratorio, se le dará el alta como aparentemente curado, debiendo continuar chequeándose periódicamente en el Dispensario correspondiente.

La norma precedente se basa exclusivamente en un criterio médico, pero en la práctica nos encontramos con que es imposible independizar la conducta médica del estado socio-económico del niño, pues siempre hay que tener en cuenta el medio en que va a vivir el niño una vez que salga de nuestras manos, toda vez que, si el medio es inadecuado, es muy posible que haga una reinfección y tenga que ser ingresado de nuevo con un episodio posiblemente más serio que el proceso padecido anteriormente.

Creemos que en pocos años, este factor, que es hoy tan importante en la lucha contra la Tuberculosis será solo un mal recuerdo, pues los planes económicos, sociales y culturales que está desarrollando el Gobierno Revolucionario darán seguramente un viraje total a esta situación, haciendo que el nivel económico y cultural de nuestro pueblo aumente en forma tal que podrán garantizarse a estos niños unas condiciones óptimas de vida una vez salidos del Hospital. Pero mientras ese momento llega, creemos que la solución sería la creación de Colonias de Consolidación y Cura, anexas a los Hospitales que serían de un costo muy bajo de mantenimiento y garantizarían esas condiciones de alimentación y cuidado, necesarias a un niño que acaba de vencer una enfermedad tan seria como es la Tuberculosis. Esto sería muy importante, pues no debemos olvidar que tratando correctamente la Primo-infección Tuberculosa del niño se hace también profilaxis de la Tuberculosis de re-infección del Adulto.