

HOSPITAL INFANTIL "SAN JUAN DE DIOS", DE CAMAGÜEY

Objetivos y organización de una consulta de tisiopediatría

Resultados en el Hospital Provincial Infantil de Camagüey

Por la Dra. MARÍA ELENA MOLINA SÁNCHEZ(*)

Cra. ZAIDA CHÁVEZ ANTÚNEZ(**) Y Dr. BENIGNO REYES VEGA(***)

I.—INTRODUCCION.

La lucha contra la infección tuberculosa en el niño, su diagnóstico temprano, y su tratamiento adecuado e inmediato, constituyen uno de los objetivos actuales a los que se ha dado una atención preferente en nuestro Ministerio de Salud Pública. Es el propósito de este trabajo el destacar los fundamentos de una consulta de Tisiopediatría como parte del programa de lucha antituberculosa que actualmente se desarrolla, reseñar algunos criterios y normas de conducta que deben guiar la misma, de acuerdo con lo establecido por la Dirección Nacional de Tuberculosis,¹ así como presentar los resultados obtenidos en los primeros 3 años de trabajo (1964-1967) en la consulta de Tisiopediatría del Hospital Provincial Infantil de Camagüey. Este Servicio se encuentra actualmente a cargo de los autores, pero durante los dos primeros años fue su responsable el Dr. Cristóbal Galindo Andrade, actualmente en Santiago de Cuba, a quien corresponde una gran parte de los logros alcanzados.

II.—OBJETIVOS DE UNA CONSULTA DE TISIOPEDIATRÍA.

El contacto entre el bacilo tuberculoso y el humano suele establecerse en los primeros años de vida, con resultados que dependen ya del germen (número, virulencia), ya del hospedero (edad, estado inmunológico, nutrición, otras enfermedades), ya de otros factores ambientales (continuidad o repetición del contacto), ya del momento en que se diagnostica y comienza a tratarse la infección. Como primera línea preventiva se establece la vacunación BCG, con lo cual se logra un estado de inmunidad relativa temporal, susceptible de renovarse periódicamente con revacunaciones. La respuesta inmunológica que crea la presencia del bacilo tuberculoso es detectable y medible mediante la llamada prueba de Mantoux, investigación que constituye el paso inicial de estudio en el niño que viene a nuestra consulta. De acuerdo con su resultado (Cuadro No. 1), este será catalogado como *no reactor*, *reactor* o *reactor hiperrérgico*, y de acuerdo con este resultado, así como su edad, vacunación previa, convivencia o no con un tuberculoso activo, y resultado del examen radiológico (si lo requiere), el niño será inscrito en alguno de los grupos de nuestro tarjetero, o será vacunado, o se determinará que su estado inmunológico y clínico es bueno

(*) Médico responsable del Servicio de Tisiopediatría, Camagüey, Cuba.

(**) Coordinadora de la Consulta Externa del Servicio de Tisiopediatría.

(***) Médico postgraduado, Director del Hospital Provincial Infantil y médico de la Consulta de Tisiopediatría.

CUADRO No. 1
TECNICA, LECTURA E INTERPRETACION
DE LA PRUEBA DE MANTOUX

TECNICA: 0.1 ml. de RT-23 intradérmico en antebrazo izquierdo en su cara anterior.

LECTURA: A las 72 horas.

INTERPRETACION: Induración de 0 a 9 mm. No reactor
Induración de 10 a 14 mm. Reactor
Induración de 15 mm. o más
o presencia de flictena.
Cualquiera que sea el diámetro de la induración: Reactor hiperérgico.

y que no requiere ningún tipo de control o vacunación. Consideramos pues como los objetivos básicos de una consulta de Tisiopediatría *la detección y el tratamiento precoz de la infección tuberculosa en el niño teniendo como método de investigación fundamental la determinación de su estado inmunológico así como contribuir a la creación o*

mejoramiento de su estado inmunitario mediante la vacunación BCG en aquellos casos en que esté indicada la misma.

III.—ORGANIZACION DE UNA CONSULTA DE TISIOPIEDIATRIA: USO DEL TARJETERO Y GRUPOS DE CONTROL DISPENSARIAL.

En el momento actual el volumen más importante de casos atendidos en

GRAFICA No. I
INTERRELACION DE LA CONSULTA DE TISIOPIEDIATRIA
CON EL POLICLINICO INTEGRAL
Y EL HOSPITAL ANTITUBERCULOSO PROVINCIAL



nuestra consulta lo constituyen los contactos convivientes con pacientes tuberculosos activos, así como los reactores a la prueba de Mantoux en pesquisajes hechos en Policlínicos, Círculos Infantiles y Escuelas. En mucho menor grado nos son enviados portadores de sombras radiológicas (generalmente en adolescentes), y menos frecuentemente aún casos de tuberculosis extrapulmonar. El número de pacientes enviados a la consulta se ha incrementado significativamente a partir de la sectorización de nuestra regional, lo que es exponente sin duda de un mejor trabajo de pesquisaje. En la Gráfica No. 1 se representa las interrelaciones entre el Policlínico Integral, el Hospital Antituberculoso Provincial y nuestro Servicio. Las tareas que competen a una consulta de Tisiopediatría se señalan en el Cuadro No. II. De acuerdo con ello, se destaca la importancia del manejo del tarjetero y de la clasificación en los distintos grupos de control dispensarial, ya que ello pauta la conducta a seguir en cada caso. En los Cuadros Nos. III y IV se resumen las normas nacionales¹ establecidas al respecto.

IV.—RESULTADOS DE TRES AÑOS DE CONSULTA DE TISIOPEDIATRÍA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL INFANTIL DE CAMAGUEY (1964-1967).

En la Tabla I se aprecia el resultado global del trabajo realizado en estos tres años, durante los cuales fueron inscritos 1,554 niños, presentando su clasificación por grupos y Regionales. En ella se observa el predominio neto de los grupos III y IV, agrupando ambos el 97.7% de los casos clasificados. La importancia de estos dos grupos (niños infectados y niños con alta exposición al contagio) no necesita ser enfatizada, pero no queremos dejar de señalar que en una pediatría puramente asistencial estos casos no serían tomados en cuenta. La incidencia de casos del grupo I no puede considerarse despreciable (1.2%) si tenemos en cuenta su grave pronóstico inmediato y la necesidad de un tratamiento intensivo; en este sentido pueden calificarse como verdaderas "urgencias" de la Tisiopediatría. Uniendo este grupo al II y al V nos da un total de 2.3% de pacientes que son o han sido enfermos tuberculosos. En la distribución por Regionales lógicamente corres-

CUADRO No. 2

ACTIVIDADES EN UNA CONSULTA DE TISIOPEDIATRÍA

- 1.—Recepción, estudio, clasificación, inscripción y tratamiento (si lo precisa) de los casos enviados que requieran control dispensarial.
- 2.—Citación periódica y comprobación de asistencia y cumplimiento del tratamiento de los casos inscritos. Revisión periódica del tarjetero.
- 3.—Informe al Policlínico Integral sobre los pacientes pertenecientes a su área. Otras informaciones estadísticas.
- 4.—Análisis periódico del trabajo conjunto realizado con los Directores de Policlínicos, Sub-Dirección de Higiene y Epidemiología y Asesoría Provincial de Tuberculosis.

CUADRO No. III
GRUPOS DE CONTROL DISPENSARIAL
CRITERIOS DE CLASIFICACION Y CONTROL

A.—GRUPOS:

- I.—*Primoinfección tuberculosa activa o complicada.*
- II.—*Primoinfección tuberculosa inactiva.*
- III.—*Primoinfección tuberculosa sin lesión demostrable.*
- IV.—*Contactos sanos.*
- V.—*Tuberculosis extrapulmonar.*

B.—CRITERIOS DE CLASIFICACION:

- GRUPO I.—Todos los casos en que el complejo primario evidencie signos de actividad.
Todos los casos en que dominen las complicaciones bronquiales, pleurales o linfohematógenas (granuloma, meningitis).
- GRUPO II.—Lesiones cicatrizadas: fibrosis, esclerosis, calcificaciones.
- GRUPO III.—Casos no vacunados reactivos a la tuberculina sin lesión radiológica demostrable, menor de 3 años o con viraje tuberculínico de reactor a reactor de menos de un año.
Reactivos hiperérgicos en mayores de 3 años.
- GRUPO IV.—Convivientes sanos con enfermos tuberculosos activos.
- GRUPO V.—Tuberculosis extrapulmonar: ósea, cutánea, urinaria, ocular.

C.—CRITERIOS DE CONTROL:

- GRUPO I.—Tratamiento de acuerdo al esquema del Cuadro III. Ingreso u observación por lo menos cada 2 meses. Tiempo de permanencia en el grupo no menor de un año.
- GRUPO II.—Observación cada 4 meses. Permanencia en el grupo no menor de un año.
- GRUPO III.—Observación cada 3 meses. Permanencia en el grupo no menor de 2 años. Tratamiento (Cuadro III).
- GRUPO IV.—Observación cada 3 meses. Control hasta dos años después de ser negativo el contacto o terminar el mismo. Quimioprofilaxis primaria a menores de 3 años previa vacunación y aislamiento hasta la aparición del nódulo vacunal (Cuadro III).
- GRUPO V.—Observación cada 6 meses. Tratamiento por el especialista según su localización.

CUADRO No. IV
GRUPOS DE CONTROL DISPENSARIAL
ALGUNOS CRITERIOS DE TRATAMIENTO Y PROFILAXIS

GRUPO I: A) Primoinfección complicada:

- Isoniazida: 20-40 mg/kg/día (dosis máxima: 300 mg. por día) durante 1-2 años o hasta 6 meses después de considerarse inactiva.
- Estreptomicina: 20-40 mg/kg/día (dosis máxima: 1 gm. por día) 1-2 meses. Después 3 veces por semana de 3-6 meses.
- PAS: 250-300 mg/kg/día (dosis máxima: 10 gm. por día) a continuación de la Estreptomicina, hasta que termine el tratamiento.
- En los casos de meningitis, tuberculosis miliar, cavitada, ósea y renal deben administrarse de entrada las tres drogas.
- En los casos de pleuresía, meningitis, adenitis mediastinal compresiva o superficial con tendencia a fistularizarse, y en pleurositis se añadirá al tratamiento Prednisona: 1-2 mg/kg/día durante 6-8 semanas.

B) Primoinfección activa, no complicada:

- Isoniazida, 10-20 mg/kg/día durante un año.
- En algunos casos, PAS, a dosis señalada, un año.

GRUPO III.—Isoniazida: 10 mg/kg/día, durante 6 meses a un año.

GRUPO IV.—Los menores de 3 años deben recibir quimioprofilaxis primaria, con Isoniazida, 10 mg/kg/día durante 6 meses a un año. Si son no reactivos se les aísla e inmuniza previamente.

GRUPO V.—En líneas generales, igual tratamiento que el grupo IA).

TABLA I

Distribución por regionales y grupos de control dispensarial de los casos inscriptos en la Consulta de Tisiopediatria del Hospital Infantil Provincial de Camagüey. Años 1964-1967.

Regional	Grupo					Total	Porcentaje Total
	I	II	III	IV	V		
Camagüey	7	9	457	726	2	1201	77.3
Sur Este	5	2	75	41	0	123	8.0
Florida	5	1	81	44	0	131	8.4
Nuevitas	2	2	56	23	1	84	5.4
Ciego de Avila	1	0	3	0	1	5	2.3
Morón	0	0	6	1	0	7	0.5
Victoria de las Tunas*	0	0	3	0	0	3	0.1
Totales	20	14	681	835	4	1554	100.0
Grupos (%)	1.2	0.9	43.8	53.9	0.2	100.0	—

* De la Provincial Oriente-Norte.

TABLA II

Distribución por edades y grupos de control dispensarial de los casos inscriptos en la Consulta de Tisiopediatria del Hospital Infantil Provincial de Camagüey. Años 1964-1967.

GRUPO	EDADES EN AÑOS				TOTAL
	< 2	3-5	6-11	12-14	
I	6	6	3	1	16
II	0	4	9	2	15
III	52	90	306	170	618
IV	154	220	279	89	742
V	0	0	3	1	4
Total por edades	212	320	600	263	1395
% por edades	15.2	22.9	43.0	18.9	100.0

FUENTE: Hospital Infantil Provincial de Camagüey.

TABLA III

Distribución por áreas de salud de los niños con enfermedad tuberculosa (Grupos I, II y V) y con infección tuberculosa (Grupo III) en el Regional Camagüey.

Area de salud	Población	Número de enfermos	Número de infectados(*)
Area Norte	55,020	6	109
Area Centro	69,951	2	190
Area Este	28,155	6	79
Area Oeste	34,187	3	48
Sibanicú	23,199	1	13
Vertientes	33,857	0	18
TOTALES:	244,369	18	457

pondió a Camagüey el mayor porcentaje. Los Regionales Ciego de Avila y Morón cuentan ya con servicios regionales de Tisiopediatría, y los pacientes pertenecientes a los mismos, así como los del Regional Victoria de las Tunas, que no pertenece a nuestra Provincia, deberán ser excluidos de este tarjetero en un futuro, para evitar la duplicación estadística. En la Tabla II se presenta la distribución por edades y grupos de control de los casos inscritos hasta agosto de 1967, faltando por evaluar en este sentido las inscripciones hechas en el último-cuatrimestre. En ella se observa una mayor frecuencia de pacientes del grupo I en menores de 6 años (75%), y del grupo III en los mayores de esa edad (77%), tal vez debido a una mayor labor de pesquisaje en escolares. El número de pacientes del grupo II en agosto de 1967 era superior en uno al de diciembre, debido a que uno de estos pacientes presentó reactivación de su tuberculosis y fue cambiado de grupo. En la Tabla III, por último, se presenta la incidencia de enfermedad tuberculosa (Grupo I, II y V) y de infección tuberculosa (Grupo III) en el Regional Camagüey por áreas de salud, sin pretender que esta sea la situación real de la infección y enfermedad tuberculosa infantil en nuestro medio, siendo más que nada un exponente de la labor realizada en cada área por el Policlínico correspondiente y nuestro Servicio. Solamente bástenos decir que, aun aceptando dichas cifras como exactas, ello significa que en este Regional uno de cada 14,000 habitantes es o ha sido un niño enfermo tuberculoso, y que uno de cada 550 habitantes ha presentado infección tuberculosa sin lesión demostrable.

V.—SUMARIO.

Los objetivos de una consulta de Tisiopediatría son el diagnóstico y trata-

miento precoz del niño con infección tuberculosa con o sin lesiones demostrables, así como la creación de un mejor estado inmunitario en los pacientes que puedan recibir la vacunación con BCG. El método de investigación fundamental consiste en la prueba de Mantoux utilizando como antígeno el RT-23 mediante la cual el niño es calificado como no reactor, reactor o reactor hiperérgico. Los pacientes que requieren control dispensarial son clasificados, tratados y/o periódicamente examinados de acuerdo a normas nacionales que se señalan en el artículo. El resultado de 3 años de Consulta de Tisiopediatría en Camagüey muestra un total de 1,554 inscritos en el tarjetero de control que en su casi totalidad fueron niños con infección tuberculosa sin lesión demostrable, y niños sanos convivientes con pacientes tuberculosos activos. La incidencia de tuberculosis pulmonar activa fue de 1.2%, de tuberculosis residual 0.9% y de tuberculosis extrapulmonar 0.2%. Se presenta también la distribución por edades y grupos, así como por áreas de salud en el Regional Camagüey, señalando algunas conclusiones provisionales al respecto.

SUMMARY

The purposes of a pediatric phthisiology outpatient clinic are early diagnosis and treatment of children suffering from tuberculosis with or without demonstrable lesions as well as improvement of the immunological status of those patients who can receive the BCG vaccine. The main screening method is the Mantoux test using RT-23 as antigen by which the child is classified as non-reactive, reactive and hyperergically reactive. Those patients requiring control by the outpatient clinic are classified and treated and/or periodically examined according to national regulations pointed out by

the authors. Results of 3 years' work at the "Camagüey Pediatric Phthisiology Outpatient Clinic" shown include a total of 1554 patients recorded in the control card index, of which almost all have been children without any demonstrable lesion and healthy children living with active tuberculosis patients. Incidence of active tuberculosis has been 1.2% of residual tuberculosis 0.9% and of extrapulmonary tuberculosis 0.2%. Distribution by age and outpatient clinic control groups as well as by sanitary zones in the Camagüey District has been presented and some provisional conclusions have been drawn.

RESUME

Les buts d'un cabinet de phthisiologie pédiatrique sont le diagnostic et le traitement de bonne heure des enfants atteints d'infection tuberculeuse avec ou sans lésions démontrables ainsi qu'améliorer l'état immunologique chez les enfants qui peuvent recevoir la vaccine BCG. La méthode de recherche fondamentale employée consiste en l'épreuve

de Mantoux employant le RT-23 en tant qu'antigène et au moyen de laquelle les enfants sont classifiés en non-réactifs, réactifs et réactifs hyperergiques. Les malades qui requièrent le contrôle du cabinet sont classifiés, et soignés et examinés périodiquement ou seulement cela dernier d'accord avec des normes nationales y signalées par les auteurs. Les résultats du travail de 3 années du Cabinet de Phthisiologie Pédiatrique de Camagüey montrent un total de 1554 enfant inscrits sur le fichier de contrôle et dont presque tous étaient des enfants atteints d'infection tuberculeuse sans lésions démontrables ou des enfants sains vivant avec des tuberculeux actifs. L'incidence de la tuberculose pulmonaire active a été de 1.2%, celle de la tuberculose résiduaire de 0.9% et celle de la tuberculose extra-pulmonaire de 0.2%. On y présente aussi la distribution par âges et par groupes de contrôle du Cabinet de Phthisiologie Pédiatrique ainsi que par zones sanitaires dans le district de Camagüey et on y a tiré quelques conclusions provisionnelles.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Ministerio de Salud Pública: Algunos aspectos de la tuberculosis pulmonar infantil. Folleto, 1965.*