

Ministerio de Salud Pública (MINSAP). **Programa Nacional de la Tuberculosis**. La Habana: MINSAP, 1999. Disponible en: <http://aps.sld.cu/E/protuberculosis.html>

### Capítulo 3. Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis

#### Diagnóstico de tuberculosis

El diagnóstico de TB se establece por la identificación, aislamiento o demostración indirecta del bacilo de Koch. Los 4 factores o determinantes empleados para definir un caso de TB serán:

1. Localización de la enfermedad:  
Se debe determinar, según la localización de la enfermedad, el tipo de TB que trata, de este modo se le clasificará según corresponda en:

- a) **Tuberculosis pulmonar (TBp)**
- b) **Tuberculosis extrapulmonar (TBe)**

La definición de un caso de TBe con más de una localización penderá del sitio más afectado. Los casos que presentan al mismo tiempo lesiones pulmonares y extrapulmonares, se clasifican como casos de TBp.

2. Gravedad de la enfermedad:  
Se definen como graves los casos cuya enfermedad representa una amenaza inminente para la vida, o los que presenten una lesión tuberculosa que pueda dejar secuelas. Se clasifican como graves la meningitis tuberculosa, la pericarditis tuberculosa, el derrame pleural bilateral, la TB miliar, vertebral, intestinal y genitourinaria.

3. Resultados de la bacteriología:  
Al realizar el examen bacteriológico (anexo 1) podemos obtener como resultado:

- a) **Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (BAAR+).**  
En la operación del Programa, los casos BAAR+ representan al menos el 65 % de los casos de TBp en adultos y al menos el 50 % de todos los enfermos de TB.
- b) **Tuberculosis pulmonar con baciloscopia negativa (BAAR-).**

4. Antecedentes de tratamientos previos a la enfermedad:  
Resulta de gran importancia para la vigilancia epidemiológica de la resistencia (inicial y adquirida) y para la administración de un régimen adecuado de tratamiento, identificar en cada caso de TB, si estamos en presencia de un abandono al tratamiento, de un fracaso, de una recaída, de un caso crónico o de un caso nuevo.

**Nota:** la definición de cada uno de los términos antes mencionados aparece en el capítulo 12.

#### Clasificación de caso

Cuando se detecta un caso de TB es preciso su correcta clasificación, para su ulterior estudio y seguimiento. Atendiendo a los conceptos que se explican en el capítulo 12, se clasifican como:

1. **Caso nuevo**
2. **Recaída**
3. **Fracaso terapéutico**
4. **Tratamiento posterior a interrupción (reingreso por abandono)**
5. **Caso crónico**

#### Normas para la localización de casos

La localización de caso es la actividad fundamental de pesquisa que se lleva a cabo en todas las unidades del SNS e instituciones penales, con el objetivo de encontrar con la mayor rapidez el mayor número posible de enfermos que constituyen la principal fuente de contagio, los casos de TBp con BAAR+.

El médico consultante deberá identificar, mediante la búsqueda activa, organizada y sistemática, los SR+14, tanto en la población mayor de 15 años que acude a consulta como en los grupos de alto riesgo (cuadro 3.1).

**Cuadro 3.1.** Grupos de alto riesgo

---

Ancianos

Seropositivos al VIH

Contactos de casos de TBp BAAR+ (vigilancia por 2 años posteriores al contacto con el enfermo)

Casos sociales

Desnutridos

Población penal

Exreclusos (vigilancia por 2 años posteriores a la salida del penal)

Unidades de salud con internamiento prolongado de pacientes

---

El médico, una vez identificado el SR+14, lo registrará como tal en la hoja de cargo (modelo 18-144) o en la historia clínica en el caso de pacientes ingresados, y le indicará los 2 exámenes de esputo en días sucesivos (la primera muestra se recoge en el momento de la consulta) y el cultivo de la primera muestra útil o, en su defecto, la segunda.

El departamento de estadística reflejará todos estos casos en el libro registro de sintomáticos respiratorios (modelo 18-176-1) de cada área de salud.

Situaciones especiales

1. Sintomáticos respiratorios con persistencia de los síntomas y baciloscopias negativas.  
En cada uno de estos casos deberá realizarse un proceso de seguimiento diagnóstico en un plazo de 30 días, que incluya la indicación del estudio radiográfico de tórax, el uso de antibiótico de amplio espectro y cultivos de las muestras de esputo. En todos estos casos y en los que no se defina el diagnóstico, es necesaria la valoración por la Comisión Técnica Provincial de Tuberculosis.
2. TB extrapulmonar.  
En las localizaciones distintas a la TBp, la investigación deberá incluir el estudio histopatológico y bacteriológico (directo y cultivo) de las muestras obtenidas por biopsia, así como el análisis de otras muestras diferentes al esputo (anexo 2).
3. Tuberculosis infantil.  
El diagnóstico de TB infantil siempre es difícil, pues la demostración bacteriológica del bacilo es muy baja; por tanto, deberá apoyarse en otros métodos diagnósticos como la radiografía, la reacción tuberculínica, etc. En cada caso es necesario un diagnóstico clinicoepidemiológico individual y buscar siempre una fuente adulta de infección. Los criterios que deben utilizarse para este diagnóstico serán los siguientes:
  - a) El contacto estrecho con un enfermo de TB con examen directo positivo.
  - b) Una clínica sospechosa dada por la pérdida o la falta de aumento de peso, fiebre leve, tos prolongada, apatía, ganglios superficiales aumentados y ausencia de recuperación después de enfermedades infecciosas banales.
  - c) Una radiografía de tórax sugestiva de TB.
  - d) Una reacción positiva a la tuberculina.
  - e) Una BAAR+ en niños con expectoración.

La baciloscopia de contenido gástrico no es confiable y necesita siempre la confirmación por cultivo.

## Notificación de casos

La TB es una enfermedad de declaración obligatoria, con notificación inmediata y registro de los enfermos que se diagnostiquen. Esta acción es de estricto cumplimiento por todos los médicos que trabajan en el SNS.

Serán notificados todos los casos nuevos de TB que se consideren activos e inician el tratamiento específico, así como los casos de recaídas. No se notificarán los casos de fracasos de tratamiento, los abandonos que reingresan al Programa y los enfermos trasladados de otras unidades.

Frente a un caso nuevo de TB o de recaída se llenará todos los acápites de la tarjeta de enfermedad de declaración obligatoria (EDO; modelo 84-01).

En la notificación de casos se especificarán las definiciones diagnósticas correspondientes:

1. TBp con examen directo positivo (en la tarjeta de EDO se precisará la codificación al directo).
2. TBp con examen directo negativo (en la tarjeta de EDO se precisará si el caso tiene cultivo positivo y la codificación).
3. TBe (en la tarjeta de EDO se precisará la localización y forma de diagnóstico).
4. Recaídas (en la tarjeta de EDO se precisará la fecha de la enfermedad anterior y forma de diagnóstico actual, y se especificará que es una recaída).

## Acciones de control de foco

Después de la localización de casos, el estudio de los contactos es la prioridad más importante de nuestro Programa en la situación epidemiológica actual. Las condiciones del SNS nos permiten realizar el control de foco, no sólo con el objetivo de pesquisar nuevos enfermos, sino también con el de identificar a los contactos infectados de los casos de TBp BAAR+ para la administración de quimioprofilaxis controlada y reducir futuras fuentes de infección.

El control de foco es la investigación que se realiza para conocer las características tanto de los enfermos como de sus contactos, y tiene la mayor importancia epidemiológica en aquellos que provienen de casos bacilíferos, por el alto riesgo de infección y enfermedad.

Se define como **foco de tuberculosis** al caso de TB y a las personas que conviven bajo el mismo techo (contactos íntimos o domiciliarios), a los contactos extradomiciliarios frecuentes (sociales, laborales o estudiantiles) y a los contactos ocasionales.

Cuando se diagnostica un caso de TB, en las primeras 48 h, el epidemiólogo municipal del Programa, en coordinación con el vicedirector del área de salud y el médico asistencial, confeccionarán la historia epidemiológica al enfermo e identificarán los contactos en el foco de TB (modelo 81-51).

Se debe recordar que existen grupos de enfermos, contactos o situaciones particulares (caso de TB farmacorresistente, recaída, extranjero, indigente, casos de TB en personal de salud, casos en instituciones cerradas, microepidemias, etc.) que requieren la adopción de medidas especiales de control.

## Indicaciones generales para el estudio de los contactos

El estudio de los contactos de casos deberá organizarse rápidamente a partir de la identificación del caso índice. Esta investigación consta básicamente de 3 fases:

1. Estudio clinicoepidemiológico de cada contacto, que incluye el interrogatorio y el examen físico.
2. Diagnóstico y seguimiento de los contactos.
3. Evaluación y cierre del estudio por cada equipo de trabajo (municipal y provincial).

La quimioprofilaxis estará indicada fundamentalmente a los contactos de casos de TBp BAAR+. En el resto de los casos de TB no se aplicará esta medida, salvo en casos especiales de riesgo muy bien seleccionados, que la comisión provincial así lo establezca.

## Estudio de los contactos de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva

Los contactos con mayor riesgo de enfermar son los que se identifican a partir de un caso de TBp con baciloscopia positiva. El estudio de los contactos se realizará en forma concéntrica a partir de aquellos con un mayor tiempo de exposición con el enfermo, pues son éstos los de mayor riesgo de enfermar y los que mantienen la cadena de transmisión.

Para el estudio de estos casos, además de las indicaciones generales establecidas en el estudio de contactos, se indica que un miembro de la comisión provincial (preferiblemente el jefe del Programa), en estrecha coordinación con el homólogo municipal, delimite la extensión del foco, así como el número de contactos a estudiar y tratar (modelo 81-51).

El seguimiento de los contactos de casos de TBp BAAR+ se realizará pos 2 años.

### Indicaciones especiales para su estudio

Se deben cumplir las indicaciones generales para el estudio de los contactos y realizarles la prueba de tuberculina a todos ellos. En función de los resultados de esta prueba, la conducta a seguir será la siguiente:

1. Prueba de tuberculina positiva (PPD+). Reacción de 5 mm o más:
  - a) Registrar el resultado de la prueba en la historia clínica del paciente.
  - b) Descartar TB o VIH, mediante los estudios establecidos en el Programa.
  - c) Realizar rayos X de tórax si existen las condiciones para ello, si no se dará prioridad a los contactos con síntomas respiratorios menores de 15 años y a los mayores de 50.

Si en el estudio se llega al diagnóstico de TB y/o VIH se notificará de inmediato y se procederá en correspondencia.

Descartada la TB, recibirá quimioprofilaxis secundaria con isoniacida, estrictamente controlada por el personal de salud, durante 6 meses. Si el contacto es un seropositivo al VIH o tiene una TB residual la indicación se extenderá a 1 año.

2. Prueba de tuberculina negativa (PPD-). Reacción de 0 a 4 mm :
  - a) Registrar el resultado de la prueba de tuberculina en la historia clínica.
  - b) Descartar una TB o VIH, mediante los estudios establecidos en el Programa.
  - c) Realizar rayos X de tórax si existen las condiciones para ello si no, se dará prioridad a los contactos con síntomas respiratorios menores de 15 años y a los mayores de 50.

Descartada la TB, el contacto recibirá quimioprofilaxis primaria con isoniacida, controlada por el personal de salud por 2 meses (8 sem). Al finalizar este tiempo, se le realizará nuevamente la prueba de tuberculina; si ésta se mantiene negativa, se interrumpe la quimioprofilaxis. Si por el contrario la prueba resulta positiva, se mantiene la quimioprofilaxis por 6 meses. Si se tratara de un contacto seropositivo al VIH esta indicación se extenderá por 1 año.