

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA

Análisis de la calidad de la atención médica en pacientes con diagnóstico de Leptospirosis.
Analysis of medical attention quality in patients with Leptospirosis diagnosis.

José Carlos Almeida Pina (1), Miguel Suárez Hernández (2), José A Camejo Pérez. (1)

RESUMEN

El presente estudio es un diseño descriptivo y se realizó en el Hospital Provincial "Dr Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila, durante tres años, con el objetivo de analizar la calidad de la atención médica sobre Leptospirosis en el servicio de Medicina Interna. A cada caso con diagnóstico presuntivo se le aplicó una encuesta para conocer el cumplimiento del criterio de sospecha de la OMS, la investigación serológica, la aplicación de antibióticos, periodo entre el inicio de los síntomas y el ingreso, letalidad y ocupaciones. El 82.7% de los encuestados reunió el criterio de sospecha de la OMS, solo el 17.8% completó el estudio serológico. Se detectaron factores negativos para la letalidad como no aplicación de antibióticos al ingreso en el 100% de los casos y demora en el ingreso en el 32.6% de ellos. El 22.6% de los sospechosos no tenían ocupaciones de riesgo.

Palabras claves: LEPTOSPIROSIS/diagnóstico, LEPTOSPIROSIS/mortalidad

1. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Dr Antonio Luaces Iraola.
2. Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la Leptospirosis continúa siendo una de las enfermedades zoonóticas de mayor difusión en el hombre. Sus manifestaciones clínicas son tan variadas que la presencia de la enfermedad no puede ser demostrada solamente sobre la base de síntomas y signos. El diagnóstico de certeza se establece mediante procedimientos serológicos. (1,2)

Las posibilidades diagnósticas, la atención médica y el conocimiento que se tiene sobre esta entidad en los diversos países hacen muy diferente el nivel de información que se tiene sobre este problema. (3,4) Además de ser una enfermedad profesional, pueden reportarse enfermos en grupos no expuestos laboralmente, por exposición accidental. (5,6)

En Cuba la Leptospirosis humana a tenido varias etapas después de 1959 En los 80 se conformó el primer programa de control de la enfermedad en el país. A partir de 1990, se reporto un alza de la entidad, lo cual continuó en el periodo de 1992 a 1995. Posterior a 1996 se inició un descenso el cual se consolidó en 1999. (7, 8,9) En la provincia de Ciego de Ávila se han realizado trabajos por parte de médicos de diferentes especialidades, las cuales han permitido difundir importantes conocimientos a la atención primaria y secundaria sobre esta enfermedad que constituye un problema de salud en nuestro territorio. (10,11)

La OMS ha demostrado que la utilización de criterios de sospecha para las enfermedades infecciosas es de gran utilidad para los servicios médicos ya que permite la ubicación rápida ante un cuadro clínico determinado. (12, 13)

Nuestra provincia viene trabajando con el objetivo de reducir la morbilidad y letalidad por dicha enfermedad. El Hospital Provincial Dr Antonio Luaces Iraola da cobertura de atención secundaria a cuatro municipios de la provincia.

El presente estudio tiene como objetivo central realizar un análisis sobre la calidad de la atención médica sobre la Leptospirosis en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo sobre Leptospirosis en el Hospital Provincial Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila en un periodo de tres años.

Para la realización del presente estudio el universo estuvo constituido por 124 casos, los cuales tenían diagnóstico clínico de Leptospirosis al ingreso o al egreso hospitalario. Se seleccionaron 122 pacientes por la factibilidad de obtener su historia clínica. A cada caso se le aplicó una encuesta la cual había sido previamente validada. Se consideró caso sospechoso al que reuniera los siguientes criterios según la OMS: Enfermedad febril aguda con cefalea, mialgias con o sin postración asociada a cualquiera de los siguientes síntomas: sufusión conjuntival, irritación meníngea, oliguria y/o proteinuria, ictericia, hemorragia, arritmias o insuficiencia cardiaca, erupción cutánea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarreas, artralgias con o sin antecedentes epidemiológicos demostrados. (13)

Se consideró casos confirmados de Leptospirosis el que reuniera uno de los siguientes criterios con la utilización de la prueba de hemoaglutinación utilizando anfigenos SS de producción nacional:

1. Si en el monosiero el título es igual o mayor que 1/80.
2. Si en el suero pareado hay una seroconversión de negativo a 1/40 o más.
3. Si hay un incremento del título de dos diluciones o más entre el primero y segundo suero. (14)

En el presente estudio se evaluaron los casos que cumplían el criterio de sospecha según la OMS, la obtención de segunda muestra en los casos investigados, los fallecidos, el tiempo entre los primeros síntomas y el ingreso y ocupaciones.

En esta investigación 101 casos reunieron el criterio de sospecha de la OMS, de ellos se confirmaron 16 pacientes, los cuales cumplieron los parámetros establecidos en el Programa Nacional de Control de la Republica de Cuba. (14) Se agruparon los resultados en tablas calculándose proporciones.

RESULTADOS

El 82.7% de los pacientes con diagnóstico presuntivo de Leptospirosis cumplieron los criterios de sospecha de la OMS. (Tabla No 1). El 17,3% de los diagnósticos presuntivos de Leptospirosis no reunían los parámetros establecidos y en ninguno de ellos se confirmó la entidad por lo cual estamos ante falsos positivos. Esto provoca trastornos en la atención médica e impide detectar precozmente la causa de la enfermedad.

El 17.8% de los pacientes con criterio de sospecha fueron estudiados con los dos sueros en el diagnóstico serológico. Se confirmaron 16 pacientes. (Tabla No 2) La baja proporción de pacientes con segunda muestra provoca subregistro. Se ha demostrado que si el primer suero se toma en las etapas iniciales el resultado puede ser negativo, por lo cual la toma de un segundo suero sirve para detectar títulos o para medir el incremento del mismo. (16)

El 92% de los sospechosos recibieron antibióticos a su ingreso. (Tabla No 3) La no utilización inicial en el 8% de los sospechosos ingresados, unido al 32.7% de casos con mas de 5 días de evolución del cuadro clínico (Tabla No 4), son factores negativos para la letalidad

Se ha demostrado que los antibióticos no tienen efecto en la fase inmune, donde el fallo múltiple de órganos aparece en pacientes afectados severamente y generalmente después del sexto día de evolución de la enfermedad. (18, 19,20, 21)

En el trienio analizado la letalidad fue del 11.1% en los confirmados, y del 1.9% en los sospechosos. (Tabla No 5)

El 22.9% de los sospechosos (Tabla No 6) no tenían ocupaciones de riesgo, esto demuestra que es importante profundizar en la anamnesis para detectar exposiciones accidentales. Se ha observado en los últimos años que la Leptospirosis se puede adquirir en las ciudades o en las zonas rurales con un incremento de la incidencia en niños, estudiantes y amas de casa. (22)

CONCLUSIONES

1. El 82.7% de los diagnósticos presuntivos de Leptospirosis cumplían los criterios de la OMS.
2. La baja frecuencia de tomas de segunda muestra impide la confirmación de un número de casos por lo cual debe haber subregistro.
3. Predominaron los casos anictéricos sospechosos, confirmándose mayor proporción de ictéricos como consecuencia de un mejor seguimiento serológico.
4. La no aplicación de antibióticos al ingreso al 10% de los casos, unido a la hospitalización tardía son factores negativos que pueden incrementar la letalidad.
5. El 23% de los sospechosos no tenían ocupaciones de riesgo, por lo que se debe profundizar en la anamnesis de los pacientes.

ABSTRACT

The present study is a descriptive design and was developed in the Provincial Hospital Dr. Antonio Luaces Iraola, Ciego de Avila, during three years with the objective of analyzing the quality of medical attention to the leptospirosis in enternal medicine service. To each case of presumptive diagnosis a surgery was applied to know the fullfilment of suspicion criterio the WHO, serological investigation, antibiotic use, period of time between the beginning of the symptoms and the hospitalization deadliness and employment. The 82.7% of the surverys meet the suspicion criteria of the WHO, erly 17.8% completed the seralogical study. Negative factors for deadliness such as the no application of antiviotics at the admission in the 100% of cases and delay in the admission in the 32.6% of them the 22.6% of the suspected cases didn't have risk employment.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bedernijak J. Leptospirosis in Pomorje and Slovenia orvosi. Hetilap 1994; 135: 409-11.
2. Dai B. Advances in research on Leptospira and human Leptospirosis in China. Chinese Medical Science J 1992; 79:239-43.
3. Jiron M, Martínez V. Ictericia febril, análisis de un caso clínico. Boletín Hospital San Juan de Dios 1993; 40:164-8.
4. Lin T, Shi M, Long J. Studies on the early serodiagnosis of leptospirosis by dot Elisa Chung Hua J Hsuch Tsa Chih. Chinese Medical J Taipei 1994; 15:223-26.
5. Agaev IA. The mechanism maintaining epidemic joci of leptospirosis. Zhurnal Mikrobiologii Epidemiologic Inmunologic 1991; 2:38-41.
6. Ven Kataraman KS, Nedun Chelligan S. Epidemiology of an outbreak of leptospirosis in man and dog. Comparat Inmunol Microbiol Infect Dis 1992; 15:243-47.
7. Gutierrez López O. Leptospirosis. Avances Med Cuba 1995; 2(2):4-8.
8. Ayala I, Fobs M, Puentes J, Mas MR.. Nuevo medio de cultivo para aislamiento de Leptospira. Rev Cubana Med Milit 1991; 27(1):44-8.
9. Cuadro epidemiológico de la República de Cuba. Enfermedades transmitidas por animales. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2001.
10. Suárez M. Leptospirosis en niños en la provincia de Ciego de Ávila, Cuba. Rev Soc Bras Med Trop 1999; 32(2): 145-50.
11. Suárez M, Santiesteban R, Cabrera J, Del Risco A, Peláez R. Estudio clínico epidemiológico de la Leptospirosis en adultas de la provincia de Ciego de Ávila. Rev Clinic Esp 1995: 459-62.
12. Sake SR, Shish WJ. Leptospirosis associated with outbreak of haemorrhage Nicaragua 1995. Lancet 1999; 347:535-37.
13. Organización Mundial de la Salud. Normas de vigilancia recomendada por la OMS. Ginebra: OMS; 1997: 70.
14. Cruz R. Programa Nacional de prevención y control de la Leptospirosis Humana. La Habana: ECIMED; 1998.
15. World Health Organization. Guideliness for the control of Leptospirosis. Geneva: WHO; 2000:67.
16. Marcel E, Merriew F. Clinical aspects of Leptospirosis in New Caledonia (Souyh Pacific). Aust NZ Ophthalmol 1999; 27(6):380-6.
17. Singh SS, Vijayachari P, Sinha A. Clinic epidemiological study of hospitalized cases of severe Leptospirosis. Indian J Med Res 2000; 109:94-9.
18. Viviani M, Berlot G, Poldiwi F, Silvestri L. Description of a clinical case and review of literature. Minerva Anestesiol 1999; 64(10):465-9.
19. Bource P, Bernoist L, Perolat P. Epidemiologic and clinical study of leptospirosis in Bourail. Bull Soc Pathol Exot 2000; 92(1):51-5.
20. Suárez M, Martínez R, Posada PE. Brotes de Leptospirosis humana en la provincia de Ciego de Ávila. Cuba. Rev Soc Bras Med Trop 1999; 3(1): 13-18.
21. Cacciapouoti B, Ciceroni L, Pinto A, Apollini M. Survey on the prevalence of Leptospira infections in the Italian population. I J Epedemiol 2001; 10:173-9.

ANEXOS

Tabla No 1: Análisis de los casos con diagnóstico presuntivo de Leptospirosis y los que reunían el criterio de sospecha de la OMS.

CONCEPTO	NUMERO
diagnóstico presuntivo de Leptospirosis.	122
Criterio de sospecha según la OMS.	101
Proporción.	82.7

Tabla No 2: Pacientes con criterio de sospecha según OMS, casos que se tomaron segundas muestras y los confirmados por diagnóstico serológico.

CONCEPTO	NUMERO
Criterio de sospecha de la OMS	101
Toma de segunda muestra para serología de Leptospira.	18
Proporción con segunda muestra.	17.8
Casos confirmados con serología.	16
Proporción de confirmados contra criterio de sospecha.	15.8

Tabla No 3: Pacientes con criterio de sospecha y la aplicación de antibióticos a su ingreso hospitalario.

CONCEPTO	NUMERO
Pacientes con criterio de sospecha según la OMS.	101
Pacientes que recibieron antibióticos a su ingreso hospitalario.	93
Proporción de pacientes que recibieron antibióticos.	92

Tabla No 4: Tiempo entre primeros síntomas y el ingreso en pacientes con criterio de sospecha según OMS.

RANGO	NUMERO	%
1 a 4 días.	68	67.3
5 a 8 días.	29	28.7
Mayor de 8 días.	4	3.9
Total.	101	100

Tabla No 5: Evaluación de la letalidad en los pacientes estudiados.

CONCEPTO	NUMERO
Pacientes Con criterio de sospecha de la OMS.	101
Casos confirmados por serología.	18
Fallecidos por Leptospira.	2
Proporción de fallecidos contra confirmados.	11.1
Proporción fallecidos contra casos que reúnen criterio de sospecha.	1.9

Tabla No 6: Ocupaciones de los casos que reunían criterio de sospecha de la OMS.

OCUPACIONES	NUMERO	%
Obrero agrícola	38	37.6
Arrocero	31	30.6
Criador de cerdo	9	8.9
Ama de casa	8	7.9
Pensionado	6	5.9
Chofer	5	4.9
Mecánico	4	3.9

