Standard Precautions Fatality File – Spanish

Trabajador

Un hombre de 34 años, blanco y casado, que anteriormente se encontraba bien, acudió a su médico de cabecera con una historia de 4 semanas de síntomas parecidos a los de la gripe, que incluían fiebres, sudores nocturnos, pérdida de peso de 5 kg en menos de un mes y una tos persistente no productiva. Inicialmente se le diagnosticó bronquitis y se inició un tratamiento con un inhalador β-agonista y antibióticos orales.

Al cabo de 2 semanas, este paciente, el caso índice, experimentó su primer episodio de hemoptisis. Acudió al trabajo al día siguiente y concertó una cita con otro médico de cabecera, que le aconsejó que se mantuviera alejado del trabajo. Este segundo médico de cabecera había recibido formación en el extranjero, en un país con una elevada carga de tuberculosis (TB); solicitó una microscopía de esputo para detectar bacilos ácido-alcohol resistentes (AFB) y una radiografía de tórax, a pesar de que no había ningún factor de riesgo significativo de TB. Al cabo de 48 horas, el paciente se presentó en el hospital para ser aislado y tratado, ya que su radiografía de tórax mostraba una consolidación del lóbulo superior derecho y su esputo era positivo para la tuberculosis en el frotis de BFA (resultado, 3+). Se inició una terapia antituberculosa cuádruple y se notificó al Departamento de Salud de Victoria (DH).

El personal del DH rastreó y examinó los contactos domésticos cercanos, los familiares y amigos y los contactos en el lugar de trabajo. Se realizó una radiografía de tórax, una prueba cutánea de tuberculina (TST) y/o una prueba de liberación de interferón-γ (IGRA; mediante la prueba QuantiFERON-TB Gold) a todos los contactos del caso índice de acuerdo con las directrices del DH. También de acuerdo con las directrices del DH:

los contactos domésticos fueron examinados al inicio y a las 8-12 semanas después de la ruptura del contacto (BOC);

los demás contactos fueron examinados sólo a las 8-12 semanas después de la RDC;

un contacto positivo se definió como la conversión de la prueba de la tuberculina (TST) de ninguna induración en la línea de base a ≥ 10 mm de induración, o un resultado de la TST ≥ 10 mm de induración en la BOC y/o un resultado positivo en el IGRA; y se realizó la genotipificación de la unidad repetitiva intercalada de micobacterias de número variable en tándem (MIRU-VNTR) en todos los aislados de Mycobacteria tuberculosis (M. tb).

La muestra de esputo del paciente con el caso índice fue positiva para la tuberculosis mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), y también fue positiva para el cultivo de M. tb después de 3 semanas. El aislado era totalmente sensible a los medicamentos antituberculosos de primera línea.

Se identificaron y examinaron un total de 108 contactos: tres contactos domésticos, 16 familiares y amigos y 89 contactos en el lugar de trabajo (Cuadro). Las pruebas de detección de las tuberculosis realizadas en los 4 días siguientes al diagnóstico del paciente a los tres miembros de la familia que vivían con él en la misma casa (su mujer embarazada, su hijo de 4 años y su hija de 6 meses) fueron todas negativas al inicio. Sin embargo, a las 7 semanas, el niño de 4 años mostró una conversión en la repetición de la TST, con una induración de 15 mm. Una radiografía de tórax mostró adenopatías bilaterales, consolidación en el lóbulo medio derecho y nódulos en el lóbulo superior izquierdo. Se aisló M. tb por aspiración gástrica. El aislado era totalmente sensible a los fármacos antituberculosos de primera línea y tenía el mismo genotipo que el caso índice. La esposa del paciente se sometió a una repetición de la prueba de la tuberculina a los 3 meses, que también se convirtió, con una induración de 17 mm. La radiografía de tórax sigue siendo normal. Ella aplazó la profilaxis debido a su embarazo, pero desde entonces ha completado 9 meses de tratamiento para la infección tuberculosa latente (LTBI).