

HOSPITAL GENERAL DOCENTE “ALEIDA FERNANDEZ CHARDIET”. GÜINES.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEPTOSPIROSIS.

Dr. Guillermo Hernández Izquierdo¹, Dra. Caridad Guzmán Ravelo².

1. Especialista de I grado en Medicina Interna. Instructor
2. Especialista I grado en Laboratorio Clínico. Instructor

RESUMEN.

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de los pacientes confirmados con leptospirosis en el período comprendido entre 1994-1995 en el Hospital General Docente “Aleida Fernández Chardiet” de Güines. Se observó que el 84,3% de las pacientes ingresados evolucionaron satisfactoriamente a la terapéutica con penicilina, el tratamiento alternativo con tetraciclina ocupó el segundo lugar, seguido por la estreptomina, que se utilizó en pacientes alérgicos a la penicilina y a la tetraciclina o con insuficiencia hepática, siendo el resultado satisfactorio, sugiriendo el uso de la estreptomina como tratamiento alternativo en esta enfermedad. La morbilidad fue de un 5%. La causa de los fallecidos fue por el síndrome de Weil, confirmados por necropsia. Se encontró un promedio de estadía de cuatro días disminuyendo los costos hospitalarios, se demostró la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de esta enfermedad en los cuatro días de la aparición de los síntomas y signos, ya que esto disminuye las posibilidades de complicaciones.

Descriptores DeCS: **LEPTOSPIROSIS/terapia**

INTRODUCCIÓN.

La leptospirosis es una enfermedad común al hombre y a los animales (zoonosis) causada por microorganismos del género leptospira del cual se conocen 200 serotipos distribuidos en 19 serogrupos¹. En 1883 Laudouzy reconoce y describe por primera vez la leptospirosis humana como una entidad clínica.

En 1886 Weil observó varios pacientes con fiebre, ictericia, hemorragia e insuficiencia hepática y renal, conociéndose desde entonces a esta enfermedad como enfermedad de Weil.

En 1945, Márquez, Soler, y Curbelo presentaron el primer caso de leptospirosis confirmado, cuyo diagnóstico se comprobó serológicamente por hemoaglutinación².

El cuadro clínico de esta enfermedad se caracteriza fundamentalmente por fiebre, mialgias, cefalea, toma del estado general, escalofríos, pudiendo aparecer además ictericia, manifestaciones hemorrágicas, daño hepático y renal¹⁻³.

Su período de incubación oscila entre 2 y 26 días con una media de 10 días.

El diagnóstico de esta entidad se basa en tres aspectos fundamentales:

Antecedentes epidemiológicos (exposición a aguas contaminadas, fangosas o albañales).

Cuadro clínico.

Pruebas serológicas positivas (se toman en forma pareada con intervalo de 15 días entre dos muestras)¹⁻⁴.

En 1994 una observación hizo prestar atención especial a un fenómeno que se venía presentando en el cuerpo de guardia del hospital: "Un creciente número de pacientes concurren al mismo, con el cuadro clínico o algunas de las manifestaciones mencionadas anteriormente". Al interrogar a estos enfermos, en su gran mayoría hombres, se podía conocer que días o semanas antes habían estado laborando en la siembra de arroz por sistemas de diques, en aguas estancadas y fangosas, en algunos casos descalzos, y un pequeño porciento en la cría de cerdos.

Por todo esto se sospecho que estuviéramos en presencia de portadores de leptospirosis, comprobando la hipótesis con el resultado de las pruebas serológicas de hemoaglutinación como lo establece el programa nacional.

Debido a la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de esta enfermedad se pretende demostrar el tratamiento más eficaz que se empleo en estos enfermos, así como, su evolución, su costo y ahorro en los enfermos hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODO.

El universo de trabajo lo constituyeron los 139 pacientes confirmados como portadores de leptospirosis remitidos al Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet" de los municipios de Palos, Nueva Paz, San Nicolás, Madruga, Melena del Sur, Santa Cruz y Güines, en el período comprendido desde 1994 hasta 1995.

De estos pacientes un caso se remitió al Hospital Docente "Calixto García", de Ciudad de la Habana, por regionalización y a diez casos se le hizo ingreso en el hogar con visita diaria por el médico de la familia ya que en el año 1995, se comenzó a aplicar el Plan Nacional de Tratamiento con Ingreso en el Hogar.

El resto de los pacientes, 128 en total, se ingresaron en el departamento de medicina del hospital, realizándose un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de los mismos, basado en las historias clínicas.

RESULTADOS

De los 139 casos estudiados durante los años 1994-1995 como portadores de leptospirosis, se realizó la totalidad de ellos el test de leptospira, siendo positiva la primera y la segunda muestra, o ambas indistintamente.

De estos casos, uno se remitió al Hospital General "Calixto García" por regionalización y diez fueron ingresados en sus hogares con seguimiento por el médico de la familia, evolucionando todos satisfactoriamente. A estos casos se les impuso tratamiento con penicilina cristalina y rapilenta.

Del universo de trabajo, 138 casos correspondieron al sexo masculino y uno al sexo femenino.

En el departamento de Medicina Interna del hospital fueron ingresados 128 casos, los que se comportaron de la forma siguiente:

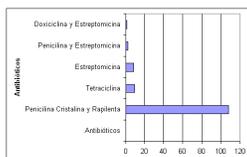
Tabla 1. Cuadro clínico, síntomas y signos más frecuentes

Síntomas y signos	Pacientes	%
Fiebre	128	100
Cefalea	108	85
Mialgias	92	71
Artralgias	66	52
Ictero	8	6.1
Hepatomegalia	12	7.8

Fuente: Historias Clínicas.

Cinco pacientes presentaron meningoencefalitis aséptica con rigidez de nuca, vómitos, fotofobia, fiebre, artralgias, mialgias. Se trataron con penicilina y evolucionaron finalmente satisfactoriamente.

Gráfico 1. Antibióticos más utilizados en el tratamiento de pacientes con leptospirosis



Fuente: Historias clínicas.

En el gráfico 1 se muestra los antibióticos más utilizados en el tratamiento de la enfermedad. Como puede apreciarse en 108 de los casos se utilizó el tratamiento de penicilina, en 9 de ellos la tetraciclina y en 8, la estreptomina. En dos casos se utilizó la penicilina presentando los pacientes alergia a la misma a los dos días de tratamiento, continuándose con estreptomina. En el caso en que se comenzó con doxiciclina, por alergia a la penicilina, al no resolver el cuadro clínico satisfactoriamente, se le cambio para estreptomina.

Respecto al sexo, solo se diagnosticó un caso del sexo femenino que respondió adecuadamente al tratamiento con penicilina. Del sexo masculino, 127 pacientes, el 84.3% evolucionó favorablemente al tratamiento con penicilina, excepto aquellos que se les impuso tratamiento alternativo con tetraciclina y estreptomina por alergia a la penicilina, con evolución satisfactoria.

Se estudio además lo relacionado con la estadía de los pacientes en el hospital y los medicamentos usados en cada caso.

Tabla 2. Antibióticos utilizados. Costo por pacientes

Antibiótico	Nº de pacientes que lo utilizaron.	Costo diario por paciente.	Costo total.
Penicilina Cristalina	108	1.24	267.84
Penicilina Rapilenta	108	0.62	133.92
Tetraciclina	9	1.44	51.84
Estreptomina	8	.45	14.40

Fuente: Historias clínicas y Dpto. Contabilidad.

Cada paciente gasto en los cuatro días con ambas penicilinas \$3.72.

Tabla 3. Costo de día por paciente

Nº de pacientes	Costo de día por paciente	Costo paciente según estudio promedio	Costo total del total de pacientes
108	\$27.00	\$108.00	\$13824.00

Fuente: Dpto. Contabilidad.

El promedio de estadía fue de 4 días en el hospital y el antibiótico más utilizado fue la penicilina (tablas 2 y 3).

DISCUSIÓN

En el uso de la estreptomina se debe enmarcar que se indicó en aquellos pacientes hipersensibles a la penicilina y la tetraciclina o con manifestaciones de insuficiencia hepática donde se obtuvo una evolución satisfactoria en todos los pacientes tratados esto no ocurre así en la literatura revisada ya que muy pocos autores la citan como otra opción de tratamiento^{1,7,8}.

Respecto a los costos el tratamiento con penicilina es el menos costoso; el promedio de estadía fue de cuatro días, la penicilina fue la más eficaz, lo que permitió utilizar mejor el recurso de camas en nuestro servicio al poder ingresar un mayor número de casos y rotar mejor las camas, disminuyendo los costos hospitalarios.

En este trabajo se debe destacar la importancia de la alerta epidemiológica entre el personal médico en esta enfermedad ya que se apreció que en 1994 se diagnosticaron 80 casos y en 1995, 59 casos confirmados de leptospirosis^{9,10}.

Además los pacientes con "ingresos en el hogar" y seguimiento diario por el médico de la familia como lo sugiere el programa nacional actual epidemiológico de leptospirosis evolucionaron hacia la curación sin presentar complicaciones¹⁰.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Wenger JD, Kaufmann AF. Infections caused by leptospire (leptospirosis). En: Stein JH, editor. Internal Medicine. 4 ed. St. Louis: Mosby; 1994. p. 2184-6.
2. Leptospirosis. En: Roca Goderich R, Smith W, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Pérez Paz HM, Serret Rodríguez B, et al. Temas de medicina interna. 3 ed. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1989; T 3. p. 471-5.
3. Leptospirosis. En: Fernández Mirabal JE, Sollet Guillarte R, Alonso Chil OB, Fernández Sacasas JA, IliZástegui Dupuy F, Macías Castro I, et al. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento de medicina interna. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1984. p. 247-9.
4. Grossman M, Jawetz E. Enfermedades infecciosas causadas por espiroquetas. En: Krupp Marcos A, Chatton Milton J. Diagnóstico clínico y tratamiento. Ciudad de la Habana: Científico-Técnica; 1983; T 2. p. 966-76.
5. Bruce McClain J. Leptospirosis. En: Wyn Guarden JB, Smith LH. Cecil Textbook of Medicine. 18 ed. Philadelphia: Saunders; 1988. p. 1730-4.
6. Padilla Pérez O, Toledo Vila HJ, Vidal García I, Rodríguez Ávila I. Comportamiento de la mortalidad por leptospirosis en Cuba, 1987-1993. Rev Cubana Med Trop 1998; 50 (1): 61-5.
7. Sanford JP. Leptospirosis. En: Braunwald E, Isselbacher KJ, Peterdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, editores. Harrison: principios de medicina interna. 11 ed. México: Interamericana; 1989; Vol. 1. p. 802-5.
8. Berkow R, Bondy CD, Bondy KD. El manual Merck de diagnóstico y terapéutica. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica; 1986; T1.

9. Jonson RC, NortonHughes CA. Spirochetes. En: Howard BJ, editor. Clinical and pathogenic microbiology. 6 ed. St. Louis: Mosby; 1994. p. 529-32.
10. Gutierrez López O. Leptospirosis. Rev Cubana Med 1995; 11(2):46-8.

SUMMARY

A descriptive longitudinal retrospective study of the patients confirmed with leptospirosis in the period between 1994-1995 in the Aleida Fdez . Chardiet General Teaching Hospital in Guines was done. The 84.3% of the admitted patients evolved satisfactorily to the penicillin therapeutic, the alternative treatment with tetracycline filled the second place followed by streptomycin used as alternative treatment in allergic patients to penicillin and the tetracycline or with hepatic insufficiency being the result satisfactory and it suggested the use of streptomycin as an alternative treatment was observed. The morbidity was 5% . The deaths` cause was the Weil Syndrome, they were confirmed by necropsy. An average of length of stay of 4 days decreasing the hospital costs was found. The importance of a precocious diagnosis and treatment of this disease at four days of the appearance of the symptoms of signs because this decreases the complications possibilities was showed.

Subject headings: **LEPTOSPIROSIS/therapy**

[Indice Anterior Siguiente](#)