

Bajo la dirección de:

Almudena García del Valle

Supervisora. Hospital «Severo Ochoa».
Leganés. Madrid.

M.ª del Coro Canalejas Pérez

Asesora Técnica de Enfermería para Docencia del
INSALUD. Madrid.

M.ª Teresa Caramés García

Enfermera. Unidad Coronaria de «La Paz».
Madrid.

Rosa González

Enfermera de la U.C.I. Clínica La Concepción.
Madrid.

34

Área: Salud Pública

Tema: Epidemiología y control de
la tuberculosis pulmonar

Autoras: Carmen López Matheu

Profesora titular de Salud Pública. E.U.E. Universidad
de Barcelona.

Carmen Caja López

Profesora asociada de Salud Pública. E.U.E.
Universidad de Barcelona.

PREGUNTAS

1 El «Mycobacterium tuberculosis» es un bacilo sensible a la luz solar.

- V
- F

2 ¿Cuál es la fuente de infección potencial en la tuberculosis pulmonar?

- a) Las secreciones desecadas en el suelo.
- b) Las gotas de más peso (gotas de Pflügge).
- c) Los pequeños núcleos goticulares.

3 La desnutrición, el alcoholismo, la fatiga, el estrés físico-psíquico, y el puerperio ¿qué favorecen?

- a) La infección.
- b) La enfermedad.
- c) La infección y la enfermedad.

4 Una prevalencia alta de infección tuberculosa en un país, indica:

- a) Una mayor susceptibilidad de los individuos de dicho país.
- b) Una calidad de vida y una asistencia sanitaria deficientes.
- c) La presencia de factores genéticos.

5 ¿Cuál es la forma más frecuente de desarrollar una enfermedad tuberculosa?

- a) Por reactivación de la infección inicial.
- b) Por segunda infección (reinfección exógena).
- c) En el momento de la infección inicial.

6 El riesgo de desarrollar la enfermedad por reactivación es mayor los cinco primeros años después de la infección inicial.

- V
- F

7 ¿Cuál es el método que se considera más decisivo para el diagnóstico de la infección tuberculosa?

- a) Método bacteriológico.
- b) Reacción tuberculínica.
- c) Examen histopatológico.

8 ¿Cuáles son los parámetros que se utilizan habitualmente para conocer la situación de la tuberculosis en un país?

- a) La incidencia y la prevalencia.
- b) La mortalidad, la morbilidad y la infección.
- c) La esperanza de vida.

9 ¿Cuál es el principal problema en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar?

- a) Las reacciones alérgicas.
- b) La hepatitis secundaria.
- c) El abandono del tratamiento por parte del paciente.

10 ¿Cuál es la duración del tratamiento estándar en la tuberculosis pulmonar?

- a) 12 meses.
- b) 18-24 meses.
- c) 9 meses.

11 El reposo en el curso de la enfermedad tuberculosa está indicado:

- a) Durante los cinco primeros meses.
- b) Mientras el paciente es contagioso.
- c) El reposo no tiene ninguna indicación.

12 ¿A qué dosis y cada cuántas horas se deben administrar los fármacos antituberculosos?

- a) Cada ocho horas y después de las comidas.
- b) En dosis única diaria y en ayunas.
- c) En dosis única diaria después del desayuno.

<p>13 ¿Cuál es el fin del tratamiento de la infección tuberculosa?</p> <p>a) Evitar el paso de infección a enfermedad tuberculosa. b) Evitar la infección tuberculosa. c) Evitar la tuberculosis ósea.</p>	<p>16 ¿Cuál es la duración del tratamiento con isoniacidas en la infección tuberculosa?</p> <p>a) 9 meses. b) 3 meses. c) 1 año.</p>
<p>14 ¿Qué se entiende por «convertor»?</p> <p>a) El individuo que ha experimentado un viraje de la reacción tuberculínica (de negativa a positiva) en los dos últimos años. b) Cualquier individuo que tiene la reacción tuberculínica positiva. c) Cualquier individuo que tiene la reacción tuberculínica negativa.</p>	<p>17 ¿Cuál de las siguientes dosis es la correcta para la realización de la prueba de la tuberculina?</p> <p>a) 0,1 ml de PPD de 5 unidades. b) 0,1 ml de PPD de 100 unidades. c) 0,2 ml de PPD de 10 unidades.</p>
<p>15 ¿Cuál es el principal problema que presenta la quimioprofilaxis?</p> <p>a) Efectos teratogénos. b) El abandono del tratamiento. c) Trastornos nerviosos.</p>	<p>18 ¿Cuánto tiempo se debe mantener el aislamiento en un paciente con enfermedad tuberculosa pulmonar?</p> <p>a) Hasta que finaliza el tratamiento. b) Durante 2-4 semanas, hasta que se negativice el esputo. c) Sólo en caso de estar ingresado en el hospital.</p>

RESPUESTAS

<p>1 v</p> <p>Es un germen sensible a la luz solar y al calor; en cambio, es muy resistente a la desecación. Puede persistir periodos de tiempo muy largos en esputos desecados, si éstos no están expuestos a la luz solar.</p>	<p>7 b)</p> <p>La reacción tuberculínica constituye el método decisivo para el diagnóstico de la infección tuberculosa, excepto en casos extraordinarios de pacientes con alteraciones inmunitarias (falsos negativos) o vacunados (falsos positivos).</p>
<p>2 c)</p> <p>Las gotas de más peso (Pflügge) no son peligrosas porque sedimentan en el suelo. Las más grandes habitualmente quedan atrapadas en las vías respiratorias altas y difícilmente llegan al parénquima pulmonar. Los pequeños núcleos goticulares son los peligrosos porque superan fácilmente la barrera de las vías respiratorias superiores y llegan a los alveolos pulmonares.</p>	<p>8 b)</p> <p>La mortalidad, la morbilidad y la infección nos servirán para cuantificar la magnitud y el impacto de la tuberculosis en una comunidad.</p>
<p>3 c)</p> <p>Todos estos factores inespecíficos se considera que favorecen la infección y el desarrollo de la enfermedad.</p>	<p>9 c)</p> <p>La visita periódica se ha de orientar fundamentalmente al control de la automedicación y a la educación y motivación del paciente para que mantenga el tratamiento.</p>
<p>4 b)</p> <p>La prevalencia de tuberculosis es un buen barómetro para medir el bienestar de una sociedad.</p>	<p>10 c)</p> <p>Son condiciones indispensables para el uso de este esquema terapéutico, tener la seguridad de que todos los fármacos son efectivos, y que se mantendrán con regularidad durante los nueve meses.</p>
<p>5 a)</p> <p>La mayoría de los casos de enfermedad sintomática se producen por una reactivación de la infección inicial.</p>	<p>11 c)</p> <p>El reposo no tiene ninguna indicación. El paciente puede incorporarse a su trabajo habitual en el término de uno a tres meses.</p>
<p>6 v)</p> <p>La mayoría de los infectados que van a padecer enfermedad tuberculosa lo hacen en los cinco primeros años de la infección inicial.</p>	<p>12 b)</p> <p>Se ha observado mayor eficacia de los fármacos y mayor tolerancia a ellos por parte del paciente.</p>

13 a)

Dado que la mayoría de los enfermos tuberculosos lo son a causa de una reactivación, el tratamiento de la infección es un elemento clave en la erradicación de la enfermedad, ya que contribuye a eliminar el reservorio de la infección.

14 a)

El cambio en un individuo de una reacción tuberculínica negativa a positiva, recibe el calificativo de conversión.

15 b)

Al igual que en el tratamiento de la enfermedad, el principal problema de la quimioprofilaxis es el abandono, por lo cual es fundamental la visita periódica de control y educativa.

16 c)

Todas las experiencias controladas demuestran que los beneficios resultan proporcionales al tiempo de tratamiento recibido.

17 a)

Se utiliza 5 U.T. para evitar incidentes tales como vesiculación, ulceración y necrosis. No se deben utilizar dosis superiores sin una prueba negativa anterior con menos unidades.

18 b)

La instauración del tratamiento disminuye rápidamente la densidad de la población bacilar y la contagiosidad del agente.

CASO PRÁCTICO

A un padre de familia se le diagnostica tuberculosis pulmonar, y se comprueba mediante tinción de Zihel Neelsen del esputo, que éste es bacilífero.

La familia está compuesta por el mencionado paciente, su esposa de 40 años de edad y dos hijos en edad escolar. Con esta

familia pasan largas temporadas dos sobrinos de 20 y 36 años de edad.

Se les indica a todos ellos que deben realizarse unas pruebas diagnósticas.

PREGUNTAS

¿Cuál será la actuación a razón de los resultados de las pruebas en cada uno de los cinco casos?

- 1) Esposa de 40 años, PPD (+), radiografía normal.
- 2) Hijo de cinco años, PPD (-).
- 3) Hija de once años, PPD (+), radiografía patológica.
- 4) Sobrino de 19 años, PPD (+), radiografía normal.
- 5) Sobrino de 36 años, PPD (-).

RESPUESTAS

- 1) Al tener más de 35 años y presentar una radiografía normal no debe hacerse nada más.
- 2) Deberá administrarse quimioprofilaxis con isoniácida y repetir el PPD a los dos meses. En caso de que siga siendo negativo se retirará el tratamiento y, si es positivo, deberá realizarse una Rx. de tórax. Si es normal, continuar la administración de isoniácida hasta un año. Si es patológico, proceder a diagnóstico microbiológico y tratamiento completo.
- 3) Es posible que tenga la enfermedad tuberculosa. Deberá procederse a efectuar diagnóstico bacteriológico y administrar tratamiento antituberculoso completo si se confirma.
- 4) Deberá administrarse quimioprofilaxis con isoniácida durante un año, ya que es un reactor menor de 20 años.
- 5) Deberá repetirse el PPD a los dos meses. En caso de que siga negativo no se debe hacer nada más; en caso de que haya virado se administrará quimioprofilaxis, previa valoración de la Rx. de tórax. La diferencia entre el segundo caso y el quinto en cuanto a la administración de tratamiento durante los dos primeros meses estriba en la edad, ya que en la infancia la susceptibilidad es mayor y también el riesgo de desarrollar formas graves de tuberculosis.

BIBLIOGRAFÍA

RICHARD, E., REESE, M.D. y cols.: **Un planteamiento práctico de las enfermedades infecciosas**. Díaz Santos. Madrid. 1987.

GENERALITAT DE CATALUNYA: **Informe de la Tuberculosis en Cataluña**. Sèrie promoció de la Salut. 1983.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: **El control de las enfermedades transmisibles en el hombre**. Ed. Abram S. Benenson. 1983.