



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Leticia Desiree Morales Aguilar

Nombre del tema: Caso clinico

Nombre de la Materia: Investigación epidemiologica

Nombre del profesor: Guillermo Del Solar Villarreal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 3°

En términos más generales, se puede considerar la siguiente sintomatología propia de la enfermedad tuberculosa: tos, expectoración, dolor torácico, disnea, hemoptisis, disfonía, fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso y sudoración nocturna ⁽¹²⁾.

La prueba diagnóstica de elección para la detección de la infección tuberculosa es la prueba de la tuberculina o Mantoux. La aplicación de esta técnica permite evaluar la reacción de inmunidad celular (linfocitos T) ante la presencia de proteínas del bacilo tuberculoso¹³.

Esta está indicada en las siguientes situaciones^{13,14}:

- Sospecha clínica/radiológica de TB.
- Personas en contacto cercano o casuales (menos de 4h por semana de contacto) de TB.
- Personas procedentes de áreas del mundo con incidencia elevada de TB.
- Personas de riesgo enfermedad TB: Infectados por VIH, alcohólicos, drogadictos vía parenteral, enfermos de silicosis, diabetes, neoplasia, insuficiencia renal crónica, inmunodeprimidos, gastrectomizados, terapias inmunosupresoras.
- Personas en riesgo de contraer y diseminar el TB, como son los empleados y residentes de refugios para personas sin hogar, prisiones, residencias de ancianos y trabajadores en hospitales.
- Estudios epidemiológicos y control de programas antituberculosos.

La prueba del Mantoux consiste en la administración intradérmica de 2 UI de tuberculina PPD RT-23 en la cara anterior del antebrazo, esta tendrá que ser realizada de 2 a 12 semanas tras la infección.

Por otro lado, la lectura se realiza entre 48 y 72 horas tras la inyección. Se considera una PT positiva cuando la induración es igual o mayor de 5 mm generalmente, en cambio, en pacientes vacunados con BCG se interpretará como positiva si la pápula es mayor de 15mm; y en personas con inmunodepresión cualquier induración se considerará positiva.

Hay que tener en cuenta el efecto booster, consiste en la positivización de la PT previamente negativa, para detectarlo se realiza una segunda PT (prueba de 2º escalón) a los 7-10 días de la que resultó negativa a los pacientes con una sensibilidad tuberculina debilitada. El resultado de esta segunda PT será el que se tome como definitivo¹³.

También para el diagnóstico de la infección tuberculosa encontramos la IGRA (ensayo de liberación de interferón gamma), esta técnica presenta mayor sensibilidad y especificidad que

la prueba Mantoux en pacientes vacunados en BCG o con antecedentes de infección no tuberculosa. Su mayor inconveniente es el coste económico, motivo por el cual no se utiliza mucho en la práctica clínica¹⁴.

La positividad de estas pruebas, sin embargo, no distingue entre TB latente o activa. Por lo tanto, la evaluación de los síntomas y las pruebas adicionales (radiografía de tórax, prueba de esputo para bacilo ácido-alcohol resistente, tomografía computarizada) son esenciales para buscar una infección activa¹³.

El principal tratamiento de esta patología consiste en la administración simultánea de cuatro fármacos: Isoniazida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida. En cuanto a la duración del mismo se ajustará a cada paciente, dependiendo de si esta diseminada o no la enfermedad y del curso de la misma. No está contraindicado durante el embarazo.

Los efectos adversos más graves obligan a cambiar este tratamiento en un 4-9% de los pacientes. La mayoría de las reacciones adversas son de carácter leve como por ejemplo náuseas, vómitos o exantemas. Puede dar lugar a una intoxicación hepática aumentando los niveles de transaminasas hepáticas, en cuyo caso se suspendería el tratamiento hasta recuperar el valor normal, una vez que los niveles se han recuperado se introducirían los antibióticos de nuevo, pero uno a uno pudiendo observar así cuál es el responsable de la intoxicación para poderlo cambiar por otro.

En cuanto al tratamiento preventivo el objetivo principal es intentar eliminar la bacteria cuando se encuentra en estado latente reduciendo así las probabilidades de reactivación. Una de las principales indicaciones para iniciar el tratamiento preventivo es la infección por VIH recién diagnosticada¹⁵.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 50 años que ingresa en planta procedente de urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza diagnosticado de TB, a su llegada presenta Fr: 19 rpm, saturación de O₂(Spo₂): 99% basal, peso: 66 kg, altura: 1,64 m, con un IMC: 23,85, temperatura axilar: 36,4°C, pulso: 79 lpm, PA: 121/79 mmHg. Presenta edema en miembros inferiores, circunferencia abdominal: 80 cm, refieren poco apetito. A la palpación el abdomen se presenta flácido y plano. Se dedica a la agricultura y está casado. No descansa por las noches y presenta un patrón del sueño alterado tomando medicamentos para poder dormir, camina, consciente, isocórico, presencia de caspa en el cuero cabelludo, turgencia normal, fumador durante 18 años, niega alcoholismo y consumo de narcóticos, analfabeto. Su estado emocional es depresivo y con miedo ante su situación y a

expresar sus ideas. Toma antibióticos. Muestra una actitud positiva y colaboradora en el tratamiento que se le ofrece al igual que acepta una dieta adaptada a sus necesidades.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MARJORY GORDON

A continuación, se ha elaborado una tabla en la que se han destacado los datos que se van a considerar del caso clínico según los patrones funcionales de Marjory Gordon, véase tabla en anexos.

El abuso del tabaco de este paciente durante 18 años hace que sea más vulnerable a contraer enfermedades infecciosas ya que el consumo de éste cambia la viscosidad de la sangre y libera bradicinas que son potentes vasoconstrictores. Por lo que hay que hacer hincapié en el abandono de dicho hábito.

Este paciente presenta un edema periférico secundario a un edema en la zona maleolar, que puede ser un efecto adverso de ciertos fármacos utilizados en su tratamiento. Para mitigar dicho edema, se administran diuréticos y se realiza un control hidroelectrolítico mediante analíticas de sangre. Los profesionales de enfermería han de educar al paciente en la importancia de la realización de movimientos activos y pasivos en la cama y el control de la ingesta de agua, al igual que una dieta con restricción de líquidos para que estos progresen adecuadamente.

El paciente presenta aislamiento social por su baja autoestima. Él piensa que, al ser una enfermedad infecciosa, va a ser discriminado por el resto de la gente. Además, las relaciones sociales en este tipo de pacientes se ven restringidas, ya que son enfermedades infecciosas. Enfermería tratará de darle el apoyo y cuidado necesario; ayudará al paciente a exteriorizar sus sueños e ideas para así buscar diferentes logros y elevar su autoestima. Así como ayudar a expresar lo que siente, tratando de fortalecer la relación enfermera-paciente y la confianza para que se sienta seguro, fomentando la escucha activa.

El estado nutricional se ve empeorado debido a la gran diversidad de medicamentos que toma alterando el gusto, ya que las papilas gustativas pierden su sensibilidad sináptica. Esto puede ser debido al poco apetito que presenta el paciente ya que estos fármacos pueden inhibir la producción de ghrelina (hormona encargada de la sensación del hambre) o favorecer la producción excesiva de citocinas, que inhiben el apetito. Debido a todos estos factores, enfermería debe hacer una exhaustiva evaluación del estado nutricional del paciente para recuperar el equilibrio hidroelectrolítico que se ve afectado por la TB y la ingesta de fármacos, para ello se planificará una dieta acorde a los gustos

y necesidades del paciente con el objetivo de mantener un IMC adecuado. La dieta ha de ser equilibrada y variada en proteínas, vitaminas, minerales e hidratos de carbono para poder satisfacer las necesidades metabólicas individuales del paciente. La educación sobre los correctos hábitos alimenticios y una alimentación saludable, aparte de enriquecer el estado nutricional, disminuye las posibilidades de abandono del tratamiento¹⁶.

Patrón de higiene, el estado de inmunosupresión en el que se encuentra el paciente lleva a una excesiva seborrea en el cuero cabelludo debido a la producción de liposinas generadas en el folículo piloso. Los profesionales de enfermería han de proporcionar los conocimientos higiénicos adecuados, haciendo hincapié en la necesidad de friccionar el cuero cabelludo para favorecer la circulación sanguínea y mejorar así la nutrición del epitelio. Cabe destacar el beneficio individual de una correcta higiene sobre la salud, seguridad y bienestar del paciente.

El patrón del sueño ya lo tenía alterado, pero también puede deberse al cambio de entorno ya que está ingresado y al cambio de la dieta, así como de la influencia de la medicación. Dentro de lo posible, enfermería ha de favorecer una correcta higiene del sueño, evitando factores que lo alteren, mantener la habitación oscura, segura y con una temperatura adecuada para descansar, tomar un vaso de leche caliente antes de dormir (siempre que no interfiera con la medicación) y no usar pantallas de dispositivos electrónicos antes de irse a la cama entre otros. También se intentará disminuir los factores potencialmente estresantes mediante técnicas de relajación para reducir el estrés, la ansiedad y las preocupaciones del paciente, favoreciendo la comunicación y fortaleciendo la relación enfermera-paciente¹⁷.