

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FUERZAS ARMADAS

INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA DE LA DEFENSA
"CAPITÁN MÉDICO RAMÓN Y CAJAL"
Glorieta del Ejército s/n 28047 Madrid
Teléfono: 914222428

VOL. 19 Nº 221marzo 2012

CASOS EDO CORRESPONDIENTES AL MES DE FEBRERO DE 2012 (1)

Comunidades	Brucelosis		Erit. Mucopur. orofaríngea		Fiebre tifoidea		Gripe		Hepatitis A		Hepatitis B		Hepatitis C		Mononucleosis infect.		Paradisis		SIFIS		TBC		Tuberculosis respiratoria		Vericela		VIH		Meningitis		
	C	MES	A	MES	A	MES	C	MES	A	MES	A	MES	C	MES	A	MES	A	MES	C	MES	A	MES	C	MES	A	MES	C	MES			
Galicia							12	13																							
Asturias							9	13																							
Cantabria																															
País Vasco							5	6																							
La Rioja							3	3																							
Castilla y León							21	33							1	1															
Navarra							5	5																							
Aragón																															
C. Valenciana																															
Cataluña							3	7																							
Madrid							6	15																							
Castilla-La Mancha							9	9																							
Extremadura																															
Murcia							9	9																							
Andalucía							18	23																							
Baleares																															
Canarias							15	18																							
Ceuta																															
Melilla							1	1																							
TOTAL	0	0	0	0	0	0	116	157	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	5	14	0	0	0	

(1) Estos son aquellos que corresponden a los que se ha notificado al menos un caso.

Edita



INDICE

- Estandarización de la prueba de la tuberculina. Págs. 1, 2 y 3.
- Casos declarados EDO febrero 2012. Pág. 4.

ESTANDARIZACIÓN DE LA PRUEBA DE LA TUBERCULINA

A nivel mundial, la tuberculosis (TB) sigue siendo una de las causas más importantes de morbimortalidad y uno de los problemas de salud pública más importantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ido adoptando diversas resoluciones para intensificar su lucha contra la TB.

En España la TB también es un problema importante de Salud Pública. Varios factores han contribuido a ello: los importantes movimientos migratorios cuyos países de origen presentaban una alta endemia, y las condiciones de vida a las que se han visto sometidos estos inmigrantes han generado un aumento de la TB. Debido a este aumento en la prevalencia, se han constituido varios grupos de trabajo cuyo objetivo ha sido elaborar unos criterios mínimos que debieran cumplir todos los programas implantados a nivel estatal para el control de la TB. El criterio esencial para el control de la expansión de esta enfermedad, radica en la capacidad de diagnosticar precozmente y tratar a los individuos enfermos. Dicho diagnóstico se

obtiene a través de la prueba de la tuberculina, que es actualmente la prueba recomendada por la OMS. La Inspección General de Sanidad, perteneciente al Ministerio de Defensa, ha desarrollado también la Instrucción Técnica 01/04 de 13 de octubre de 2004, sobre detección y prevención de la tuberculosis en las Fuerzas Armadas.

Debido a la variabilidad que entraña la realización de dicha prueba, es necesario la unificación y estandarización de la misma por parte de todo el personal de sanidad.

Tuberculina empleada

La tuberculina se obtiene del filtrado de un cultivo de M. Tuberculosis esterilizado y concentrado. El preparado comercial de PPD que se utiliza en España es el PPD-RT23 con Tween 80, a dosis de 2 UT por 0,1 ml, que es la bioequivalente a la dosis recomendada (5 UT) de la tuberculina de patrón internacional, la PPD-S.



Conservación y uso de la Tuberculina

- Debe conservarse a una temperatura entre 4-8° C y evitar la exposición solar.
- La tuberculina tiene una validez de unos seis meses a partir de la fecha de preparación.
- No transferir la tuberculina de un frasco a otro, ni conservarla cuando quede menos de un cuarto de contenido en el frasco.
- Agitar el frasco antes de cargar la jeringa.
- Realizar la prueba cutánea inmediatamente después de llenar la jeringa.

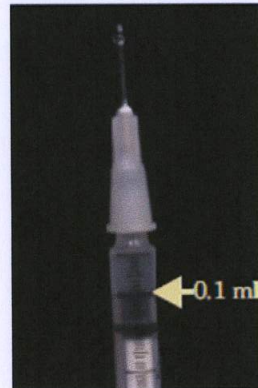
Técnica de la prueba de la tuberculina

La administración y lectura de la prueba de la tuberculina está sujeta a una elevada variabilidad, por lo que debe ser llevada a cabo por personal entrenado. Según recomienda la OMS para que el personal sea considerado cualificado y capacitado en la realización y lectura de tuberculinas, tiene que haber efectuado al menos unas 2000 pruebas. La técnica se iniciará con el lavado de manos, se pedirá al paciente que flexione el brazo elegido y lo apoye en una superficie plana, se identificará la zona del antebrazo (preferentemente el no dominante) a nivel de la unión entre el tercio medio y el superior en la cara externa, libre de escoriaciones y

alejada de los vasos dónde realizaremos la técnica.



Se aplicará alcohol o suero salino en la zona elegida, dejándolo secar completamente para evitar su penetración en la dermis y la posible alteración del resultado. Se utilizarán guantes desechables y no estériles.



Se inocularán 0,1 ml de tuberculina haciendo uso de una jeringa desechable de 1 ml, graduada en décimos y una aguja intradérmica biselada de calibre 26 ó 27, y de 10-12 mm de largo, que habitualmente se utilizan para la inyección de insulina. La solución de tuberculina se inyecta lentamente por vía intradérmica, con el bisel de la aguja mirando hacia arriba de modo que forme una pápula de 5-10 mm de diámetro. Si no aparece

dicha ampolla, la técnica no se ha realizado correctamente.



Después de la administración se recomendará al paciente que no se frote, rasque o ponga un apósito o esparadrapo en la zona de la prueba. Puede lavarse y secarse la zona sin fricción.

Lectura del resultado

Para realizar la medición, se flexionará el codo del antebrazo elegido y con una cuidadosa palpación, perpendicular al eje longitudinal del antebrazo, se registrarán en milímetros la longitud entre ambas marcas. Para el personal no experimentado, se recomienda el uso de la técnica de Sokal. Dicha técnica consiste en hacer uso de un bolígrafo con punta de bola tradicional. Se traccionará la piel circundante y se trazarán hacia la induración cuatros líneas perpendiculares, deteniéndose en el lugar dónde se inicia ésta delimitando toda la induración. Aunque esta maniobra no es más sensible que la palpación directa y cuidadosa, mejora la variabilidad del observador.



La induración se acompaña en algunas ocasiones, de eritema. Sólo se registrará el tamaño de la induración. Si solo hay eritema, el registro es de 0 mm. Tras haber realizado la lectura se debe anotar siempre el tipo y dosis de tuberculina empleada, así como el diámetro de la induración en milímetros.

CONVERSIÓN TUBERCULÍNICA. EFECTO "BOOSTER"

La prueba de la tuberculina (PT) no sensibiliza a los no infectados, a pesar de su repetición reiterada en el tiempo. Al hecho de que la PT provoque una respuesta de hipersensibilidad en quién previamente había sido clasificado como de no reactor, se denomina "conversión tuberculínica". Este diagnóstico es muy importante si el tiempo transcurrido entre ambas pruebas es inferior a 2 años, pues implica una infección reciente y la posibilidad de que un 50% de los infectados enferme. En estos casos se debe descartar el denominado "efecto booster". Cualquier persona infectada por M. tuberculosis, con el paso del tiempo presenta una pérdida de capacidad de respuesta de los linfocitos T frente al PPD. Este hecho puede provocar una PT negativa en un sujeto verdaderamente infectado. Pero como la capacidad de respuesta existe, la primera dosis de PPD actúa como estímulo ("booster") y al realizarse una segunda PT, en un periodo de entre 7-10 días la PT, será positiva.