

**FACULTATIVOS ESPECIALISTAS DE AREA
 ESPECIALIDAD: MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**

**RESPUESTAS CORRECTAS AL CASO CLÍNICO REALIZADO EL
 18 DE FEBRERO DE 2008.**

CASO A

PREGUNTA	RESPUESTA
1	Se considerarán como válidas, al menos, las etapas o ubicaciones que aparecen en la pregunta 3.
2.1	A
2.2	3. Baciloscopia 4. Cultivo de esputo 5. Antibiograma
2.3	Los pacientes no pueden compartir habitación por tratarse de microorganismos epidemiológicamente diferentes (antibiogramas distintos).
3.1	Medidas de control recomendadas por los CDC: - C.D.C. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005. - C.D.C. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
3.2	Medidas de control recomendadas por los CDC: - C.D.C. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005. - C.D.C. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
3.3	Medidas de control recomendadas por los CDC: - C.D.C. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005. - C.D.C. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007. - Plan de Gestión de Residuos del SAS, 2007.
3.4	Medidas de control recomendadas por los CDC: - C.D.C. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005. - C.D.C. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.

PREGUNTA	RESPUESTA
3.5	<p>Medidas de control recomendadas por los CDC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.D.C. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005. - C.D.C. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
3.6	<p>Medidas de control recomendadas por los CDC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.D.C. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005. - C.D.C. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
3.7	<p>Medidas de control recomendadas por los CDC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.D.C. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005. - C.D.C. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
3.8	<p>Medidas de control recomendadas por los CDC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.D.C. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005. - C.D.C. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
3.9	<p>Medidas de control recomendadas por los CDC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.D.C. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005. - C.D.C. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
3.10	<p>Medidas de control recomendadas por los CDC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.D.C. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005. - Real Decreto 664/1997, para la Evaluación y Prevención de los riesgos relacionados con la Exposición a Agentes Biológicos. - Plan de Gestión de Residuos del SAS, 2007.
4	<p>C.D.C. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005.</p>

CASO B

PREGUNTA	RESPUESTA
1	Se considerarán como válidas, al menos, las medidas de prevención enumeradas en las preguntas 3.1 a 3.3.
2	Se considerarán como válidas, al menos, las medidas de prevención enumeradas en las preguntas 3.4 a 3.8.
3.1	Protocolo de alerta por sospecha de rabia (SVEA).
3.2	Protocolo de alerta por sospecha de rabia (SVEA).
3.3	Protocolo de alerta por sospecha de rabia (SVEA).
3.4	Es fundamental el tratamiento local de la herida lo antes posible, procediendo al lavado intenso, a chorro y con agua jabonosa, al menos 5 minutos, retirando todo cuerpo extraño y las zonas desvitalizadas. Debe eliminarse completamente el jabón después de ello, para evitar que este neutralice las sales de amonio cuaternario con el que mediante irrigación puede procederse posteriormente a la desinfección de la herida. En su defecto puede aplicarse como antiséptico alcohol etílico de 70° ó solución acuosa al 10% de PVP-Yodada. No debe suturarse la herida.
3.5	El microorganismo aislado con más frecuencia es la <i>Pasteurella spp</i> (50-75%) seguido por microorganismos de la flora mixta aerobia y anaerobia de orofaringe. <ul style="list-style-type: none"> — Profilaxis antibiótica <ul style="list-style-type: none"> . Mordedura por animal: amoxicilina/clavulánico o doxiciclina. . Mordedura por humano: amoxicilina/clavulánico o cefoxitina. . Profilaxis antitetánica y valoración de profilaxis antirrábica.
3.6	<i>Ver tabla 1 (abajo)</i>
3.7	- Protocolo de alerta por sospecha de rabia (SVEA). - OMS (Guía para el tratamiento post-exposición frente a la rabia. Comité expertos rabia. OMS 1992.).
3.8	La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una enfermedad infecciosa de curso benigno, causada por <i>Rochalimea henselae</i> (antes <i>Bartonella henselae</i>). Resulta controvertido el papel y la selección de la terapia antibiótica en el tratamiento de la enfermedad por arañazo de gato, porque es una entidad en la que muchos pacientes no presentan una afectación importante, siendo muy común la resolución espontánea. En pacientes inmunocompetentes y con enfermedad leve (adenitis, fiebre intermitente inferior a 38°C o escasa repercusión sistémica) probablemente no requiera tratamiento, aunque algunos estudios han demostrado la desaparición más rápida de las adenopatías con tratamiento antibiótico.

PREGUNTA	RESPUESTA
	<p>En enfermedad moderada o grave (fiebre prolongada mayor de 38°C con persistencia de astenia, anorexia y cefalea, presencia de trastornos sistémicos graves (abscesos hepáticos y esplénicos, manifestaciones oculares, neurológicas, pulmonares, musculoesqueléticas), inmunodeprimidos, la antibioterapia se muestra efectiva, con rápida resolución de los signos y síntomas, siendo de elección eritromicina, doxiciclina, rifampicina, cotrimoxazol, ciprofloxacino y gentamicina. Se han comunicado buenos resultados con Azitromicina (de elección) 500 mg c/24 horas v.o. durante 4-8 semanas.</p> <p>La duración del tratamiento oscila según los estudios entre 15 y 21 días, y se puede finalizar siempre que las adenopatías hayan disminuido de tamaño (hasta 10 mm de diámetro), el paciente haya permanecido afebril al menos una semana y sin sintomatología general durante 10 días.</p>

Tabla 1. Actitud a seguir ante una herida

Situación de inmunización antitetánica	Herida de bajo riesgo	Herida de alto riesgo¹
	<ul style="list-style-type: none"> • Con menos de 6 horas de evolución • No penetrante (<1 cm) • Sin tejidos desvitalizados • Sin contaminantes: suciedad, saliva, cuerpos extraños,... • De configuración lineal (no tiene forma estrellada ni presenta erosiones) • No fue producida por proyectil, mordedura, quemadura ni congelación 	Las no incluidas en el apartado de heridas de bajo riesgo
No vacunado, o vacunación incompleta (1-2 dosis), o situación incierta o desconocida	1 dosis de Td ² Completar, en su momento, la serie 1 ^a de vacunación	1 dosis de Td ² Completar, en su momento, la serie 1 ^a de vacunación + Gamma-Globulina Antitetánica ³
Vacunación completa de adulto (≥3 dosis) hace > de 10 años	1 dosis de Td ² Indicar dosis de recuerdo a los 10 años	1 dosis de Td ² Indicar dosis de recuerdo a los 10 años
Vacunación completa (≥ 3 dosis) hace > de 5 años y < de 10 años	Nada	1 dosis de Td ² Indicar dosis de recuerdo a los 10 años
Vacunación completa (≥3 dosis) hace < de 5 años	Nada	Nada

(1)Ante una herida de alto riesgo, además de la profilaxis antitetánica, conviene también evaluar la necesidad de limpieza quirúrgica y de antibióticos (en caso de mordeduras humanas y de animales: Amoxicilina + Clavulánico 500 mg v.o. cada 8 horas/3-5 días)<

(2)Td: Toxoide tetánico y diftérico tipo adulto: 0,5 ml IM en región deltoidea. Si el paciente tiene < de 7 años usar TD (Toxoide tetánico y diftérico tipo pediátrico) en vez de Td.

(3) 250 UI en general. Si han transcurrido más de 24 horas de la herida, el riesgo de contaminación es alto y en quemaduras: 500 UI. En personas inmunodeprimidas debe administrarse gamma-globulina antitetánica siempre que la herida sea de alto riesgo, independientemente de su situación previa de inmunización antitetánica.

NOTA: Cuando se administre toxoide y gamma-globulina, utilizar jeringas distintas e inocular en sitios diferentes.

Tabla 1