

Conocimiento sobre tuberculosis y gestación en obstetrices. A propósito de una encuesta.

Midwife's knowledge on tuberculosis and pregnancy. A survey.

REY DE CASTRO Jorge¹

¹Instituto Peruano de Investigación Científica Aplicada (IPICA). Profesor de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

SUMMARY

The aim to know concepts related to tuberculosis and pregnancy. We made an inquire in 152 widwife. Forty three (28%) considered that pregnant were predictable to be PPD positive in a country with high tuberculosis prevalence so in this way and 40 (26%) agree that fluoroscopy was an alternative procedure. Only 85 (56%) said that a first quarter pregnant patient with tuberculosis should begin treatment at once. Two thirds recomend a natural anticonception method for a tuberculous woman. More than a half pointed that placentas were not sent for pathologic study even if pregnant women was supposed to be with tuberculosis. This results could be useful so as to design an educative activity for people that deals with pregnancy. (*Rev Med Hered 1993; 4(4): 194-198*)

KEY WORDS: Tuberculosis, pregnancy, widwife.

RESUMEN

Con la finalidad de evaluar los conocimientos en relación a la tuberculosis y gestación, practicamos una encuesta en 152 obstetrices. Cuarenta y tres (28%) consideraron que el PPD no tenía utilidad pues era predecible que en las gestantes fuera positivo. Treinta (20%) opinaron que la radiografía de tórax no debía ser practicada bajo ninguna circunstancia y cuarenta (26%) afirmaron que la fluoroscopia era un procedimiento alternativo más seguro. Sólo 85 (56%) respondieron que debería iniciarse tratamiento de inmediato en la gestante del primer trimestre con diagnóstico de tuberculosis. Las dos terceras partes de encuestadas recomendaron métodos de anticoncepción natural en una mujer con tuberculosis pulmonar. Más de la mitad de encuestadas afirmó que la placenta no es enviada a anatomía patológica cuando se sospecha tuberculosis pulmonar en la gestante. Nuestros resultados señalarían la necesidad de un programa de educación continua dirigido al personal de obstetrices y pueden ser útiles para diseñar tal actividad educativa. (*Rev Med Hered 1993; 4(4): 194-198*)

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis, gestación, obstetricas, comadronas, parteras. Pronóstico, clasificación de pronóstico.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis pulmonar es la primera causa de muerte materna indirecta en el Perú (1). Por otro lado la elevada tasa global de fecundidad y la alta tasa de prevalencia de tuberculosis en nuestro medio (2) explican la frecuente asociación entre tuberculosis y gestación en mujeres jóvenes (3).

La obstetricia es, en nuestro medio, una actividad profesional legalmente reconocida desde 1982 (4). En el Perú, las obstetricas obtienen su título profesional universitario luego de cinco años de estudios y pueden ejercer su actividad en forma liberal. Su ámbito de atención es la mujer durante la fase de embarazo, parto y puerperio normal, pudiendo inclusive prescribir legalmente medicamentos. Están en capacidad de intervenir en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades transmitidas sexualmente y en empleo de métodos de anticoncepción temporal. Cabe destacar que en nuestro país, entre las escuelas y facultades de ciencias de la salud, las de obstetricia fueron las que tuvieron el mayor crecimiento entre los años 1980-91 (5).

Un curso no escolarizado, realizado en Lima y dirigido a obstetricas, nos dio la oportunidad de conocer algunos conceptos básicos manejados por estas profesionales respecto a la tuberculosis y gestación.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el mes de noviembre de 1992, el Instituto Peruano de Investigación Científica Aplicada (IPICA) llevó a cabo un curso dirigido a obstetricas. En su temario fue programada una clase magistral, bajo la modalidad de comunicación directa apoyada de material visual en transparencias, cuyo contenido fue tuberculosis y gestación. Esta actividad educativa fue preparada con el objetivo de lograr los siguientes objetivos educacionales específicos: 1. Conocer y comprender la utilidad del PPD y la radiografía de tórax en la mujer gestante, 2. Conocer y comprender las recomendaciones relacionadas al cuidado del hijo recién nacido de madre tuberculosa, 3. Conocer el nombre de drogas seguras para el tratamiento en la gestante, 4. Recomendar el uso de métodos de anticoncepción mecánicos a la paciente que recibe tratamiento para tuberculosis y tiene vida sexual activa, y 5. Propiciar el estudio anatomopatológico de la placenta cuando se sospecha que una gestante es portadora de tuberculosis.

Antes de la clase magistral se solicitó a las participantes respondieran una encuesta anónima de seis preguntas cuyo texto se puede observar en el anexo N°1. La encuesta no fue previamente validada en un estudio piloto. Las obstetricas asistentes al curso dispusieron de diez minutos para responder la encuesta.

Fueron repartidas 165 encuestas y devueltas 152, lo que constituye el material objeto de análisis. Los resultados fueron almacenados en una base relacional utilizando el programa FoxPro v 1.02. El material fue tratado en forma porcentual simple.

Anexo N°1. Encuesta

Señale Ud. cual de los siguientes enunciados es verdadero (V) o Falso (F).

1. Sobre el PPD en gestante

1.1 () Está contraindicado
1.2 () No tiene utilidad pues en nuestro medio practicamente toda la población es PPD positivo
1.3 () Permite identificar a las infectadas
1.4 () Todas la gestantes son PPD negativo por una razón de orden inmunológico

2. Sobre la radiografía de tórax en gestantes:

2.1 () Nunca debe practicarse por el riesgo conocido para el feto
2.2 () Debe tomarse si la gestante es PPD positivo
2.3 () En nuestro medio está indicada en gestantes con síntomas o hallazgos clínicos respiratorios valederos, sea PPD positivo o negativo
2.4 () Es preferible hacer fluoroscopia pues el riesgo es menor

En las siguientes preguntas sólo uno de los enunciados es correcto. Marque uno.

3. Respecto al recién nacido de madre tuberculosa:

a) El neonato debe recibir lactancia artificial pues puede hacer efectos secundarios por las medicinas que recibe la madre.
b) Debe aislarse pues puede contagiarlo.
c) Puede recibir lactancia materna
d) Debe iniciar quimioprofilaxis con isoniazida y recibir de la madre lactancia materna.

4. Una gestante del primer trimestre, se le diagnostica tuberculosis pulmonar. El Paso a seguir es:

a) Aborto terapéutico
b) Iniciar tratamiento en el segundo trimestre del embarazo.
c) Hacer dieta hiperproteica e hipercalórica.
d) Iniciar tratamiento de inmediato.

Responda Ud. las siguientes preguntas:

5. Que recomendación daría Ud. a una paciente, con vida sexual activa, que recibe tratamiento para tuberculosis pulmonar:

6. ¿ En la institución donde labora acostumbran enviar la placenta al patólogo cuando saben o sospechan que la madre es portadora de tuberculosis? (por favor marcar)

SI NO

RESULTADOS

Sobre el PPD en gestantes 132 (87%) obstetricas consideraron que no estaba contraindicado, 43 (28%) no le encontraron utilidad pues en nuestro medio prácticamente toda la población es PPD positivo y 103 (68%) afirmaron que permitía identificar a las infectadas y 30 (25%) opinaron que las gestantes eran PPD negativo (cuadro N°1).

Cuadro N°1. Respuestas a las preguntas 1, 2 y 6.

PREGUNTA	RESPUESTAS				
	V	F	SR	Si	No
1.1	8 (5)	132 (87)	12 (8)		
1.2	43 (28)	98 (64)	11 (8)		
1.3	103 (68)	14 (23)	35 (9)		
1.4	30 (20)	97 (64)	25 (16)		
2.1	30 (20)	117 (77)	5 (3)		
2.2	68 (45)	76 (50)	8 (5)		
2.3	108 (71)	36 (24)	8 (5)		
2.4	40 (48)	73 (27)	39 (25)		
6			27 (18)	36 (24)	89 (58)

n = número
 Porcentaje entre paréntesis
 SR = Sin respuesta

En relación a la radiografía de tórax en gestantes 30 (20%) opinaron que nunca debería practicarse debido al conocido riesgo teratógeno, 68 (45%) admitieron que debía practicarse si la gestante era PPD positivo y 40 (26%) consideraron que la fluoroscopia era en estos casos preferible ya que el riesgo de daño fetal era menor. El promedio porcentual de enunciados sin respuesta fue 9.8 (5.2-25.6) (cuadro N°1).

Respecto al recién nacido sano de la madre tuberculosa, 14 (9%) consideraron que el niño debería recibir lactancia artificial para evitar los efectos secundarios de las drogas recibidas por la madre, 34 (23%) recomendaron que el producto debería ser aislado de la madre para evitar su contagio, 44 (29%) afirmaron que el producto podía recibir lactancia materna y 53 (34%) opinaron que el recién nacido debería recibir quimioprofilaxis con isoniazida y lactancia materna. Siete (5%) encuestadas no respondieron esta pregunta.

La recomendación hecha a una mujer gestante del primer trimestre en la que se establece diagnóstico de tuberculosis fue como sigue: aborto terapéutico en 3 (2%) encuestadas, iniciar tratamiento en el segundo trimestre en 45 (30%), dieta hiperproteica e hipercalórica en 17 (11%) e iniciar tratamiento de inmediato en 85 (56%). No hubo respuesta en 2 (1%) encuestadas.

Frente a la pregunta relacionada a la modalidad de anticoncepción de debería recomendarse a una paciente que tiene vida sexual activa y recibe tratamiento por tuberculosis, cuatro (3%) consideraron que debería abstenerse de relaciones sexuales, 29 (19%) recomendarían métodos de anticoncepción hormonal por vía oral o intramuscular, 8 (5%) de tipo mecánico como el dispositivo intrauterino o el condón y 97 (64%) métodos naturales. No hubo respuesta en 14(9%) encuestadas.

Sólo 36 (24%) de las obstetrices afirmaron que la placenta era estudiada en los servicios de anatomía patológica cuando existía sospecha de tuberculosis en la madre. No respondieron 27 (18) de las encuestadas (Cuadro N°1).

DISCUSIÓN

Aunque la gran mayoría de las encuestadas opinaron que el PPD es inocuo en las gestantes, más de la cuarta parte de ellas afirmaron que este procedimiento era de poca utilidad al preverse resultados positivos en la mayoría de casos. Esta afirmación parece proceder de una errada inferencia en el medio médico y personal profesional de salud, sustentado en la alta prevalencia de tuberculosis pulmonar en el Perú.

La lectura del PPD por medio de la técnica de mantoux es el método más apropiado para establecer la condición de infección tuberculosa, no produce efectos secundarios en la madre o el feto y no está demostrado que la sensibilidad de la prueba se altere durante la gestación (6, 7, 8, 9, 10).

Llamó la atención descubrir que la cuarta parte de las encuestadoras consideran a la fluoroscopia como un procedimiento alternativo a la radiografía de tórax convencional. En nuestro medio, a toda gestante con PPD positivo, historia de contacto, antecedente de tuberculosis pulmonar o examen físico del tórax anormal se le debe indicar una radiografía de tórax. Con el empleo de un protector apropiado sobre la superficie del abdomen la exposición del feto a la radiación es menor de 0.3 mrad (11, 12, 13). Por el contrario la fluoroscopia produce altas dosis de radiación al feto y por tal razón este procedimiento está proscrito en gestantes.

De acuerdo a lo indagado por nuestra encuesta hay una tendencia en las obstetras a propiciar el aislamiento del recién nacido. Algunos autores consideran que un recién nacido de madre tuberculosa debe ser separado de ella hasta que la baciloscopia del esputo convierta a negativo (14, 15), sin embargo otros no comparten esta opinión (16). En nuestro medio el interesante trabajo de Document y col. Ha demostrado que los hijos de madres tuberculosas amamantados y con quimioprofilaxis pueden crecer normalmente y sin contagiarse (17). Esta última es una recomendación útil en la medida que no somete al niño a los riesgos conocidos de la lactancia artificial y preserva la relación madre-niño.

Toda mujer gestante con diagnóstico de tuberculosis debe recibir tratamiento sin demora. Los riesgos a los que lleva la tuberculosis son muchos mayores que los derivados de la terapia (15, 16, 18). Con adecuado tratamiento la mujer gestante tiene un excelente pronóstico al igual que la no gestante (16, 19, 20, 21). Las encuestadas conceptualizan con claridad el hecho de no existir indicación para aborto terapéutico en esta condición. De otro lado casi la tercera parte consideró que la terapia debería iniciarse en el segundo trimestre para evitar la administración de medicamentos durante la embriogénesis. Censo estricto esta decisión compete más al médico o enfermera o encargado del Programa de Control de Tuberculosis que a una obstetra. Esta última debe ser capacitada para que derive a la paciente al Programa sin tardanza.

Los anticonceptivos hormonales no están indicados en pacientes que reciben rifampicina ya que esta interacción resulta en la anulación del efecto anovulatorio de los primeros (23, 24). Esta alternativa fue la recomendada por la quinta parte de las encuestadas. Un porcentaje muy pequeño se inclinó por una alternativa mecánica que ofrece un margen de seguridad

importante como método para evitar la gestación. Dos terceras partes de las encuestadas se inclinaron por métodos naturales de anticoncepción; que en nuestra opinión son muy difíciles de aplicar por una mujer con vida sexual activa que se recupera subjetiva y físicamente de manera exitosa de una enfermedad crónica infecto contagiosa. Desafortunadamente los manuales normativos del Ministerio de Salud (2, 24) no hacen referencia a la interacción entre la rifampicina-anovulatorios hormonales ni la inconveniencia de gestar en una mujer tuberculosa pese a que, como ha sido mencionado, la primera causa de mortalidad indirecta en gestantes es la tuberculosis pulmonar (1).

La información obtenida en la encuesta sustenta la necesidad de implementar otro estudio mayor sobre los conocimientos que tiene el personal asistencial que labora directamente en atención materna que sirva como una de las bases para el diseño de actividades educativas en el área de tuberculosis y gestación.

Correspondencia:

Dr. Jorge Rey de Castro
Apartado Postal 21-0133
Lima 21

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cervantes R, Watanabe T y Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en el Perú. En el capítulo 2, muerte materna en los hospitales del Perú 1985. Editorial Arte Gráfica JWC, Lima, 1988; 35-109.
2. Ministerio de Salud. Doctrina, normas y procedimientos para el control de la Tuberculosis en el Perú. Lima, abril 1991.
3. Bedoya P. Tuberculosis y Gestación; estudio retrospectivo. Tesis Bach. UPCH. Lima, 1992.
4. Decreto Supremo 23576 promulgado el 20 de diciembre de 1982.
5. Lip C, Escobedo S. Los profesionales de las Ciencias de la Salud en el Perú. En elementos para el Análisis del Sector Salud. Lima 1992, 131-134. Separata en la biblioteca del proyecto REDISS (Red Integrada de Servicios de Salud), Universidad Peruana Cayetano Heredia.
6. American Thoracic Society: Diagnostic Standard and classification of tuberculosis. Am Rev Respir Dis 1990; 142:725.
7. Montgomery WP, Young RC jr. Allen MP y col. The tuberculin test in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1968; 100:829-834.
8. Present PA, Comstock GW. Tuberculin sensitivity in pregnancy. Am Rev Respir Dis 1975; 112:413-417.
9. Vallejo J, Starke JR. Tuberculosis and Pregnancy en Pulmonary Disease in Pregnancy. Clinics in Chest Med 1992; 13:697.
10. Grupo de Trabajo TIR. Sociedad Española de Neumología y enfermedades del SEPAR. Archivos de Bronconeumología 1992; 28:270-278.
11. Swartz HM. Radiation risk from the chest examination JAMA 1974; 228:696-98.

12. Swatz HM, Reichling BA. Hazards of radiation exposure for pregnant women. *JAMA* 1978; 239:1907-8.
13. Reichman LB. Prenatal x ray. *Obstet Gynecol* 1974; 43:605-6.
14. Calderon E. Tuberculosis y riesgo perinatal. *Infectología* 1984;4:196-201.
15. Medchill MT, Gillum M. Diagnosis and management of tuberculosis during pregnancy. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1989; 44:81-84.
16. Abdulgany H, Glassroth J. Tuberculosis and Pregnancy. *Chest* 1992; 101:114-20.
17. Document P, Accinelli R, Caravedo L. Lactancia materna exclusiva en hijos de madres tuberculosas. *Rev Med Hered* 1991; 4:144-48
18. Wilson EA, Thelin TJ, Dilts PV. Tuberculosis complicated by pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 115:526-32
19. Snider DE, Layde RM, Johnson MV, Lyle MA. Treatment of tuberculosis during pregnancy. *Am Rev Respir Dis* 1980; 122:65-79
20. De March P. Tuberculosis and pregnancy. *Chest* 1975; 68:800-06
21. Mehta BR. Pregnancy and Tuberculosis. *Dis Chest* 1961; 39:505-12
22. Addington WW. The side effects and interactions of antituberculous drugs. *Chest* 1976; 76:782 (suppl 6)
23. Skolnick JL, Stoler BS, Katz DB. Rifampin, oral contraception and pregnancy. *JAMA* 1976; 236:1382.
24. Ministerio de Salud. Doctrina, normas y procedimientos para el control de la Tuberculosis en el Perú. Lima, abril 1991.
25. Hageman J, Shulman S, Schreiber M. Congenital tuberculosis: critical reappraisal of clinical findings and diagnostic procedures. *Pediatrics* 1980; 66:980-8
26. Kaplan C, Benirschke K, Tarzy B. Placental tuberculosis in early and late pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137:858.