

Nombre del alumno:

Rudy Ángel Osvaldo Vázquez
Zamorano

Nombre del profesor:

Dr. Diego Rolando Martínez Guillen

Nombre del trabajo:

“Resumen”

Grado: 4-º. Semestre.

Grupo: “A”

La tuberculosis pulmonar es un problema de salud pública viejo y permanente, se calcula que el 32% de la población mundial ha tenido una infección por *Mycobacterium tuberculosis*, se presenta aproximadamente 8 a 10 millones de casos al año y mata 1.6 millones de personas por año, la mayoría en países en desarrollo. África, los casos se han cuadruplicado desde 1990 debido a la co-infección con el VIH ; por esto se considera a la tuberculosis una enfermedad emergente mundial.

Las medidas más importantes para prevenir la transmisión de nuevos casos de tuberculosis pulmonar son : contra las condiciones que permitan mantener una alta susceptibilidad de esta enfermedad, la identificación temprana y el aislamiento de los casos de tuberculosis pulmonar (TBP) activos.

El objetivo primordial de las intervenciones en el control de la tuberculosis es reducir o eliminar el impacto adverso de las intervenciones en el control de la tuberculosis es reducir o eliminar el impacto adverso de los factores epidemiológicos de riesgo para la progresión de la enfermedad a través de :

- El tratamiento adecuado de tuberculosis para disminuir el riesgo de muerte por esta enfermedad al restaurar la salud, curar la enfermedad y reducir el riesgo de transmisión de la bacteria a susceptibles en la comunidad.
- El tratamiento profiláctico para prevenir la infección con *M. tuberculosis* de su posible ocurrencia.
- La aplicación de la vacuna BCG antes de la adquisición de la infección por *M. tuberculosis* oroaer6a al sistema inmune para evitar el riesgo de progresión a partir de una forma subclínica y de una forma latente, a una diseminada.
- La quimioterapia preventiva, que es el tratamiento de las formas subclínicas o latentes en el humano para reducir la progresión a formas diseminadas.

El objetivo del tratamiento es la curación en el 100% de los casos, asumiendo que los bacilos son sensibles a los medicamentos y que la administración sea efectuada en forma correcta durante un tiempo adecuado. Sin embargo, este resultado se dificulta por diferentes circunstancias relacionadas con el paciente, agente y la accesibilidad al tratamiento. Una vez iniciando los medicamentos antifímicos, hay una pequeña proporción de microorganismos que por mutación al azar presentan resistencia natural a los fármacos.

El número aproximado de bacilos resistentes naturales a un solo medicamento se ha considerado que es de 1 a 10 para isoniazida, 1 en 10 para rifampicina, 1 en 10 para embutamol, 10 para estreptomina y 10 para pirazimida.

El propósito del tratamiento antifímico es interrumpir la transmisión de *M. tuberculosis*, prevenir la adquisición de resistencia a drogas y curar al paciente. Los principios generales para el tratamiento antifímico son:

- Terapia inicial con cuatro drogas con diagnóstico clínico y/o de laboratorio de tuberculosis pulmonar, esencial para minimizar el riesgo de desarrollo de resistencia a fármacos.
- Nunca tratar tuberculosis activa con una sola droga.
- Nunca agregar un medicamento antifímico ante la falla a un esquema.
- Todos los medicamentos antifímicos deben ser administrados bajo supervisión estrecha para asegurar la adherencia terapéutica y reducir la emergencia de resistencia.

La importancia de la adherencia al tratamiento es el punto clave para llevar a la curación al paciente, ya que las consecuencias de su abandono pueden ser: 1) el paciente tendrá pobre oportunidad de curar, 2) el paciente permanecerá como infeccioso y podrá transmitir la infección, 3) evolucionará hacia la multiresistencia.

DEFINICION

Se entiende por Tuberculosis pulmonar a la enfermedad infecto-contagiosa producida por micobacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. hominis*, *M. bovis*, *M. africanum*), que afecta el parénquima pulmonar con alto grado de contagiosidad, pero que, sin embargo, es prevenible y curable.

Caso nuevo de tuberculosis pulmonar: paciente en quien se diagnostica tuberculosis pulmonar y nunca ha recibido tratamiento antifímico.

PREVENCION PRIMARIA

El mayor riesgo de transmisión para los contactos estrechos de pacientes después de una exposición intensa o prolongada, se presenta cuando el enfermo tiene cavernas, las cuales se consideran factores causales de infectividad.

Es indispensable efectuar escrutinio de TB para personas que se consideran contactos estrechos de pacientes con TB con cavernas activas.

PREVENCION SECUNDARIA

Entre el 30% al 40% de las personas identificadas como contactos cercanos con pacientes con TBP desarrollan TBP latente.

Los factores socioeconómicos como los estilos de vida, la cultura, creencias acerca de la enfermedad, estigmatización, género, edad, el alto costo y duración del manejo integral, son factores que determinan el abandono al tratamiento.

Se recomienda analizar el contexto de las necesidades sociales, la movilización de los sistemas de salud, la educación a la comunidad y la estrecha comunicación con el paciente y la familia para evaluar el pronóstico del apego a las recomendaciones efectuadas.

Tienen alta prioridad para escrutinio de TB: 1) Las personas con factores de riesgo para desarrollar TB, 2) lactantes y niños menores de 4 años, 3) Contactos cercanos familiares o de congregaciones, 4) personas que se encuentran durante procedimientos médicos en personas con TB activa, y 5) Todas las personas nombradas por el paciente como contactos cercanos durante el periodo infeccioso.

DIAGNOSTICO

Los síntomas clínicos en el diagnóstico de TBP son ambiguos, sin embargo, se requiere la búsqueda intencionada en niños de: Tos ≥ 2 semanas en ausencia de otra causa, fiebre, pérdida de peso o falla para crecer. En adultos: Tos persistente ≥ 2 semanas, productiva, en ocasiones acompañada de hemoptisis, con síntomas adicionales como fiebre vespertina o nocturna, sudoración nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia. En personas con tos sin explicación y ataque al estado general y en pacientes con neumonías adquiridas en la comunidad que no mejoraron después de 7 días de tratamiento.

En toda persona con tos productiva ≥ 2 semanas se debe sospechar TBP, por lo tanto, se requiere efectuar el estudio integral y la búsqueda intencionada de M. tuberculosis.

La prueba de la tuberculina (PPD) se considera positiva con ≥ 5 mm, de acuerdo a las siguientes características:

- 1) Contacto estrecho con un caso de TB activo
- 2) Co-infección con VIH independientemente de su estado
- 3) Otras condiciones de inmunocompromiso
- 4) Uso de corticoesteroides sistémicos
(prednisona 15 mg por un mes o más)
- 5) Historia de trasplante de órganos o de otra terapia inmunosupresora
- 6) Cambios fibrosos en radiografía de tórax sugestivos de TBP inactiva
- 7) Radiografía o hallazgos clínicos de TB activa

La prueba de la tuberculina se considera positiva con 10 mm o más para sospecha de TB activa, cuando no reúne las características anteriores.

PRUEVAS DIAGNOSTICAS

El examen microscópico del esputo, es un estudio altamente específico para el diagnóstico de TBP, por tres razones.

- 1) Método más rápido para determinar si una persona tiene TBP.
- 2) Identifica a los pacientes con mayor riesgo de morir por esta enfermedad.
- 3) Identifica los pacientes con mayor riesgo de transmitir la enfermedad.

El examen de esputo para la búsqueda de Bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) es la prueba diagnóstica más importante en aquellos pacientes en los que se sospecha TBP.

Se requieren al menos tres muestras de esputo para estudio microscópico y búsqueda de BAAR, las muestras deben enviarse al laboratorio dentro de las primeras 24 horas de su emisión.

La PCR es una técnica altamente sensible para detectar micobacterias en esputo, aun cuando el cultivo es negativo, sin embargo, no debe ser utilizada para monitorización del tratamiento.

La nebulización con solución salina estéril hipertónico (3%) puede ser utilizada para obtener la muestra de esputo en pacientes con sospecha de TBP y que no sea posible obtener ésta de manera espontánea.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Cuando la prevalencia de resistencia inicial a HAIN es $\geq 4\%$, se recomienda usar en pacientes no tratados previamente un esquema de cuatro drogas bactericidas durante la primera fase de tratamiento para asegurar su eficacia y de acuerdo al esquema seleccionado puede administrarse diariamente o tres veces por semana durante dos meses. La continuación en la segunda fase se realiza con al menos dos drogas para completar seis meses.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

En pacientes con fracaso terapéutico, la persistencia de zonas alveolares destruidas con bronquiectasias, hemoptisis masiva, estenosis bronquial irreversible y fístula broncopleural, es una indicación para tratamiento quirúrgico.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

- Para mejorar la adherencia al tratamiento antifímico, debe asegurarse que el paciente reciba el tratamiento prescrito.
- Los pacientes que presenten en esputo BAAR positivo al quinto mes de tratamiento, deben ser considerados como falla terapéutica, por lo cual se tendrá que revalorar el tratamiento antifímico.
- Todos los pacientes con tuberculosis pulmonar deben ser monitorizados para evaluar la respuesta terapéutica mediante el estudio microscópico del esputo, al menos dos muestras al completar la fase inicial (dos a tres meses). A los 5 meses y al terminar del tratamiento

TIEMPO ESTMADO DE RECUPERACION Y DIAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

	EVIDENCIA/RECOMENDACION	NIVEL/GRADO
E	Los pacientes que presenten cuadro clínico, sean baciliferos y que inicien tratamiento, requieren de incapacidad durante 30 días, o hasta que las baciloscopias sean negativas	NOMM 006-1993
E	Cuando las baciloscopias son negativas el paciente puede regresar a laborar	NOM-006-1993
E	Cuando el paciente persiste con baciloscopias positivas, se debe evitar a cultivo, revaloración terapéutica y debe continuar discapacidad hasta su negatividad	NOM-006-1993

DIAGNOSTICOS POR MEDIO DE IMAGEN

Prueba para detectar la infección por tuberculosis.

Para detectar la infección por *M. tuberculosis* se puede usar la prueba cutánea de la tuberculina de Mantoux o una prueba de sangre para detectar la tuberculosis. Es necesario hacer más pruebas para confirmar la enfermedad de tuberculosis.

Radiografía de tórax.

La radiografía de tórax anteroposterior se utiliza para detectar anomalías en el pecho. Las lesiones pueden aparecer en cualquier parte de los pulmones y pueden diferir en tamaño, forma, densidad y cavitación. Estas anomalías pueden indicar tuberculosis, pero no pueden usarse para diagnosticarla de manera definitiva. Sin embargo, se puede usar una radiografía de tórax para descartar la posibilidad de tuberculosis pulmonar en una persona que haya tenido una reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina o a la prueba de sangre para detectar la tuberculosis y que no tenga síntomas de la enfermedad.

