

Universidad del Sureste
Escuela de Medicina Humana

SEMESTRE:

7º A

MATERIA:

CLÍNICAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS.

CLAVE:

1.

DOCENTE:

DR. DIEGO ROLANDO MARTÍNEZ GUILLÉN.

ALUMNO (A):

IRIANA YAYLÍN CAMPOSECO PINTO.

COMITÁN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS, 27 DEMAYO DEL 2022.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR.

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. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente: En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales.

Los datos clínicos como pérdida de peso o falla para crecer en niños, fiebre inexplicable y tos persistente por más de dos semanas, que puede ir acompañada de hemoptisis, con algunos síntomas adicionales como fiebre vespertina o nocturna, sudoración nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia y ataque al estado general, en adultos, debe investigarse tuberculosis pulmonar.

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.

Todos los laboratorios de microbiología deben reportar los resultados de acuerdo al momento de la toma de la muestra con las siguientes especificaciones: Estudio microscópico para buscar bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR): ≤ 24 horas Detección de crecimiento de micobacterias en cultivo: ≤ 14 días Identificación de micobacterias: ≤ 21 días, y Pruebas de sensibilidad a micobacterias: ≤ 30 días. Los siguientes resultados de laboratorio deben ser reportados al clínico en forma inmediata: Tinción con bacilos ácido-alcohol resistentes o cultivo positivo Identificación de *M. Tuberculosis*, especialmente cuando los aislamientos sean resistentes A ATS, CDC, IDSA, 2005 El estudio microscópico del esputo para la búsqueda de bacilos ácido alcohol resistentes, sigue demostrando una alta sensibilidad (51.8%) y especificidad (97.5%) con valor predictivo positivo de 73.3% y negativo de 93% comparado con el cultivo.

El cultivo de esputo para micobacterias en pacientes con VIH requiere mayor tiempo de incubación que en pacientes sin VIH, por lo que se requiere mayor énfasis en un control de calidad adecuado en estos casos. La nebulización con solución salina estéril hipertónica (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. Se requiere un control de calidad muy estricto en los cultivos para la investigación de tuberculosis, tanto en medios líquidos y sólidos, sobre todo en relación con pacientes con infección por el VIH.

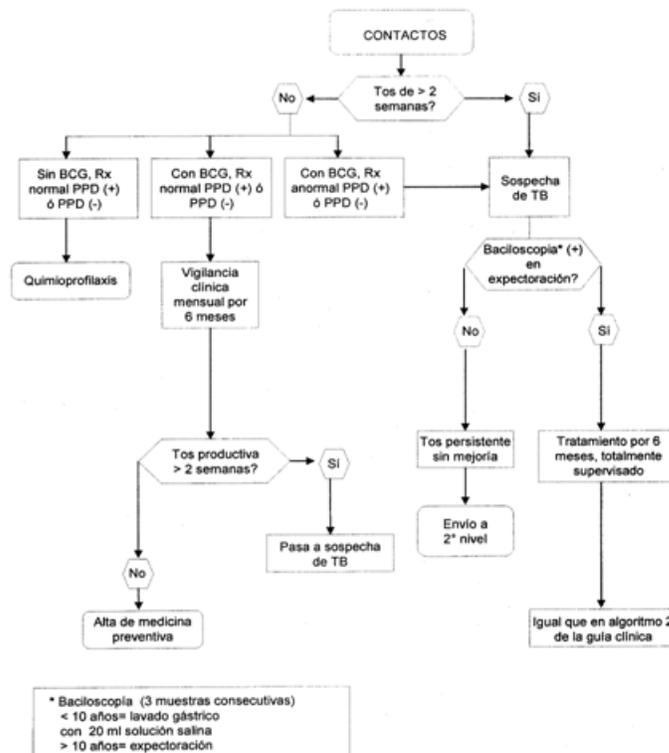
Tratamiento: Cuando la prevalencia de resistencia inicial a HAIN es $\geq 4\%$, se recomienda usar en pacientes no tratados previamente un esquema de cuatro drogas bactericidas durante la primera fase de tratamiento para asegurar su eficacia. Existen diferentes estudios que demuestran la efectividad del esquema terapéutico a seis meses, con recaída a 18 meses menor del 2.5%. El tratamiento directamente supervisado, sugerido por la OMS, extendido mundialmente para asegurar la adherencia al tratamiento, permite identificar aquellos pacientes con riesgo de abandono del mismo y a quienes desarrollan efectos secundarios a los fármacos antifímicos. El manejo supervisado verificando la ingesta de los medicamentos logra una tasa elevada de curación.

Fase Intensiva	Diario de lunes a sábado por 10 semanas hasta completar 60 dosis .En una sola toma.	
Medicamentos	Separados (Dosis)	Combinación fija clave 2414 4 grageas juntas diarias por 60 días
Rifampicina	600mg	150mg
Isoniacida	300mg	75mg
Piracinamida	1,500mg a 2,000mg	400mg
Etambutol (a)	1,200mg	400mg
Fase de Sostén	Intermitente: Una dosis 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes, por 15 semanas hasta completar 45 dosis. Una sola toma.	
Medicamentos	Separados (Dosis)	Combinación fija clave 2415 4 cápsulas juntas tres veces por semana. (45 dosis)
Isoniacida	800mg	200mg
Rifampicina	600mg	150mg

Cada Institución de Salud que prescribe tratamiento antifímico, debe contar con un sistema que brinde supervisión de la toma de medicamentos y apoyo para el conocimiento de la enfermedad y la importancia del apego del paciente al tratamiento.

Los pacientes que presentan 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 término del tratamiento.



Bacilo ácido alcohol resistente (BAAR): microorganismo identificado a través de la tinción de una muestra de esputo o jugo gástrico del paciente con sospecha de tuberculosis pulmonar activa.

Bacilo Calmette-Guérin (BCG): microorganismo con el cual está hecha la vacuna contra la tuberculosis, efectiva para prevenir las formas diseminadas de la enfermedad en la edad pediátrica, con una eficacia aproximada del 50% en prevenir tuberculosis pulmonar en adultos.

Caso índice: persona inicialmente identificada como portadora de tuberculosis pulmonar activa, que se considera la fuente de infección para otros casos.

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

Contacto de tuberculosis: persona que ha sido expuesta a la infección por M. tuberculosis mediante la dispersión en el medio ambiente de con el agente infeccioso del paciente.

Contacto estrecho: persona que comparte el mismo espacio aéreo en el domicilio o en un medio ambiente cerrado (oficina, hospital), durante tiempo prolongado (días o semanas) con sospecha de tuberculosis pulmonar activa o enfermedad confirmada. Se le considera un contacto de alta prioridad debido a su riesgo elevado para desarrollar infección por M. tuberculosis.

Contagioso: característica de una enfermedad que describe la intensidad de la transmisión del agente responsable (agente infeccioso) de una persona enferma a otra no enferma con la cual convive o tiene contacto directo o indirecto.

Esputo: secreción mucosa que proviene de los pulmones. El examen de esputo puede confirmar la enfermedad activa por M. tuberculosis. El esputo es diferente de la saliva o las secreciones nasales, por lo que se debe tener cuidado en la obtención adecuada de la muestra.

Esputo inducido: método para obtener esputo de un paciente que es incapaz de toser para obtener la muestra de manera espontánea. El paciente inhala solución salina que estimula la tos y la producción de secreciones desde lo más profundo de los pulmones.

Fracaso al tratamiento antifímico: paciente que persiste con baciloscopia positiva en esputo al quinto mes durante el tratamiento adecuado.

Hemoptisis: expectoración o tos productiva con sangre o esputo sanguinolento de una persona con síntomas clínicos de tuberculosis pulmonar (la hemoptisis también puede observarse en otras condiciones pulmonares, ej. cáncer)

Incidencia: número de nuevos casos o nuevos eventos que se desarrollan durante un tiempo específico.

Infección latente de tuberculosis: infección con M. tuberculosis en ausencia de signos o síntomas de la enfermedad.

Mascarilla: dispositivo que se coloca sobre la nariz y boca cubriéndolas perfectamente, con el objetivo de prevenir la diseminación de partículas de la nasofaringe del enfermo que contengan M. tuberculosis para que no permanezcan en el medio ambiente.

MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

clave	Principio Activo	Dosis recomendada		Presentación	Dosis intermitentes		Dosis Maxima/día	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
		Ninos mg /Kg. peso	Adultos Mg / kg peso		Ninos mg /Kg. peso	Adultos Mg / kg peso				
2404	Isoniazida	10-15mgs	5-10 mgs.	Comprimidos de 100mg	15-20 mg	600-800 mg	300 mg	Neuropatía periférica Hepatitis	Los antiácidos disminuyen la absorción, la carbamacepina aumenta el riesgo de hepatotoxicidad. Los corticosteroides disminuyen la eficacia de la isoniazida. Con disulfiram se presentan síntomas neurológicos.	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática o renal. Precauciones: Alcoholismo crónico.
2409	Rifampicina	15 mg	10 mg	Caps. 30mg	15-20 mg	600 mg	600 mg	Hepatitis Hipersensibilidad. Interacciones medicamentosas	afectar la actividad de: anticonvulsivantes, antiaritmicos, antipsicoticos, anticoagulantes orales u otros: fluconazol,	Hipersensibilidad a las rifamicinas.

2410	Rifampicina	15 mg	10 mg	Jarabe 100mgx2ml			600 mg	Hepatitis Hipersensibilidad. Interacciones medicamentosas	Igualmente	
2413	Pirazinamida	25-30 mg	20-30 mg	Comp. 500 mg	50mg	2.5 g	1.5- 2 g	Gota Hepatitis	Usarse con precaucion en pacientes con antecedentes de gota. tiene propiedades inductoras y que la isoniazida tiene propiedades inhibitorias sobre determinadas enzimas del citocromo P-450.	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de las formulas.
2405	Etambutol	20-30 mg	15-25 mg	Comp. 400 mg	50 mg	2400 mg	1200 mg	Alteracion de la vision	Se debe administrar con otros antituberculosos para incrementar su efecto terapeutico.	Hipersensibilidad al farmaco, neuritis optica y en menores de 12 años. Precauciones: Insuficiencia renal.
2403	Estreptomina	20-30 mg	15 mg	Co. Amp. 1 g	18 mg	1 g	1 g	Vertigo. Hipoacusia Dermatosis	Con anestésicos generales y bloqueadores neuromusculares potencializa el bloqueo neuromuscular. Con cefalosporinas aumenta la neurotoxicidad. Con diuréticos de asa aumenta la ototoxicidad, el dimenhidrinato enmascara los síntomas ototóxicos.	Hipersensibilidad al farmaco. Precauciones: Insuficiencia renal.

Tratamiento primario Acortado, Estrictamente Supervisado (TAES)

Nota: esquema calculado para adulto de 50 Kg o más de peso.

Fase Intensiva	Diario de lunes a sábado por 10 semanas hasta completar 60 dosis .En una sola toma.	
Medicamentos	Separados (Dosis)	Combinación fija clave 2414 4 grageas juntas diarias por 60 días
Rifampicina	600mg	150mg
Isoniacida	300mg	75mg
Pirazinamida	1,500mg a 2,000mg	400mg
Etambutol (a)	1,200mg	400mg
Fase de Sostén	Intermitente: Una dosis 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes, por 15 semanas hasta completar 45 dosis. Una sola toma.	
Medicamentos	Separados (Dosis)	Combinación fija clave 2415 4 cápsulas juntas tres veces por semana. (45 dosis)
Isoniacida	800mg	200mg
Rifampicina	600mg	150mg

