



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura en Medicina Humana

Clínicas medicas complementarias.

Resumen:

Tuberculosis Pulmonar.

Docente:

Dr. Diego Rolando Martinez Guillen.

Alumno:

Mario Alberto Gordillo Martínez.

Semestre y Grupo:

7° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas 27 de mayo del 2022.

Tuberculosis Pulmonar.

La tuberculosis Pulmonar se entiende como la enfermedad infecto-contagiosa producida por la micobacteria del complejo "Mycobacterium tuberculosis (M. hominis, M. bovis. M. africanum), que afecta el parénquima pulmonar con alto grado de contagio, pero, sin embargo, es prevenible y curable.

La tuberculosis se contagia casi exclusivamente a través de la inhalación de partículas transmitidas por el aire (aerosoles) que contienen M. tuberculosis. Se dispersan sobre todo a través de la tos, estornudos y otras maniobras respiratorias realizadas con esfuerzo por individuos con tuberculosis pulmonar o laríngea activa y con esputo cargado de un número significativo de microorganismos (en general, los suficientes para que una muestra sea positiva). Las personas con lesiones pulmonares cavitarias son las responsables del mayor número de contagios, debido al alto número de bacterias contenidas dentro de la lesión.

Las partículas aerosolizadas (partículas de < 5 micron de diámetro) que contienen bacilos tuberculosos pueden permanecer suspendidas en las corrientes de aire ambiental durante horas, lo que aumenta el riesgo de diseminación. No obstante, una vez que las partículas se depositan sobre una superficie, resulta difícil volver a suspender los microorganismos (p. ej., al barrer el piso o sacudir ropa de cama) para que vuelvan a convertirse en partículas respirables.

La tuberculosis puede ocurrir en 3 etapas:

- Infección primaria
- Infección latente
- Infección activa

En un principio, el bacilo M. tuberculosis causa una infección primaria que no suele producir una enfermedad aguda. La mayoría (alrededor del 95%) de las infecciones primarias no produce síntomas y al finalizar ingresa en una fase latente. Un porcentaje variable de las infecciones latentes se reactiva con signos y síntomas de la enfermedad.

Grupos vulnerables:

- Niñas y niños.
- Adultos Mayores.
- Personas con defensas bajas.
- Personas con desnutrición.
- Personas que viven con VIH/SIDA.
- Fumadores.
- Personas enfermas con diabetes mellitus.

Síntomas:

Los síntomas clínicos en el diagnóstico de TBP son ambiguos, sin embargo se requiere la búsqueda intencionada.

Niños:

- Tos \geq 2 semanas en ausencia de otra causa.
- Fiebre,
- Pérdida de peso o falla para crecer.
-

En adultos:

- Tos persistente \geq 2 semanas, productiva en ocasiones acompañada de hemoptisis.
- 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.

Diagnostico:

La prueba de la tuberculina (PPD) se considera positiva con \geq 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.

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 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.

La inducción de la expectoración puede evitar la realización de procedimientos invasivos en aquellos pacientes que no pueden emitir espontáneamente el esputo.

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.

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.

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.

Fuentes de información:

Recuperado de Guía de Práctica clínica/Diagnóstico y tratamiento para casos nuevos de tuberculosis pulmonar; Secretaria de salud 2009.