

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Clínica pediátrica

Resumen:

Tuberculosis GPC y Diagnóstico por imagen

Docente:

Dr. Diego Rolando Martínez

Alumno:

Víctor Eduardo Concha Recinos

Semestre y Grupo:

7° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 27 de Mayo de 2022

Tuberculosis pulmonar

La GPI nos define a la tuberculosis pulmonar como aquella enfermedad de origen infecto-contagiosa que afecta el parénquima pulmonar y el cual tiene un alto grado de contagio que sin embargo es curable y prevenible.

Al hablar del tuberculosis pulmonar en el primer nivel de salud tenemos que hacer hincapié en las cantidades probabilísticas de que una persona pueda adquirir esta infección y por ende resulta imprescindible tomar en consideración algunos factores influyentes como lo son la concentración de partículas esparcidas en el medio ambiente, duración de esta, cercanía de la exposición, etc.

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. Otros factores que influyen para la prevención secundaria son los que se encuentran relacionados al nivel socioeconómico de cada persona, la cultura, edad, género, etc. Aunado a esto, se suma la estrecha investigación de alta prioridad para escrutinio, las cuales pueden ser:

- a) Las personas con factores de riesgo para desarrollar TB
- b) Lactantes y niños menores de 4 años
- c) Contactos cercanos familiares o de congregaciones
- d) Personas que se encuentran durante procedimientos médicos en personas con TB activa
- e) Todas las personas nombradas por el paciente como contactos cercanos durante el periodo infeccioso

El diagnóstico es clínico según las GPI, primordialmente y debemos de hacer gran énfasis en datos clínicos ambiguos como tos ≥ 2 semanas en ausencia de otra causa, fiebre, pérdida de peso o falla para crecer, aunado hemoptisis, astenia, adinamia, y ataque al estado general (en cuanto a infantes) y para adultos debemos centrarnos en una 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.

Podemos apoyarnos de la prueba de tuberculina, que esta se confirmará en casos donde salga positiva con ≥ 5 mm y se tenga datos de contacto estrecho de TB activo, co-infección con VIH, inmunocomprometidos, uso de cortico esteroides sistémicos como la Prednisona, historia de trasplantes, cambios fibrosos en rx.

Para el diagnóstico por medio de pruebas laboratoriales, podemos basarnos en un examen microscópico del esputo, pues este es un estudio altamente específico para el diagnóstico de TBP, por el hecho de ser más rápida, mayor margen de error en la detección y la identificación alta de riesgos de contagio. La nebulización con solución salina estéril hipertónica (3%) puede ser utilizada para obtener la muestra de esputo en pacientes con sospecha de TBP.

El tratamiento, como es de esperarse en la mayoría de patologías tiene un lado que es apoyado por farmacología y otros por medidas terapéuticas no farmacológicas, en lo que respecta a las primeras; la guía nos menciona que existen estudios en los que se ha demostrado eficacia de un esquema terapéutico pero que por lo regular tiene incidencia de recaída al 2.5% de los casos 6 meses después de iniciado el tratamiento. Y en lo que respecta al tratamiento no farmacológico y específicamente en pacientes con fracaso terapéutico, la persistencia de zonas alveolares destruidas con bronquiectasias, hemoptisis masiva, estenosis bronquial irreversible, etc. es una indicación para tratamiento quirúrgico.

Tanto la prueba de Tuberculina como la rx de tórax son esenciales para el diagnóstico, y se sabe que una radiografía de tórax normal tiene un alto valor predictivo negativo para la presencia de TB activa. En un estudio radiográfico de tórax, la detección de cualquier anormalidad (parenquimatosa, ganglionar o pleural) con o sin calcificación no precisa el grado de actividad. Entonces; la tuberculosis primaria se manifiesta típicamente como una consolidación parenquimatosa unifocal; la consolidación multilobar es menos frecuente y se observa aproximadamente en el 25% de los casos. En ocasiones el proceso afecta a la totalidad de un lóbulo (a menudo el lóbulo medio). Es posible que este compromiso

sea el resultado de una combinación de consolidación del parénquima (causada por invasión directa de los bacilos) y atelectasia (resultante de la obstrucción bronquial debida a compresión extrínseca por adenopatías o a proceso endobronquial)

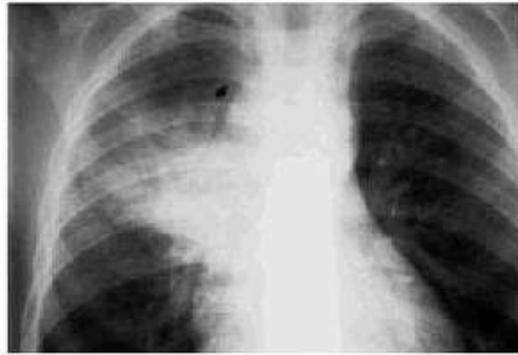


Fig. 1. Tuberculosis pulmonar primaria. La radiografía de tórax frontal revela una consolidación parenquimatosa unifocal y adenopatías paratraqueales derechas (flecha negra) y posiblemente hiliares ipsolaterales.