



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“Resumen De La Guía De Practica Clínica Sobre Diagnostico Y Tratamiento De Casos Nuevos De Tuberculosis Pulmonar.”

Materia:
Inmunoalergias

Docente:
Dr. Diego Rolando Martínez Guillen

Alumno:
Karla Gpe. Alvarado López

Semestre:
8° “A”

Definición

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

Los síntomas clínicos en el diagnóstico de TBP son ambiguo, 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.

Factores de riesgo

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
- 5) Todas las personas nombradas por el paciente como contactos cercanos durante el periodo infeccioso.

Diagnostico

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 transplante 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

El **examen microscópico del esputo**, es un estudio altamente específico para el diagnóstico de TBP. Tiene alta sensibilidad (51.8%) y especificidad (97.5%) con valor predictivo positivo de 73.3% y negativo de 93% comparado con el cultivo

La **técnica de PCR** tiene diversas ventajas como lo es su rapidez, el resultado puede obtenerse en aproximadamente 10 horas. M. tuberculosis puede identificarse aún en muestras con cultivos negativos. La sensibilidad reportada para PCR, cultivo y estudio microscópico es de 97%, 88% y 65% respectivamente.

Los siguientes resultados de laboratorio deben ser reportados al clínico en forma inmediata:

- Tinción con bacilos ácidoalcohol resistentes o cultivo positivo
- Identificación de M. tuberculosis en cualquier muestra.
- Sensibilidad antimicrobiana de M. tuberculosis, especialmente cuando los aislamientos sean resistentes

Tratamiento farmacológico

Fase Intensiva:

Rifampicina, (niños 15 mg, adultos 10 mg), dosis máxima 600mg

Isoniacida (niños 10-15 mg, adultos 5-10 mg), dosis máxima 300mg

Piracinamida 1500-2000 mg

Etambutol 1200mg

Fase de Sostén:

Rifampicina 600mg

Isoniacida 800mg

Tratamiento no farmacológico

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

Recomendaciones

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.

Para la prevención de esta enfermedad existe la vacuna BCG aplicada en el nacimiento

Mycobacterium Tuberculosis

También se le conoce como bacilo de Koch. Perteneció a la familia Mycobacteriaceae. Junto con *M. africanum*, *M. bovis* y *M. microti* constituyen el complejo de bacterias causantes de la tuberculosis

Son bacilos Gram positivo, ácido-alcohol resistentes, con tamaño entre 0.2-0.7 x 1-10 micras, ligeramente curvados, aerobios estrictos, inmóviles, no formadores de esporas ni cápsulas y de crecimiento lento. Su Reservorio y Hospedador es el Humano. Su dosis infectiva mínima (DIM) es menos de 10 bacilos por inhalación.

Es capaz de sobrevivir durante meses en el esputo. Es muy sensible al calor, a la luz solar y a la luz ultravioleta, pero es resistente al frío, a la congelación y a la desecación. En condiciones adversas puede entrar en estado de latencia.

Células responsables de la fisiopatología

Una vez los bacilos de *M. tuberculosis* son inhalados, estos se asientan en los alveolos, donde son fagocitados por los **macrófagos alveolares, células de polvo o neumocitos tipo III** (es una célula con alta capacidad fagocitaria que **se** encuentra libre en el interior del alveolo desplazándose sobre el surfactante. Posee una estructura de macrófago y una gran variedad de cuerpos residuales.).

Sin embargo, en las personas inmunocomprometidas los bacilos resisten a los intentos de fagocitosis y a la degradación que realizan los macrófagos, dando como resultado una replicación de *M. tuberculosis* dentro de estos. A medida que los bacilos se multiplican, los macrófagos alveolares los llevan a los ganglios linfáticos regionales y pudiendo diseminarse por vía hematogena a otras localizaciones, como, por ejemplo: peritoneo, meninges, hígado, bazo, ganglios linfáticos

Bibliografía:

GPC. Diagnostico Y Tratamiento De Casos Nuevos De Tuberculosis Pulmonar