



**Universidad del Sureste Escuela  
de Medicina**

---

**Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de  
Tuberculosis Pulmonar**

**Docente: Martínez Guillen Diego Rolando**

**Materia: Inmunoalergias**

**Alumno: Gómez Albores Roberto**

**Semestre: 8° Grupo A**

**27/Mayo/2022**

## Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar

Tuberculosis pulmonar(TBP), 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.

### FACTORES DE RIESGO

Contacto cercano con pacientes con TBP. • lactantes y niños menores de 4 años, 3)  
Contactos cercanos familiares o de congregaciones, 4)

### DIAGNÓSTICO TEMPRANO

El diagnóstico clínico de Tuberculosis Pulmonar inicia con un examen clínico, aunado a factores de riesgo previamente señalados, que ante la sospecha se efectuara el estudio integral y la búsqueda intencionada de M. tuberculosis. Siendo el examen de esputo para la búsqueda de Bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) la prueba diagnóstica más importante en aquellos pacientes en los que se sospecha TBP.

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.

La prueba de la tuberculina se considera positiva con 10 mm o mas para sospecha de TB activa, cuando no reúne las características anteriores. Es indispensable efectuar como escrutinio la prueba de tuberculina tomando en cuenta el tipo de huésped con las siguientes consideraciones: Si la prueba de tuberculina inicial es negativa, puede realizarse una segunda entre 1 a 3 semanas después. Si la segunda es negativa la persona se considera no infectada. Si la segunda prueba es positiva, el paciente debe clasificarse como infectado para iniciar manejo antifímico.

### INTERROGATORIO

Los síntomas clínicos en el diagnóstico de TBP son ambiguos, sin embargo se requiere la búsqueda intencionada en niños de: 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, con síntomas adicionales como fiebre vespertina o nocturna, sudoración nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia

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.

**TRATAMIENTO:**

***Tratamiento primario Acortado, Estrictamente Supervisado (TAES)***

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

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

Cuando la prevalencia de resistencia inicial a HAIN es  $\geq$  4% se recomienda usar en

**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. Es indispensable efectuar el seguimiento clínico y radiológico en forma estrecha, para detectar en forma oportuna complicaciones o fracaso terapéutico que requieran de otro tipo de intervenciones.

#### FISIOPATOLOGIA:

La persona inoculan por via respiratoria fragmentos de la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* a través de gotitas escupidas por un paciente con tuberculosis y luego penetran en los alvéolos, donde los macrófagos actúan con la bacteria de la tuberculosis, donde se lleva acabo la replicacion aproximadamente cada 25 horas en esta etapa, los macrófagos no matan ni destruyen los bacilos que se replican la progresión de la infección está limitada únicamente por la inducción de inmunidad adaptativa mediada por respuestas celulares que es dependiendo de los linfocitos T. La respuesta humoral no se asocia con protección frente a *M. tuberculosis*, pero la presencia de anticuerpos específicos puede utilizarse como evidencia de infección.

En pacientes inmunocompetentes, las respuestas celulares se inducen cuando las células dendríticas y los macrófagos (APC) procesan los antígenos micobacterianos y los presentan a los linfocitos T (CD4+ y CD8+) los LT CD4+ forman clones Th1 por la acción de la IL-12 producida por las APC, produciendo citocinas IL-2, TNF B e IFN- $\gamma$  durante la infección tuberculosa, el INF- $\gamma$  interviene como activador de los MACRÓFGOS, capaz de matar y digerir los bacilos intracelulares que lo infectan, los macrófagos y los linfocitos T activados se acumulan en el sitio donde se multiplican las micobacterias, formando granulomas y destruyendo la mayoría de las bacterias.