



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

TBP CASOS NUEVOS

DOCENTE: DR Diego Rolando

ALUMNA: Diana Laura Abarca Aguilar

MATERIA: Inmunoalergias

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 8“A”

FECHA: 27 de Mayo del 2021
Comitán de Domínguez, Chiapas

TUBERCULOSIS PULMONAR

La tuberculosis pulmonar (TBP), es una 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. Entre los factores que se asocian a Tuberculosis Pulmonar están: Contacto cercano con pacientes con TBP, lactantes y niños menores de 4 años, contactos cercanos familiares o de congregaciones, personas que se encuentran durante procedimientos médicos en personas con TB activa, y todas las personas nombradas por el paciente como contactos cercanos durante el periodo infeccioso.

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: es el método más rápido para determinar si una persona tiene TBP, identifica a los pacientes con mayor riesgo de morir por esta enfermedad, identifica los pacientes con mayor riesgo de transmitir la enfermedad. Se requieren al menos tres muestras de esputo para estudio microscópico y búsqueda de BAAR, las muestras deben enviarse al laboratorio dentro de las primeras 24 horas de su emisión. 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 hipertónico (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. La PCR es una técnica altamente sensible para detectar micobacterias en esputo, aun cuando el cultivo es negativo, sin embargo, no debe ser utilizada para monitorización del tratamiento. Una de las ventajas de la técnica de PCR 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 síntomas clínicos en el diagnóstico de TBP son ambiguos, sin embargo, 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. 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.

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 anti-tuberculosos. El manejo supervisado verificando la ingesta de los medicamentos logra una tasa elevada de curación.

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

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. En pacientes con fracaso terapéutico, la persistencia de zonas alveolares destruidas con bronquiectasias, hemoptisis masiva, estenosis bronquial irreversible y fístula broncopleurales, 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.