



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ESCUELA DE MEDICINA

8vo Semestre

Grupo "B"

GPC de Tuberculosis Pulmonar

Resumen

Presenta: Lizbeth Anahi Ruiz Córdova

Docente a cargo: Dr. Diego Rolando Martínez

26 de Mayo del 2022, Comitán, Chiapas.

GUIA DE PRACTICA CLINICA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE NUEVOS CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

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. Prevención primaria. La probabilidad de que una persona que se expone a *M. tuberculosis* adquiera la infección, depende de la concentración de partículas infecciosas suspendidas en el aire, la duración y la cercanía de la exposición. La investigación de contactos es un componente crítico para el control de la tuberculosis posterior a la detección de un caso de tuberculosis, así como su tratamiento.

Prevención secundaria

Se recomienda analizar el contexto de las necesidades sociales, la movilización de los sistemas de salud, la educación a la comunidad y la estrecha comunicación con el paciente y la familia para evaluar el pronóstico del apego a las recomendaciones.

Para las pruebas de detección específica 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

Deben identificar las oportunidades de escrutinio para tuberculosis con base en la epidemiología local y en sitios de altas concentraciones de individuos.

Diagnostico

Para un diagnóstico de primera línea se basará en el cuadro clínico que el paciente presente, 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. 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.

Síntomas adicionales como:

- Fiebre vespertina o nocturna
- Sudoración nocturna
- Pérdida de peso
- Astenia
- Adinamia
- Ataque al estado general, en adultos, debe investigarse tuberculosis pulmonar

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 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

El examen microscópico del esputo, es un estudio altamente específico para el diagnóstico de TBP

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

- Tinción con bacilos ácido-alcohol resistentes o cultivo positivo Identificación de M. tuberculosis en cualquier muestra 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.

Tratamiento

Existen diferentes estudios que demuestran la efectividad del esquema terapéutico a seis meses, con recaída a 18 meses menor del 2.5%. 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 bronco pleural, es una indicación para tratamiento quirúrgico. Criterios de referencia Evidencia de falta de respuesta clínica y persistencia de positividad bacteriológica en las muestras de esputo a pesar de tratamiento farmacológico adecuado en pacientes con VIH o SIDA Pacientes con TBP inmigrantes, que provienen de áreas de alta en demicidad

Vigilancia

Cada Institución de Salud que prescribe tratamiento antiofídico, debe contar con un sistema que brinde supervisión de la toma de medicamentos y apoyo para el conocimiento de la enfermedad y la importancia del apego del paciente al tratamiento. Todos los pacientes con tuberculosis pulmonar deben ser monitorizados para evaluar la respuesta terapéutica mediante el estudio microscópico del esputo, al menos dos muestras al completar la fase inicial (dos a tres meses), a los 5 meses y al término del tratamiento. Patogenia Se designa la enfermedad infecciosa causada por bacilos del género *Mycobacterium*, incluidos en el denominado complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis* y *M. africanum*). La aspiración de *M. tuberculosis* hasta los alvéolos desencadena una serie de respuestas tisulares e inmunológicas conocidas como primo infección tuberculosa. En primer lugar, se produce un foco de alveolitis exudativa; los macrófagos eliminan un determinado número de micobacterias y si la invasión no ha sido masiva, muchas veces no se pasa esta fase local. Cuando la infección se propaga por las vías linfáticas intrapulmonares hasta los ganglios regionales para traqueales o mediastínicos da lugar al llamado complejo bipolar (foco pulmonar y adenopatías). En esta fase es habitual que se produzcan pequeñas diseminaciones bacilares por vía hematógica a los segmentos apicales pulmonares, riñones, hígado y huesos, que por lo general suelen controlarse

localmente y que no tienen trascendencia clínica alguna. En las 2-10 semanas posteriores a la infección se pone en marcha una respuesta inmunológica celular desencadenada por los antígenos de la membrana y del citoplasma de las micobacterias. Los macrófagos reconocen y procesan dichos antígenos y los muestran a los linfocitos T para que estimulen, mediante liberación de linfocinas, la transformación de un gran número de macrófagos en células que están altamente especializadas en la lucha contra las micobacterias (células epiteliales y gigantes de Langhans). Los linfocitos activadores de los macrófagos, las células epiteloides y las gigantes se sitúan concéntricamente para rodear e intentar destruir a los bacilos intrusos dando lugar al característico granuloma tuberculoso que al cabo de un tiempo se reblandece en su centro y deja un núcleo de necrosis caseosa