

**Resumen: Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar**

**Inmunoalergias**

**Dr. Diego Rolando Martínez Guillen**

Por: Diego Armando Hernández Gómez

8 semestre grupo B

Comitán de Domínguez, Chiapas, México a 27 de mayo del 2022.

## Tuberculosis pulmonar

Se entiende por tuberculosis pulmonar a la enfermedad infectocontagiosa, producida por micobacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis* que afecta el parénquima pulmonar, con alto grado de contagiosidad, pero que sin embargo es prevenible y curable, por otra parte se entiende por caso nuevo de tuberculosis pulmonar al paciente que se diagnostica con tuberculosis pulmonar y nunca ha recibido tratamiento antifímico.

Los síntomas clínicos de TBP son ambiguos, sin embargo se requiere la búsqueda intencionada en niños con tos mayor o igual a dos semanas de evolución, fiebre, pérdida de peso y falla para crecer.

En adultos tos igual o mayor a dos semanas de evolución, productiva, 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.

El diagnóstico se sustenta en base a la clínica y se confirma mediante, prueba de tuberculina, examen microscópico de esputo, el examen BAAR es la más importante, en aquellos pacientes que se sospecha el diagnóstico de TBP. Se puede realizar PCR como método diagnóstico.

Tratamiento existen diferentes estudios que demuestran la efectividad terapéutica del esquema a seis meses, se recomienda usar en pacientes no tratados un esquema de cuatro drogas bactericidas durante la primera fase del tratamiento para asegurar su eficacia y de acuerdo al esquema seleccionado puede administrarse diariamente o tres veces a la semana durante dos meses, la continuación en la segunda fase se realiza con al menos dos drogas para completar seis meses, el manejo supervisado verificando la ingesta del medicamento logra una tasa alta de curación.

**Tratamiento primario Acortado, Estrictamente Supervisado (TAES)**  
**Nota: esquema calculado para adulto de 50 Kg o más de peso.**

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

**Fisiopatología:**

Una vez que la persona inhala el M. tuberculosis, a través de las microgotas de expectoración que un enfermo de TB expulsa cerca, éstos se dirigen a los alvéolos pulmonares, los bacilos tuberculosos son fagocitados por macrófagos en cuyo interior permanecen y se replican aproximadamente cada 25 horas. En esta etapa, los macrófagos no matan ni destruyen a los bacilos en multiplicación, ya que éstos tienen mecanismos de evasión muy eficientes. El progreso de la infección solamente es limitado por la inducción de inmunidad adaptativa mediada por la respuesta celular (dependiente de linfocitos T), por lo cual cualquier factor endógeno o exógeno que la altere favorece la multiplicación bacilar y la aparición de la enfermedad. La respuesta humoral (mediada por anticuerpos) no es relevante en la protección contra M. tuberculosis, no obstante, la presencia de anticuerpos específicos puede ser útil como evidencia de infección.

## Bibliografía

1. - GPC: tuberculosis pulmonary.

2. <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/tuberculosis.pdf>