



Universidad del Sureste

Campus Comitán

Medicina Humana



Nombre del alumno:

Elena Guadalupe Maldonado Fernández

Materia:

Histología

Grado: 1

Grupo: A

Nombre del profesor:

Dr. Diego R. Martínez Guillen

Comitán de Domínguez a 27 de mayo del 2022

TUBERCULOSIS

Se entiende por tuberculosis pulmonar a la enfermedad infecto-contagiosa producida por microbacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta el parénquima pulmonar con alto grado de contagiosidad, pero que sin embargo, es prevenible y curable.

La tuberculosis pulmonar es un problema de salud pública viejo y permanente, se calcula que el 32% de la población mundial ha tenido una infección por *Mycobacterium tuberculosis*, se presentan aproximadamente a 8 a 10 millones de casos por año y mata a 1.6 millones de personas por año, la mayoría en países de desarrollo. En África, los casos se han cuadruplicado desde 1990 debido a la co-infección con el VIH; por todo esto, se le considera a la tuberculosis una enfermedad emergente mundial.

En México, su incidencia varía de acuerdo a la entidad federativa. En el año 2000, se refiere una tasa de 5 por 100,000 habitantes en Guanajuato, en comparación con Tamaulipas y Baja California con una tasa de 38/100,000 habitantes. Durante el año 2007 se registraron en el IMSS, 115 consultas en niños menores de 7 años de edad y 24,036 en pacientes mayores de 18 años. Las defunciones registradas en el instituto durante el mismo año fueron únicamente de casos de niños menores de siete años y 327 en mayores de 18 años. Las medidas más importantes para prevenir la transmisión de nuevos casos de tuberculosis pulmonar son: contar con las condiciones que permitan mantener un alta sospecha de esta enfermedad, la identificación temprana y el aislamiento de los casos de tuberculosis pulmonar (TBP) activos. El objetivo primordial de las intervenciones en el control de reducir o eliminar el impacto adverso de los factores epidemiológicos de riesgos para la progresión de la enfermedad a través de:

1. El tratamiento adecuado de tuberculosis para disminuir el riesgo de muerte por esta enfermedad al restaurar la salud, curar la enfermedad y reducir el riesgo de transmisión de la bacteria a susceptibles en la comunidad.
2. El tratamiento profiláctico para prevenir la infección con *M. tuberculosis* desde su posible ocurrencia.
3. La aplicación de la vacuna BCG antes de la adquisición de la infección por *M. tuberculosis* prepara al sistema inmune para evitar el riesgo de

progresión a partir de una forma subclínica y de una forma latente, a una diseminada.

4. La quimioterapia preventiva, que es el tratamiento de las formas subclínicas o latentes en el humano para reducir la progresión a formas diseminadas.

Prevención primaria

- La probabilidad de que una persona que se expone a M. tuberculosis adquiera la infección, depende de la concentración de partículas infecciosas suspendida en el aire, la duración y la cercanía de la exposición, considerándolos factores de muy alto riesgo para adquirir la infección.
- 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.
- El mayor riesgo de transmisión por los contactos estrechos de pacientes después de una exposición intensa o prolongada, se presenta cuando el enfermo tiene cavernas, las cuales se consideran factores casuales de infectividad.
- Es indispensable efectuar escrutinio de TB para personas que se consideran contactos estrechos de pacientes con TB con cavernas activas.

Prevención secundaria

- Entre el 30% al 40% de las personas identificadas como contactos cercanos con pacientes TBP desarrollan TBP latente.
- Es indispensable efectuar escrutinio de TB para personas que se consideran como contactos estrechos de pacientes con TBP activa.
- Los factores socioeconómicos como los estilos de vida, la cultura, creencias acerca de la enfermedad, estigmatización, género, edad, el alto costo y duración del manejo integral, son factores que determinan el abandono al tratamiento.
- 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 efectuadas.
- Los programas de salud pública deben identificar las oportunidades de escrutinio para tuberculosis con base en la epidemiología local y en sitios de altas concentraciones de individuos.

- Los laboratoristas, clínicos y responsables de salud pública deben trabajar juntos para mejorar el tiempo de pruebas de laboratorio y el flujo adecuado de la información de los resultados para la toma de decisiones.
- Los responsables de los laboratorios que trabajan con Mycobacterium sp. Deben educar al personal de laboratorio y de salud.

Síntomas

- En niños: tos mayor de 2 semanas en ausencia de otra causa, fiebre, pérdida de peso o falla para crecer.
- En adultos: Tos persistente mayor de 2 semanas, productiva, en ocasiones acompañada de hemoptisis, con síntomas adicionales como fiebre vespertina o nocturna, sudoración nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia.

Pruebas diagnosticas

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.

El examen de esputo para la búsqueda de Bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) es la prueba diagnóstica más importante en aquellos pacientes en los que se sospecha TBP.

La frecuencia de positividad de acuerdo al número de muestras de esputo en la investigación de BAAR es la siguiente: 53.7% para la primera muestra, 60.25% para la segunda, 63.9% para la tercera y en 65.2% en la cuarta.

Tratamiento

Existen diferentes estudios que demuestran la efectividad del esquema terapéutico a seis meses, con recaída a 18 meses menor del 2.5%.

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 antifímicos.

El manejo supervisado verificado la ingesta de los medicamentos logró una tasa elevada de curación.

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.

El objetivo del tratamiento es la curación en el 100% de los casos, asumiendo que los bacilos son sensibles a los medicamentos y que su administración sea efectuada en forma correcta durante un tiempo adecuado. Sin embargo, este resultado se dificulta por diferentes circunstancias relacionadas con el paciente, el agente y la accesibilidad al tratamiento. Una vez iniciados los medicamentos antifímicos, hay una pequeña proporción de microorganismos que por mutación al azar presentan resistencia natural a los fármacos. La importancia de la adherencia al tratamiento es el punto clave para llevar a la curación del paciente ya que las consecuencias de su abandono pueden ser: 1) el paciente tendrá pobre oportunidad de curar, 2) el paciente permanecerá como infeccioso y podrá transmitir la infección, 3) evolucionará hacia la multirresistencia. El aseguramiento de la adherencia al tratamiento se puede realizar mediante diversas estrategias, la más importante es la establecida por la OMS, a través de la supervisión estrecha y la observación directa de la ingesta de los medicamentos, ajustándose a las necesidades de los pacientes.

Criterios de referencia y contrareferencia

Evidencia de falta de respuesta clínica y persistencia de positividad bacteriológica en las muestras de esputo a pesar de tratamiento farmacológico adecuado.

Vigilancia y seguimiento

Para mejorar la adherencia al tratamiento antifímico, debe asegurarse que el paciente reciba tratamiento prescrito.

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.

Todos los pacientes con tuberculosis pulmonar deben ser monitorizados para evaluar la respuesta terapéutica mediante para el estudio microscópico de esputo, al menos dos muestras a completar la fase inicial (dos a tres meses), a los meses y al término del tratamiento.

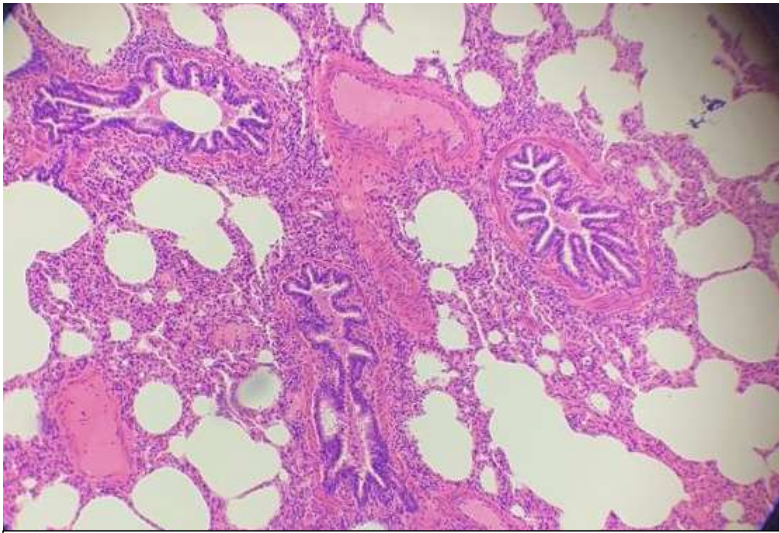
Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando proceda

Los pacientes que presenten cuadro clínico, sean bacíferos y que inicien tratamiento, requieren de incapacidad durante 30 días, o hasta que las baciloscopias sean negativas.

Cuando el paciente persiste con baciloscopias positivas, se debe enviar a cultivo, revaloración terapéutica y debe continuar con incapacidad hasta se negativización.

Características histológicas

Las micobacterias son bacilos inmóviles, aerobios y no formadores de esporas, con una cubierta cética que les hace retener la tinción roja después de ser tratadas con ácido, de ahí que se nombren también bacilos acidorresistentes.



Tuberculosis pulmonar, con focos bactericos.

Referencia

Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar. México: Secretaría de Salud; 2009.