TUBERCULOSIS PULMONAR

La localización pulmonar de la TB es la más frecuente pero puede observarse en cualquier órgano. El cuadro clínico es de comienzo insidioso y naturaleza crónica. Esto dificulta el diagnóstico precoz. El síndrome de impregnación bacilar está constituido por síntomas generales como astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso, febrícula vespertina y sudoración nocturna asociada a signo sintomatología respiratoria (tos, expectoración, disnea).

Si bien el paciente puede presentar disnea, dolor torácico, hemoptisis, la tos es por mucho el síntoma pulmonar más frecuente; al inicio puede ser seca y a medida que avanza la enfermedad se transforma en productiva, con expectoración mucosa, mucopurulenta o hemoptoica.

Es importante evaluar con ***baciloscopía de esputo a todos los pacientes con tos y expectoración de más de 2 semanas de evolución (sintomático respiratorio), especialmente si se asocia a fiebre y pérdida de peso.***

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO

Es toda persona que presenta tos y expectoración por más de 15 días.

Las manifestaciones clínicas de la TB se ven influenciadas por la edad y el estado de la inmunidad.
En pacientes mayores de 65 años los síntomas inespecíficos son los más frecuentes como por ejemplo la fiebre de origen desconocido. Este tipo de presentación debe ser tenida en cuenta en el momento de la evaluación, dado que el diagnóstico tardío conduce a un aumento de la morbimortalidad. Los hallazgos clínicos de la TB en el paciente infectado con el VIH dependen de la severidad de la inmunodepresión.

Los grupos en los que se encuentran más casos de Tuberculosis son:

- Contactos (convivientes) de enfermos pulmonares bacilíferos, especialmente niños y jóvenes.
- Sintomáticos Respiratorios (SR) con tos y expectoración por más de 15 días, que acuden a la consulta médica por esos síntomas.
- Personas que consultan por otros motivos de salud en el servicio, pero que además presentan tos y expectoración por más de 15 días.
- Personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Adictos al alcohol y/o drogas.
- Enfermos diabéticos o con otras enfermedades que comprometen el sistema inmunitario y/o en tratamiento prolongado con corticoides o inmunosupresores, desnutridos, dializados.
- Personas que presentan imágenes radiológicas pulmonares con anomalías.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

- **TDO = TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO ó**
- **TAES = TRATAMIENTO ABREVIADO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO**

CONCEPTO: Se considera "***tratamiento directamente observado"*** cuando el enfermo toma la medicación bajo la observación de otra persona supervisora del tratamiento que tiene la responsabilidad de garantizar la ingestión de los mismos.

- Es la estrategia preventiva más importante para controlar la TBC.
- El personal encargado de la supervisión debe preferentemente pertenecer al equipo de Salud o a otro organismo oficial maestras, policía, inspectores. También puede tratarse de una persona que se haga responsable del enfermo ***con la capacitación necesaria*** (VECINO, AMIGO-FAMILIAR-PASTORES, TUTOR, ETC
- ***¿A quien se debe aplicar TAES***?
- A todos los pacientes con TBC, pulmonar y extrapulmonar, con baciloscopía negativa y/o positiva, los tratados en domicilio o en el hospital.
- ¿Por qué necesitamos el ***TAES? Para:***
  - ⇒ Cumplir con el tratamiento.
  - ⇒ Conocer si el paciente deja de ser transmisor de la infección.
  - ⇒ Prevención de futuras infecciones.

⇒ Lograr tasa de curación superior al 90 %.

DEBILIDADES Y BARRERAS

- Zonas muy alejadas y de difícil acceso (desierto, campos o fincas muy distantes de las zonas urbanas).
- Grupos religiosos o con culturas muy cerradas.
- Poblaciones inmigrantes ilegales.
- Adictos (alcohol, drogas).
- Pacientes con conductas delictivas.

FORTALEZAS

- Disponer de agentes sanitarios
- Contar con referentes comprometidos
- Actualmente mayor compromiso con directores de atención primaria.

EVALUACIÓN DE CONTACTOS

- **Se denomina CONTACTO a todas las personas expuestas o relacionadas con el caso índice.**
- **La prevalencia de TBC en este grupo se estima en el 1 % y 10 %.**

Clasificación de Riesgo

1. Alto riesgo: Contacto diario mayor de 6 horas (contacto intradomiciliarios)
2. Mediano riesgo: Contacto diario menor de 6 horas (contactos laborales o escolares)
3. Bajo riesgo: Contactos esporádicos

Las personas inmunodeprimidas deben ser consideradas de alto riesgo.

Objetivos del estudio de contacto

1. Diagnosticar contactos infectados o enfermos.
2. Tratar precozmente a los mismos
3. Reconstruir la cadena de transmisión para identificar, en algunas ocasiones el caso índice real.

¿Qué debemos realizar en el estudio de foco?

1. Registro de todos los contactos a estudiar (convivientes domiciliarios y/o algún contacto esporádico susceptible)
2. Examen clínico exhaustivo.
3. PPD (en menores de 15 años y control de vacuna BCG)
4. Examen radiológico de tórax.
5. Examen bacteriológico (si fuera necesario en SR)

Fortalezas

- Existencia de una red de salud con Licenciados en trabajo social, enfermeros, agentes sanitarios, bioquímicos y farmacéuticos capacitados.
- Compromiso de los referentes departamentales y coordinadores de área.
- Apoyo del Ministerio de Salud al Programa Provincial de TBC.

Dificultades del Estudio de contacto

- Falta de centros de mediana complejidad (equipo de rayos y laboratorio) en las áreas rurales y/o alejadas de los centros urbanos.
- Dificultad para determinar la cantidad de horas de contacto en domicilios en los que conviven varias familias. (Ej. obreros transitorios, obreros de los hornos de ladrillos).
- Dificultad para realizar el registro y seguimiento de familias de migración permanente.

Importancia de la evaluación de los Contactos

- Mayor riesgo de enfermar en los contactos por sobre la población en general.
- El rendimiento de la búsqueda de casos en los contactos es altamente positivo.
- La prevalencia de este grupo se estima entre el 1% al 10% dependiendo de las característica del caso índice.
- El estudio de contacto permite indicar la quimioprofilaxis a niños con alto riesgo de enfermarse de TBC.
- El estudio de contacto es una poderosa herramienta para reducir la transmisión de la Infección tuberculosa.

Procedimiento en evaluación de los Contactos:

- **Solicitar al paciente la información sobre sus contactos** habituales intradomiciliarios y/o ocasionales, en la entrevista en la que abre la Tarjeta de Tratamiento.

- **Registrar los datos de identificación**: apellido, nombres, relación con el caso de TB y edad en el reverso de la Tarjeta de Tratamiento en la sección "Examen de Contactos".
- **Explicar los motivos del examen de contactos y su importancia** para descartar en ellos la enfermedad y/o realizar medidas de prevención.

- **Citar a los contactos** para que concurran antes del mes de diagnosticado el caso. Si el enfermo no colabora, se debe tratar de localizar a los convivientes en el domicilio para citarlos al servicio de salud y realizarles los exámenes correspondientes.

- **Informar a los contactos** sobre los signos sospechosos de la enfermedad para que consulten en forma inmediata ante su aparición.

Quimioprofilaxis

La quimioprofilaxis o tratamiento preventivo consiste en la administración de medicación a personas con riesgo de infectarse o enfermarse de tuberculosis y es responsabilidad exclusiva del médico.
Antes de indicar quimioprofilaxis, a niños o adultos, el profesional médico debe descartar TB activa mediante el diagnóstico clínico, radiológico y/o bacteriológico.

Pasos a seguir para recolectar muestra de esputo.

1. ***Preguntar a toda persona que concurra al servicio de salud si tiene tos y catarro o si ha tosido en las últimas semanas.***

2. ***Explicar que es necesario hacer un examen de esputo para conocer las causas de los síntomas respiratorios.***

La tos y la expectoración son síntomas respiratorios marcadores, que permiten sospechar TB. La expectoración posibilita hacer una baciloscopía que es el examen de diagnóstico principal. La baciloscopía de la expectoración (esputo) es la técnica de confirmación más práctica, sencilla y rápida; puede confirmar entre el 65% y el 80% de los casos de TB.
Utilizar un lenguaje que la persona entienda sin mencionar la palabra tuberculosis. Hasta este momento es solo una sospecha que puede o no confirmarse.
Las Normas Técnicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) consideran suficiente obtener **dos muestras** por SR. La primera debe tomarse siempre en el **momento de la consulta** *(muestra del momento)* cuando el personal de salud identifica al SR. La segunda muestra la debe juntar el consultante en su casa o en el lugar de internación **por la mañana al despertarse** *(nuestra matinal).*

3. ***Entregar al paciente un envase rotulado con su identificación. Nombre, apellido y fecha de recolección de la muestra.***

De preferencia el envase que se va a usar debe ser descartable, de boca ancha para facilitar la recolección, de material plástico, transparente para observar si la muestra es adecuada, de cierre hermético para evitar vuelcos durante el transporte. Los servicios de salud deberán estar provistos de este tipo de envases.
El nombre del paciente debe ser colocado en el envase antes de ser entregado. El rótulo debe colocarse en las paredes del envase y no en la tapa para evitar confusión en el laboratorio.

4. ***Explicar con palabras sencillas como obtener una buena muestra. Seguir las siguientes recomendaciones.***

El consultante debe ser instruido correctamente sobre la mejor manera de expectorar, con palabras que pueda comprender, nombrando el esputo como habitualmente lo conoce su comunidad.
Pedir a la persona que se esfuerce para movilizar la expectoración desde adentro del tórax (no de la nariz). La muestra debe provenir del árbol bronquial, que es el sitio de la lesión y en la que se encontrarán los bacilos si el SR padece TB.
Se debe indicar al consultante que respire hondo, mantenga el aire y luego lo largue de golpe, mediante un acceso de tos. Este procedimiento producirá arrastre de las secreciones de las vías aéreas inferiores.
Decir al paciente que repita 3 veces este procedimiento, que se

5. ***Identificar e indicar dónde queda el lugar destinado a la recolección.***

Es necesario contar en el servicio de salud con un área para la recolección de muestras de esputo, teniendo en cuenta privacidad, ventilación e iluminación por luz natural. Un espacio no concurrido del patio puede ser un buen lugar.
No es conveniente utilizar lugares cerrados o muy concurridos, tales como consultorios médicos o baños.
Indicar el lugar de recolección o acompañar a la persona hasta el mismo. No es conveniente que la muestra sea recogida en presencia del personal de salud u otra persona.

6. ***Dar al paciente un pedazo de papel para que, en caso de que el recipiente se haya ensuciado durante el procedimiento de recolección de esputo, lo limpie y deseche el papel sucio en el recipiente de residuos contaminados. Indicar al paciente que se lave las manos luego de haber entregado el frasco.***

7. ***Recibir e inspeccionar la muestra.***

Quien recibe la muestra (médico, enfermera, asistente social, técnico de laboratorio, agente sanitario) debe observar por fuera si la muestra es suficiente (3 a 5ml) y mucopurulenta.
Si al recibir la muestra se observa que no es suficiente o no es de la calidad descripta se debe solicitar una nueva muestra.
Las muestras de saliva, de contenido faríngeo o de secreción nasal no son muy útiles pues, en general, no contienen bacilos. De cualquier manera no se deben descartar estas muestras pues pueden contener bacilos de arrastre.
Si el consultante no puede recoger expectoración, considerar el frasco como usado y desecharlo.
Siempre se debe intentar conseguir la expectoración espontánea. Si el paciente no puede producir una muestra de expectoración, es aconsejable volver a explicar el procedimiento de recolección y tratar de juntar la muestra.

8. ***Pedir al consultante que coloque el frasco en la caja que se utilice para guardar las muestras y enviarlas al laboratorio.***

Es útil contar con un envase de plástico con tapa, del tipo de los que se utilizan para conservar los alimentos, de alrededor de 15 cm por 30 cm de altura, ligeramente superior a la de los envases recolectores utilizados. Se recomienda adaptar en su interior una base de telgopor agujereada con círculos de diámetro mayor a la de los envases, para que las muestras no se muevan y no se vuelque el contenido.

9. ***Informar al paciente que deberá obtener una segunda muestra a la mañana siguiente, al levantarse, porque el catarro es más productivo por ser la suma de la secreción de toda la noche (muestra matinal).***

- **Solicitar al paciente la información sobre sus contactos** habituales intradomiciliarios y/o ocasionales, en la entrevista en la que abre la Tarjeta de Tratamiento.

- **Registrar los datos de identificación**: apellido, nombres, relación con el caso de TB y edad en el reverso de la Tarjeta de Tratamiento en la sección “Examen de Contactos”.

- **Explicar los motivos del examen de contactos y su importancia** para descartar en ellos la enfermedad y/o realizar medidas de prevención.

- **Citar a los contactos** para que concurran antes del mes de diagnosticado el caso. Si el enfermo no colabora, se debe tratar de localizar a los convivientes en el domicilio para citarlos al servicio de salud y realizarles los exámenes correspondientes.

- **Informar a los contactos** sobre los signos sospechosos de la enfermedad para que consulten en forma inmediata.