



## FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

<b>Título</b>	Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños	
<b>Autor/es</b>	<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Código de estudiantes</b>
	Bruno pericles de oliveira	201104494
	Carlos agosto Espinoza Zenteno	39854
	Rocio Del Carmen Gutierrez Rico	30699
	María Renée Pérez Padilla	40848
	Ana Carolina Melo Ferreira	51026
	Ronaldo tejerina Ruiz	38448
	JHORINA HINOJOSA SORIA	37987
	Nickoly Karla Bejarano Medrano	38182
<b>Fecha</b>	01/07/2022	

<b>Carrera</b>	Medicina
<b>Asignatura</b>	Farmacología
<b>Grupo</b>	F
<b>Docente</b>	ROSARIO BASMA PEREZ



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182

<b>Periodo Académico</b>	1/2022
<b>Subsede</b>	

Copyright © (AGREGAR AÑO) por (NOMBRES). Todos los derechos reservados.

RESUMEN:

La tuberculosis es una importante causa de enfermedad y muerte en el mundo. Se calcula que en el 2005 se presentaron 8,8 millones de casos nuevos y murieron 1,6 millones de personas, entre ellas 195.000 infectadas con VIH. sigue siendo la enfermedad infecciosa humana más importante que existe. El diagnóstico actual de la TB sigue basándose en la presentación clínica, los hallazgos radiográficos y los resultados microbiológicos; todos ellos con problemas de sensibilidad o especificidad. Es por ello que el futuro más inmediato pasa por las técnicas microbiológicas rápidas moleculares ,Según la Organización Mundial de la Salud, la tasa de incidencia permaneció estable o disminuyó en todo el mundo; sin embargo, el número de casos nuevos se incrementó debido al aumento en algunas regiones.

La resistencia a los medicamentos es un problema de salud pública y un obstáculo al control de la tuberculosis en el mundo. Por esta razón, es necesario generar medidas para el adecuado manejo de los pacientes y adoptar estrategias para prevenir su diseminación. El tratamiento actual de la TB sigue siendo el mismo de 6 meses utilizado desde hace décadas. Los intentos por acortar este tratamiento están fracasando en la actualidad. En los últimos años se han descrito nuevos fármacos que podrían contribuir al tratamiento de la TB en un futuro cercano, y que ya se utilizan en la TB Se evaluó la eficacia y la eficiencia del tratamiento en una cohorte de pacientes con tuberculosis pulmonar confirmada por baciloscopia, que ingresaron a tratamiento con esquemas de autoadministración semi supervisión y estricta supervisión, de enero a junio de 1996. Resultados. La eficacia fue de 90.9, 97.7 y 100% para los esquemas de tratamiento autoadministrado, semi supervisado y TAES, respectivamente, mientras que la eficiencia

Título: Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182

Palabras clave:

ABSTRACT:

Tuberculosis is a major cause of disease and death in the world. It is estimated that in 2005 there were 8.8 million new cases and 1.6 million people appeared, including 195,000 infected with HIV. it remains the most important human infectious disease in existence. The current diagnosis of TB follows very closely on the clinical presentation, radiographic findings and microbiological results; all of them with problems of sensitivity or specificity. That is why the most immediate future goes through rapid molecular microbiological techniques. According to the World Health Organization, the incidence rate remained stable or failed throughout the world; however, the number of new cases increased due to the increase in some regions.

Drug resistance is a public health problem and an obstacle to tuberculosis control in the world. For this reason, it is necessary to generate measures for the proper management of patients and adopt strategies to prevent its spread. Current TB treatment remains the same 6-month course used for decades. Attempts to cut off this treatment are currently failing. In recent years, new drugs have been described that could contribute to the treatment of TB in the near future and are already used in TB.

Título: Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182

The efficacy and efficiency of treatment was evaluated in a cohort of patients with pulmonary tuberculosis confirmed by smear microscopy. , who entered treatment with semi-supervised and strictly supervised self-administration schemes, from January to June 1996. Results. The efficacy was 90.9, 97.7 and 100% for the self-administered, semi-supervised and TAES treatment schemes, respectively, while the efficiency

Key words:



### Tabla De Contenidos

Introducción .....	6
Capítulo 1. Planteamiento del Problema.....	8
1.1.    Formulación del Problema .....	8
1.2.    Objetivos .....	8
1.3.    Justificación .....	9
1.4.    Planteamiento de hipótesis .....	9
Capítulo 2. Marco Teórico .....	11
2.1    Área de estudio/campo de investigación .....	11
2.2    Desarrollo del marco teórico.....	12
Capítulo 3. Método.....	13
3.1    Tipo de Investigación .....	13
3.2    Operacionalización de variables.....	14
3.3    Cronograma de actividades por realizar .....	14
Capítulo 4. Resultados y Discusión.....	17
Capítulo 5. Conclusiones .....	19
Referencias.....	20
Apéndice .....	21

\*\*\*\*\*EJEMPLOS Y BASES PARA LA ELABORACIÓN DE TRABAJOS\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*Este documento está configurado para seguir las normas APA\*\*\*\*\*

### **Introducción**

En el siglo 21 , una las mas importante enfermedad infecciosa humana mas importante ,para destacar en este siglo nada mas son de un estudio son 2300 millones , enfermos 9 millones de casa anual mente y los casos de fallecidos son alrededor de los 1,5 millones anuales .afecta a los pulmones, pero puede afectar también a otros sitios. La enfermedad se disemina en el aire cuando las personas enfermas con TB pulmonar expelen bacterias, por ejemplo, con la tos. En general, una proporción relativamente pequeña de personas infectadas con *M. tuberculosis* desarrollarán enfermedad con una prueba de tuberculina o de producción de interferón-gamma . positiva, pero sin evidencia de enfermedad activa por TB, incluyendo síntomas, cambios radiográficos progresivos o evidencia microbiológica de replicación del microorganismo. Durante cerca de medio siglo, la isoniazida ha sido el principal tratamiento para LTBI,

El riesgo de progresar de LTBI a enfermedad activa es relativamente alto en la infancia y menor en niños mayores. Una de las medidas para la prevención de la TB es la detección de los niños menores de 5 años en contacto con pacientes con TB pulmonar bacilífera con el fin de diagnosticar a los niños con TB activa y tratarlos, y ofrecer tratamiento preventivo con isoniazida a quienes no tengan TB activa, La terapia preventiva se basa en la teoría ampliamente aceptada de que la infección primaria por *M. tuberculosis* es seguida por una fase latente en la mayoría de los pacientes, con bacilos tuberculosos sobreviviendo durante un largo tiempo en condición de inactividad<sup>5</sup>. Por lo que, independientemente de que la prueba de tuberculina positiva esté indicando infección primaria o latente, se debe suministrar el tratamiento, por lo que la prueba se debe repetir a los 3 meses. Igualmente en personas con LTBI, tras años desde la infección, la prueba de tuberculina puede ser negativa por una respuesta menguada. En este último caso, se utiliza la prueba de tuberculina en 2 pasos; si la primera prueba es negativa, Si bien es cierto que en países de alta prevalencia de TB la prioridad es el tratamiento exitoso de los pacientes enfermos, es importante tener en

Título: Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182  
cuenta a los niños, que hasta ahora se han tenido desprotegidos. Los casos de TB pulmonar bacilífera en adultos están generando nuevos casos de TB en los niños, cuyo diagnóstico presenta mayor dificultad

## Capítulo 1. Planteamiento del Problema

### 1.1. Formulación del Problema

Esta problemática constituye un importante desafío que la comunidad científica internacional ha tenido que enfrentar al verse obligada a producir nuevos tratamientos en cortos períodos de tiempo a consecuencia de la aparición de cepas extremadamente resistentes.

### 1.2. Objetivos

¿Qué es la tuberculosis multirresistente?

La tuberculosis multirresistente (MDR) es una tuberculosis resistente a por lo menos dos de los medicamentos contra la tuberculosis más eficaces: isoniacida y rifampina. Estos medicamentos se consideran de primera línea y se usan para tratar a todas las personas que tienen el tipo de TB sensible a los medicamentos

¿Qué es la tuberculosis extremadamente resistente?

La tuberculosis extremadamente resistente (XDR), es una forma de tuberculosis MDR más seria. En ambos casos, la TB es resistente a los antibióticos «de primera línea» disponibles para el tratamiento, así como a algunos antibióticos de segunda línea. Tanto la tuberculosis MDR como la XDR son difíciles de tratar y a menudo son mortales. La tuberculosis XDR se define como una TB resistente a la isoniacida y a la rifampina, que además es resistente a cualquier fluoroquinolona y a por lo menos uno de tres medicamentos inyectables de segunda línea ,es decir, amicacina, kanamicina o capreomicina. Debido a que la tuberculosis XDR es resistente a los medicamentos de primera y de segunda línea, a los pacientes les quedan muy pocas opciones de

Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182  
tratamiento, las cuales son incluso menos eficaces que las opciones disponibles para tratar una tuberculosis MDR no clasificada como XDR.

### **1.3. Justificación**

El objetivo del control de la tuberculosis es conseguir la eliminación de esta enfermedad interrumpiendo la transmisión de la infección por *Mycobacterium tuberculosis*. La estrategia establecida por la Organización Mundial de la Salud para conseguir el control de la enfermedad es la denominada estrategia TODS ,tratamiento observado directamente de corta duración. Los objetivos son conseguir el diagnóstico del 70% de los enfermos con TBC bacilífera y su curación al menos en el 80 %, para disminuir el número de fuentes de infección. En el análisis de la situación epidemiológica de España se estima una incidencia de casos superior a 20

### **1.4. Planteamiento de hipótesis**

informa de las novedades que sobre vacunas se han producido en el año 2005 y aconseja algunas modificaciones del calendario vacunal para el año 2006. Con respecto a la vacunación frente a meningococo C, de acuerdo con las variaciones habidas en las fichas técnicas, se cambia el esquema de vacunación a 2 dosis para los tres preparados comerciales disponibles y se mantiene la recomendación de administrar una dosis booster en el segundo año de vida. Con respecto a las vacunas combinadas hexavalentes, recientemente la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos , ha suspendido de forma temporal la comercialización de la vacuna Hexavac, por las dudas surgidas en cuanto a la protección a largo plazo frente a la hepatitis B. El CAV continúa insistiendo en la aplicación de estas vacunas combinadas, por el momento únicamente con Infanrix Hexa. Se reitera la recomendación de vacunar a los adolescentes con una dosis de recuerdo de vacuna de tos ferina, administrando un preparado acelular de baja carga antigénica en forma de vacuna combinada con las

Título: Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182  
vacunas diftérica y tetánica de adultos. Se mantienen las indicaciones de vacunar contra la varicela a los niños mayores de 12 meses susceptibles de padecer la enfermedad. Con respecto a la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente, se constata la importante cobertura que existe en muchas zonas de España y a la vista de los estudios publicados, el CAV reitera la necesidad de universalizar esta vacunación introduciéndola en los calendarios oficiales. Para finalizar se hacen unas consideraciones sobre otras vacunas no incluidas en este calendario, haciendo mención especial de la conveniencia de la administración de la vacuna antigripal en la infancia según las recomendaciones que el comité hace al inicio de cada temporada

## Capítulo 2. Marco Teórico

### 2.1 Área de estudio/campo de investigación

Es conocido el mayor riesgo que presentan los contactos menores de 5 años con pacientes con TB pulmonar bacilífera de desarrollar enfermedad por TB activa, principalmente en los 2 años siguientes a la exposición. En nuestra región ya se ha documentado un alto riesgo de desarrollar TB activa en los menores de 5 años en contacto con pacientes con TB pulmonar. En un estudio de cohorte llevado a cabo en Medellín y el Área Metropolitana en el año 2009, se encontró una proporción de incidencia de TB del 3,4% en niños menores de 5 años en contacto con pacientes con TB pulmonar. Del total de TB activa detectada en los convivientes que fueron seguidos, el 21,6% correspondió a los casos detectados en menores de 5 años.

La isoniazida es el medicamento de más amplia trayectoria en el tratamiento de LTBI. El régimen de isoniazida de 10 mg/kg de peso por día, sin exceder de 300 mg por día, en dosis única por 12 meses, ha sido el más ampliamente estudiado. Este ha demostrado ser casi 100% efectivo en niños y los ha protegido al menos durante 30 años<sup>9,10</sup>. Sin embargo, en poblaciones con una alta prevalencia de TB, la protección del tratamiento con isoniazida en régimen suministrado durante 6 meses se limita a un máximo de 2 años y medio<sup>4,11</sup>.

Se han estudiado otros regímenes de tratamiento para LTBI, algunos con la inclusión de otros medicamentos como la rifampicina, en un intento de mejorar la adherencia al tratamiento y disminuir sus efectos adversos, conservando la efectividad ya demostrada con isoniazida. Los resultados han sido diversos y no concluyentes, aunque con tendencia a la continuación de la generación de nuevas propuestas en el tratamiento de LTBI<sup>2</sup>,

Título: Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182

Otros regímenes que pueden ser utilizados para el tratamiento de LTBI en niños son:  
isoniazida 20-40 mg/kg de peso en dosis 2 veces por semana durante 9 meses,  
rifampicina 10-20 mg/kg peso día durante 6 meses

## 2.2 Desarrollo del marco teórico

En la guía de objetivos de prueba de tuberculina y tratamiento para infección latente por TB, publicada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Atlanta en el año 2000, está indicado que los niños menores de 5 años, aunque tengan respuesta negativa a la tuberculina, deben ser tratados, y realizar una nueva tuberculina a las 8 a 12 semanas una vez terminado el contacto. Si es positiva, continuar el tratamiento; si es negativa, se suspende el mismo. Esta guía enfatiza que el estado de vacunación con BCG no debe influir en la decisión de iniciar el tratamiento<sup>6</sup>.

En la normatividad para Antioquia, según el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Tuberculosis del año 2010 de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia ,ahora Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, aparece indicada la administración de quimioprofilaxis o tratamiento para LTBI con isoniazida al menos durante 6 meses en dosis de 10 mg/kg de peso al día a contactos intrafamiliares: menores de 5 años no vacunados con reacción tuberculínica de 10 o más mm y que se les haya descartado enfermedad tuberculosa e hijos de madres tuberculosas que estén siendo amamantados

### **Capítulo 3. Método**

#### **3.1 Tipo de Investigación**

El uso de monoterapia como tratamiento preventivo para LTBI genera temor por la posible aparición de cepas resistentes de *M. tuberculosis*; sin embargo, en los niños, la resistencia a los medicamentos antituberculosos se produce con mayor frecuencia por la transmisión de una cepa resistente desde un adulto que por el desarrollo de una bacteria resistente durante el tratamiento<sup>1</sup>. Para evitar la aparición de cepas resistentes, es indispensable descartar la TB activa (incluyendo radiografía de tórax) de forma previa al inicio de la quimioprofilaxis, y hacer un seguimiento estrecho del tratamiento para garantizar una buena adherencia

La isoniazida puede producir varios efectos adversos; el más serio es la hepatitis, que es ligeramente superior al 1% y presenta menor frecuencia a menor edad. Otros efectos adversos son la neuropatía periférica, cambios del estado de ánimo y reacciones de hipersensibilidad. Las manifestaciones neurológicas producidas por la isoniazida tienen lugar por la deficiencia de piridoxina que puede inducir la isoniazida, la cual es dosis dependiente. Siempre se ha considerado que en los niños no se produce este efecto adverso, por lo que en ellos no existe la recomendación de suplementos con piridoxina durante el tratamiento con isoniazida, pero algunos estudios sugieren que esto debe ser revaluado

La efectividad del tratamiento para la infección latente por TB depende en gran medida de la adherencia a dicho tratamiento, lo cual garantiza que este sea recibido en su totalidad. Es importante tener el compromiso del personal de salud, hacer las evaluaciones médicas apropiadas e indicar a los responsables del menor los signos de alarma que deben tenerse en cuenta en caso de presentarse efectos adversos y la conducta que se debe seguir según la situación.

### **3.2 Operacionalización de variables**

En tuberculosas sometidas a operaciones quirúrgicas, pero que no curan con la operación, se observan características obstétricas similares a las de las tuberculosas muy avanzadas ,y si curan con la operación, características similares a las de todas las tuberculosas curadas. Este comportamiento depende de factores relacionados con el estado general, el tono muscular del aparato genital y probablemente los principios humorales sanguíneos del proceso de la coagulación. La afección pulmonar, al quedar embarazada la paciente sigue según el caso, el curso observado en las tuberculosas graves ,alto porcentaje de evoluciones desfavorables o en las tuberculosas aparentemente curadas ,alto porcentaje de reactivación. La operación quirúrgica pulmonar anterior al embarazo, cuando ésta no llevó a la curación, introdujo una variante importante: aumento de los porcentajes desfavorables. No hubo mortalidad materna

### **3.3 Cronograma de actividades por realizar**

Las manifestaciones clínicas en la tuberculosis son inespecíficas, tanto en su forma pulmonar como extrapulmonar. Se expresan por síntomas sistémicos similares, independientemente de la localización de la enfermedad y por síntomas de acuerdo con el órgano dañado, considerando que cualquier parte del cuerpo puede ser afectada. En las diferentes modalidades de tuberculosis, la pulmonar constituye de 80 a 85% de los casos que se presentan en pacientes inmunocompetentes.

La tuberculosis se presenta en cuatro formas en el niño:

- Complejo primario simple
- Primoinfección progresiva
- Tuberculosis postprimarias
- Tuberculosis de tipo adulto

Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182

El complejo primario o tuberculosis infantil se considera la forma más frecuente, benigna y menos contagiosa de este padecimiento por estar constituida por lesiones cerradas que cursan de manera asintomática o poco expresiva. Se manifiesta como consecuencia del daño del órgano afectado, ya que M. tuberculosis se disemina por todo el organismo. Entre las manifestaciones sistémicas se encuentra: pérdida de peso, anorexia, febrícula, sudores nocturnos, cansancio físico y dolores de tórax. De acuerdo con su localización la pulmonar es la más frecuente. La sintomatología de la tuberculosis primaria es inespecífica, los síntomas más característicos son: tos seca, irritativa y expectoración persistente por más de dos semanas. Las personas con estos síntomas son referidos como sintomáticos respiratorios . A la exploración física, los datos encontrados son inespecíficos y poco significativos en las formas leves y moderadas que en estadios de exposición y tuberculosis latente no existen. La bibliografía médica reporta la presencia poco frecuente de eritema nodoso o conjuntivitis flictenular como únicos signos en niños recién infectados con M. tuberculosis. En lactantes y adolescentes las manifestaciones pulmonares tienen mayor expresividad clínica que en niños escolares. A la exploración física se observa disminución de ruidos respiratorios, estertores o sibilancias. En pacientes con afectación traqueal hay estridor. Primoinfección progresiva. De inicio insidioso, con intervalo de semanas, presencia de hepatoesplenomegalia, linfadenopatías generalizadas y afectación de diferentes órganos. Ésta se presenta entre 5 y 10%, el resto se cura espontáneamente. Su diseminación se realiza por extensión a partir del foco primario, por compromiso de ganglios linfáticos y por diseminación linfohematógena, con lo que se propicia una diseminación miliar. En niños pequeños con historia de tos y signos de distrés respiratorio debe considerarse la posibilidad de tuberculosis miliar en la que, dependiendo de la forma de tuberculosis, se observa presencia de estridor y sibilancias en casos de adenopatías mediastínicas y granuloma endobronquial.<sup>30</sup> Dolor persistente en punta de costado que se incrementa con la respiración profunda, con o sin fiebre en derrame pleural, común en niños mayores.<sup>4</sup>

Título: Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182

Entre 30 y 50% de los niños con tuberculosis miliar puede producirse meningitis. Es posible la presencia de sinovitis de una articulación grande o rara vez pequeña artritis .Cifosis progresiva o dolor de espalda con o sin afectación de nervios periféricos, espondilitis. Dolor abdominal o franca peritonitis (tuberculosis abdominal). Hematuria o piuria estéril tuberculosis renal y de vías urinarias. Abscesos o úlceras cutáneas. Signos de hipersensibilidad tuberculínica como eritema nodoso o conjuntivitis flictenular, Tuberculosis postprimaria. En niños pequeños la tuberculosis puede resultar en consolidación y cavitación del lóbulo pulmonar superior, parecido al observado en niños mayores, convirtiéndose en pacientes altamente infecciosos. Tuberculosis de tipo adulto. Ésta se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes, generalmente como una reactivación endógena o una reinfección.

#### **Capítulo 4. Resultados y Discusión**

al tratamiento de LTBI en los niños. Si bien es cierto que se conoce el mayor riesgo que presentan los niños en contacto con pacientes con TB pulmonar bacilífera de desarrollar TB, con respecto al riesgo que presentan los adultos, es aún de mayor importancia que este peligro ya está claramente documentado en nuestro medio, como lo mostró el hallazgo del estudio de seguimiento de una cohorte de convivientes de pacientes con TB pulmonar

La isoniazida ha sido el régimen mejor estudiado y más empleado, por estar disponible en el medio por mucho más tiempo. Este tratamiento ha demostrado una efectividad importante para disminuir el riesgo de desarrollar TB en los niños en contacto con pacientes con TB pulmonar bacilífera. Aunque esta protección en nuestro medio, donde se presenta una prevalencia de TB que representa una carga intermedia de la enfermedad, puede durar tan solo hasta 2 años y medio, el suministro de este tratamiento a los menores sigue siendo importante.

Aunque se han considerado otros regímenes, aún no están claramente recomendados. No obstante, es importante seguir en la búsqueda de un tratamiento de menor duración y menor cantidad de efectos adversos que garantice la terminación del tratamiento.

La normatividad internacional recomienda el suministro de isoniazida en dosis entre 5 y 10 mg/kg en dosis única diaria según el protocolo que sea consultado durante por lo menos 6 meses, a niños menores de 5 años en contacto con pacientes con TB pulmonar bacilífera; las guías de la Organización Mundial de la Salud no mencionan el estado de vacunación con BCG, pero las guías de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades especifican que no se tiene en cuenta el estado de vacunación. Además, en varios protocolos consultados, a pesar del resultado negativo de la prueba de tuberculina, se recomienda el inicio del tratamiento; después de 3

Título: Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182 meses, repetir la prueba de tuberculina; si se tornó positiva, continuar con el tratamiento; si persiste negativa, se puede suspender el mismo<sup>22</sup>.

Título: Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182

### **Capítulo 5. Conclusiones**

La necesidad de contar con pruebas de diagnóstico de alta sensibilidad y especificidad, que sean reproducibles y de costo accesible, sobre todo en las zonas más afectadas que incluyen aquéllas que se encuentran en condiciones económicas limitadas para poder hacer uso de ellas. Sin embargo, el problema no es sólo de diagnóstico, sino que es multifactorial, por lo que resolver los factores que propician la presencia de tuberculosis y el conocimiento de su etiología desde diferentes ángulos, llevará a su control.

Título: Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182

### Referencias

Introducción

<https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2016/pt162g.pdf>

método

[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v40n3/Y0400308.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v40n3/Y0400308.pdf)

desarrollo

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-93922012000300008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922012000300008)

Título: Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182

### Apéndice

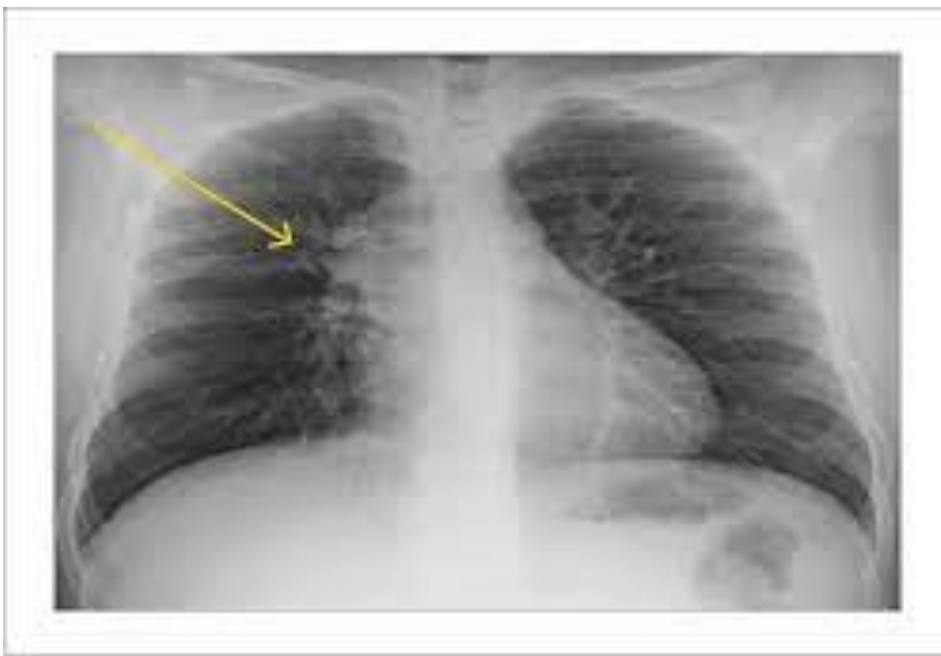
Aquí podemos mostrar algunas de la radiografías más comunes en un niño con tuberculosis de pulmón .-



Título: Tratamiento para tuberculosis pulmonar en 5 niños



Autor/es: Bruno pericles de oliveira .Carlos agosto Espinoza Zenteno.Rocio Del Carmen Gutierrez Rico .María Renée Pérez Padilla .Ana Carolina Melo Ferreira .Ronaldo tejerina Ruiz .JHORINA HINOJOSA SORIA .Nickoly Karla Bejarano Medrano 38182



Revista Médica Clínica del Ecuador. 2017;29(1):4-10