



Nombre de alumnos: Liz Adriana Silva Montes.

Nombre del profesor: Lic. Beatriz Gordillo.

Nombre del trabajo: ensayo tuberculosis.

Materia: enfermería del adulto.

Grado: 6to cuatrimestre.

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: semiescolarizado.

Tuberculosis.

Los pulmones son dos órganos que forman parte del aparato respiratorio, se ubican en la caja torácica, a ambos lados del mediastino. Debido al espacio ocupado por el corazón, el pulmón derecho es más grande que el izquierdo. La función de los pulmones es realizar el intercambio gaseoso con la sangre, para ello los alvéolos están en estrecho contacto con los capilares. En los alvéolos se produce el paso de oxígeno desde el aire a la sangre y el paso de dióxido de carbono desde la sangre al aire (rochepacientes, cómo funcionan, fisiología). La tuberculosis es una infección respiratoria causada por una bacteria llamada mycobacterium tuberculosis. Es una bacteria alcohol-ácido resistente, frecuentemente incolora, aeróbica estricta.⁵ Su crecimiento está subordinado a presencia de oxígeno y al valor del pH circundante. Es muy resistente a las condiciones de frío, congelación y desecación. Por el contrario, es muy sensible a las de calor, luz solar y luz ultravioleta (wiki, Mycobacterium_tuberculosis).

Los síntomas y signos de la tuberculosis son: Tos intensa que dura 3 semanas o más, Dolor en el pecho, Tos con sangre o esputo (flema que sale desde el fondo de los pulmones). Otros síntomas de la enfermedad de tuberculosis son: Debilidad o fatiga, Pérdida de peso, Falta de apetito, Escalofríos, Fiebre, Sudores nocturnos. El contagio se produce habitualmente por vía aerógena a partir de pacientes bacilíferos con lesiones pulmonares «abiertas», es decir, conectadas con el exterior por un bronquio de drenaje. Al toser se generan aerosoles de pequeñas partículas líquidas (gotas de Fulge), en cuyo interior se encierran uno o dos bacilos. Al evaporarse queda tan sólo el núcleo de bacilos que permanece flotando en el medio ambiente y se desplaza con las corrientes de aire pudiendo ser aspirado por otras personas (Elsevier, Tuberculosis. Patogenia, diagnóstico y tratamiento).

El diagnóstico de la tuberculosis se realiza después de examinar los ganglios linfáticos para detectar inflamación y auscultar los pulmones con ayuda del estetoscopio para detectar sonidos anormales en el proceso de inspiración y expiración. El diagnóstico definitivo requiere la identificación de *M. tuberculosis* o de *M. bovis* por cultivo. Puesto que *M. tuberculosis* tiene un crecimiento lento, es posible que no se obtengan resultados hasta después de 3-6 semanas. La mejor fuente consiste en la recogida del esputo por la mañana. Como alternativa puede obtenerse el esputo tragado durante la noche por medio de aspiración gástrica inmediatamente después de que el paciente se despierte y antes de que se levante. La muestra debe colocarse en un medio que contenga distintas concentraciones de isoniacida, estreptomina y, si es posible, otros antituberculosos para el estudio inicial de la sensibilidad. Un grado elevado de resistencia a la isoniacida, junto a la capacidad de formar catalasa, suele ser la primera evidencia de que la infección se debe a otras especies de micobacterias (Elsevier, Tuberculosis. Patogenia, diagnóstico y tratamiento).

El tratamiento de la tuberculosis es a base de fármacos en un periodo de seis a nueve meses. El tiempo de la recuperación de la tuberculosis depende de factores como la edad, estado de salud general, resistencia a los medicamentos, ubicación de la infección en el cuerpo. Los fármacos utilizados en el tratamiento de la tuberculosis pueden clasificarse en tres grupos:

Fármacos de primera elección. Son fármacos que tienen un grado máximo de eficacia combinado con una toxicidad aceptable. Con ellos pueden tratarse con éxito la gran mayoría de los pacientes y figuran en todas las pautas de tratamiento inicial de la tuberculosis. Se incluyen en este grupo: rifampicina, pirazinamida, isoniazida, etambutol y estreptomina.

Fármacos de segunda línea. Son fármacos que, en principio, tienen una eficacia más limitada y su balance de beneficio/riesgo es menos satisfactorio que los de primera elección. En todo caso, con cierta frecuencia, es necesario recurrir a ellos por la aparición de resistencias o por factores propios del paciente. Figuran en este grupo: etionamida, ácido paraminosalicílico, ciclo serina, amikacina, capreomicina y rifabutina.

Nuevos medicamentos utilizables en el tratamiento de la tuberculosis: Son medicamentos que, aunque en principio puedan haber sido enfocados hacia otras indicaciones, la aparición de cepas multirresistentes ha obligado a valorar su utilización en el tratamiento de la tuberculosis. En esta categoría se podrían incluir fármacos como ciprofloxacino, levofloxacino, ofloxacino, moxifloxacino, amoxicilina/clavulánico, clofazimina, macrólidos, etc. (Elsevier, Tuberculosis. Patogenia, diagnóstico y tratamiento).