



Nombre del alumno:

Iván Cruz Moreno

Nombre del profesor:

Lic. Elisa Pérez Pérez

Licenciatura:

En enfermería

Materia:

Seminario de tesis

PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del trabajo:

Avance III seminario de tesis

Frontera Comalapa, Chiapas a 07 de Febrero del 2021.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA FAMILIA ANTE UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La tuberculosis pulmonar es una patología respiratoria producida por el mycobacterium tuberculosis, que afecta principalmente a los pulmones diseminándose a otros órganos. La organización mundial de salud (OMS) indica que la tuberculosis sigue siendo el principal causante de morbilidad por enfermedad infecciosa en el mundo, siendo así ha sido declarada como emergencia mundial.

La organización mundial de la salud, conceptualizan a la familia como elemento fundamental de la sociedad. Sostiene que en ámbito mundial, familia es reconocida como el círculo primordial en la salud, considerando a la familia como un contexto social en el que ocurre y se resuelve el proceso de salud enfermedad.

Por ello el enfoque de riesgo familiar, se fundamenta mediante un estudio de la organización mundial de salud. La familia tiene gran importancia en lo que respecta a la salud de pacientes, esto influye de manera positiva, de ahí la importancia de entender como la familia puede intervenir de manera positiva o negativa en la recuperación de las patologías.

Según la OMS la tuberculosis es un problema de salud asociado a la baja economía y a las malas condiciones de vida que sumado a las dificultades de acceso a los servicios de salud, requiere ser abordada por toda la

sociedad más aun dentro de las poblaciones en riesgo como son las personas con VIH, aquellos en situación de calle, habitantes de barrios marginales de las ciudades, privados de la libertad y personas con problemas de adicción; poblaciones que generalmente tienen acceso limitado a la atención de salud, si la tienen no siempre son diagnosticadas oportunamente de tuberculosis.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA O PREGUNTAS DE INVESTIGACION.

¿Cuál es el tratamiento de la tuberculosis pulmonar?

¿Cómo se transmite la tuberculosis pulmonar?

¿Por qué es importante prevenir la tuberculosis pulmonar en los familiares?

¿Cuáles son los factores de riesgo de la tuberculosis pulmonar que afectan a los familiares?

¿Por qué los adultos mayores son más propensos a contraer la tuberculosis pulmonar?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Educar a la familia en las medidas de prevención ante un paciente con tuberculosis pulmonar.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- desarrollar nuevas modalidades en la capacitación en las familias, el diagnóstico, la información, la referencia y la investigación en tuberculosis pulmonar.
- mejorar la calidad de vida de las familias al prevenir y controlar la enfermedad.
- disminuir los contagios de tuberculosis en familias.
- mejorar la calidad de información ante la tuberculosis pulmonar promover la participación comunitaria para favorecer el auto cuidado.

1.4 HIPOTESIS

- Mayor conocimiento de las medidas preventivas mejoraran las actitudes en el autocuidado de los pacientes con tuberculosis pulmonar.
- Mayor conocimiento sobre la prevención de la tuberculosis pulmonar, menor número de casos de familiares contagiados.

1.5 JUSTIFICACION

El estudio se realizó con la finalidad de conocer el riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica de personas afectadas con tuberculosis en el centro de salud.

Los resultados de esta investigación serán informadas a las familias para que puedan intervenir con acciones dirigidas no solo a los familiares sino también a los habitantes de una comunidad de casos sospechosos de tuberculosis pulmonar.

Para ello, se debe tener en cuenta la importancia de cada una de las dimensiones: condiciones físicas, prácticas y servicios de salud, vivienda y vecindario, condiciones socioeconómicas y manejo de los menores.

Debido a esto se realiza la investigación antes mencionada; para que el personal de enfermería cumpla con la prestación de la atención primaria, puesto que el profesional de enfermería cumple un rol importante ya que es Miembro relevante del equipo interdisciplinario; equipo donde debe aportar todo su conocimiento, centrando su atención en los pacientes, en sus familias y en las comunidades donde ambos se desarrollan y donde lidera las intervenciones.

En el aspecto metodológico, la investigación se justifica porque aporta datos actualizados que pueden ser utilizados por la comunidad científica y del mismo modo puede ser replicado.

De esta manera, mejoraremos nuestras intervenciones de enfermería que conllevará a disminuir el riesgo familiar, este estudio es un aporte a la sociedad siendo los más beneficiados los individuos y cada integrante del grupo familiar de pacientes con tuberculosis.

1.6 DELIMITACION DEL ESTUDIO

El presente estudio fue realizado en el centro de salud de chicomuselo, ubicado en el fraccionamiento de santa Cecilia, en el periodo comprendido de enero a febrero del año 2021. En el cual se estudiaron tres pacientes de ambos sexos con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, el estudio comprendido fue a pacientes ajenos a cualquier institución de salud que solamente contaban con seguro popular.

2.1 MARCO HISTORICO

Es una enfermedad infectocontagiosa, con alto riesgo de contagio. Producida por un bacilo llamado Mycobacterium Tuberculoso, que se transmite a través de gotitas de saliva y afecta a los pulmones. Las partes del pulmón que se verán más afectadas son los segmentos apicales y posteriores de los lóbulos superiores y los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. La infección pulmonar tiene generalmente un comienzo insidioso.

El médico inglés Benjamín Martenl en, su obra A New Theory of TheComsumption fue el primero en aventurarla causa de la tuberculosis considerando la presencia de ser "diminuta criatura viviente" que, una vez en el organismo, podría generar los signos y síntomas de la enfermedad. Así fue Robert Koch, en 1882, al utilizar una nueva técnica de tinción, el primero que descubrió el agente causal de la tuberculosis que es el bacilo de koch.

Con el conocimiento del agente causante y el mecanismo de transmisión proliferó la aparición de los famosos sanatorios, con los que se buscaba, por un lado, aislar a los enfermos de la población general interrumpiendo la

cadena de transmisión de la enfermedad, y por otro, ayudar al proceso de curación con la buena alimentación y el reposo. Pero no fue hasta 1944, en plena II Guerra Mundial, con la demostración de la eficacia de la estreptomycin, que fue descubierta por Selman Abraham Waksman, que estudió a los microorganismos patógenos de la tuberculosis; descubriendo así que los microorganismos patógenos eran destruidos en el suelo por medio de un hongo denominado *Streptomyces griseus*.

En el año 1952 tiene lugar el desarrollo de un agente mucho más eficaz: la isoniacida. Ello hace que la tuberculosis se convierta en una enfermedad curable en la mayoría de los casos. La rifampicina, en la década de los 60, hizo que los regímenes terapéuticos se acortaran de una forma significativa.

La TB es la segunda enfermedad social infectocontagiosa responsable de producir mortalidad en adultos. La OMS estima que aproximadamente un tercio de la población mundial se encuentra infectada por el *Mycobacterium tuberculosis* y que cada año ocurren nueve millones de nuevos casos y cerca de dos millones de defunciones. De esta forma, la OMS calcula que en el 2003 hubo 8,8 millones de casos nuevos, de los cuales 3,9 millones eran bacilíferos, y que ocurrieron 1,7 millones de muertes asociadas a esta enfermedad. 7 El 95% de los casos nuevos y el 98% de las muertes por esta enfermedad suceden en los países en vías de desarrollo. De igual manera, el 75% de los casos de TB ocurren en menores de 50 años, etapa económicamente más activa del individuo (12,13); las regiones más afectadas en el mundo por esta enfermedad son el África subsahariana, el sureste de Asia y Europa Oriental.

Estos países presentan altas tasas de incidencia de TB, incluso superiores a 300/100 000 habitantes, debido sobre todo al incremento de la pobreza y a la presencia del VIH, uniendo a ello la precariedad de sus sistemas de salud, lo que conlleva a la administración tardía e incompleta de

tratamientos, hecho que a su vez agrava el problema de la falta de control de la TB por la aparición de formas resistentes de esta enfermedad, llegando a cifras de alrededor de 8-9% en casos nuevos en algunos países.

En muchos países desarrollados, donde hasta la década de los 80 la TB se consideraba erradicada, se dejó de lado su vigilancia epidemiológica. Sin embargo, el fenómeno de la globalización ha favorecido la migración masiva de países de alta endemia, lo cual ha repercutido en la reemergencia de la enfermedad en estos países. Otros factores que también influyeron en dicha situación fueron: la presencia del VIH, la diferencia económica cada vez mayor entre los más ricos y los más pobres, así como las condiciones de vida inadecuadas de los inmigrantes en estos países. Así, en Estados Unidos, por ejemplo, en el que la prevalencia en 1986 era de sólo 9,4 por 8 100,000 habitantes, y se había conseguido un descenso anual del 5-6% que auguraba la erradicación de la enfermedad para comienzos del siglo XXI, para el año 1992 había incrementado en un 20% el número de casos.

Paul Bartels en su ya clásico artículo de 1907, describió el primer caso de tuberculosis a partir de varias vértebras dorsales encontradas en un cementerio de Herdelherg, pertenecientes a un adulto joven que vivió aproximadamente en el año 5 000 a.C. ha sido posible seguir el rastro de la tuberculosis (TBC) en momias egipcias, en los primeros escritos médicos fue descrita con los hombres de consunción o tisis (phthisis) y es así como hay datos en la cultura hindú que la describen como consunción (latín consumere). Conocida como “peste blanca” es una de las enfermedades que mayor número de muertes ha ocasionado en toda la historia de la humanidad, y continúa causando estragos, a pesar de encontrarnos en el siglo XXI.

Lic. Keredert, shérin realizó un estudio cuantitativo, 4 cuyo objetivo fue: “identificar el grado de conocimientos y actitudes el paciente del esquema dos del programa control de tuberculosis frente a su enfermedad”; analizar la relación que existe entre los conocimientos y las actitudes del paciente del esquema dos del programa control de tuberculosis frente a su enfermedad, el método utilizado fue el descriptivo correlacionar de corte transversal, el área de estudio es el centro de salud “tablada de lurín”, la población fue de 18 pacientes del esquema dos.

Las principales conclusiones fueron: “en los pacientes predominan las actitudes de indiferencia (38,8%), hacia su enfermedad, sin embargo el 33,4% muestra una actitud favorable” “estableciendo la relación estadística entre las dos variables, se encontró que existe relación entre el conocimiento y las actitudes, sin embargo estos no son muy significativos, pues pacientes con conocimientos altos muestran actitudes de indiferencia a su enfermedad.”

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Los hallazgos más antiguos de afectación humana por tuberculosis fueron descubiertos en momias pertenecientes a la pre dinastía egipcia (3500-2650 a.C.) y en restos humanos ubicados en Suecia e Italia que datan del período Neolítico, 1,2 los paleontólogos describieron en estos restos una serie de lesiones óseas características de una infección crónica por tuberculosis como el colapso vertebral o enfermedad de Pott, lesiones reactivas periosteales y osteomielitis.

En el siglo XIX, el médico anatomopatólogo francés René Laennec (1781-1826), el inventor de la auscultación mediata y del estetoscopio, tuvo el gran mérito de defender la teoría unitaria de la tuberculosis, demostrando que escrófulas, tubérculos y tisis, correspondían a la misma enfermedad. Separó a la tuberculosis de las demás afecciones pulmonares y en 1818 concluyó: “No hay más tisis que la tuberculosis”. Además Léanme, que murió de esta enfermedad a los 45 años de edad, también apreció el origen infeccioso de la tuberculosis, declarando: “Me he infectado”; cuidado con las disecciones de cadáveres que han muerto de tisis, porque la tisis es contagiosa.

En un memorable día 24 de Marzo de 1882 (Día Mundial de la Tuberculosis), el gran Robert Koch (1843-1910) presentó su trascendental descubrimiento frente a 36 miembros de la Sociedad de Fisiología de Berlín, que fue la única que se prestó a escucharlo; ahí expresó haber identificado al agente causal de la tuberculosis: un microorganismo al que denominó bacilo tuberculoso. El efecto sobre el auditorio fue asombroso; los asistentes permanecieron paralizados en sus asientos, tan fascinados que según se cuenta, se olvidaron de aplaudir. Después de un silencio impresionante, el presidente abrió la discusión, pero no hubo ninguna discusión. Por primera vez en la historia de la sociedad nadie se atrevió a

hacer ningún comentario. Todos los ojos se volvieron instintivamente hacia Virchow, campeón de la teoría “dualista”, donde la tuberculosis y la neumonía caseosa eran dos entidades distintas; jamás creyó en el carácter contagioso de la enfermedad y combatió a Koch hasta su muerte, sin embargo la réplica de Koch al presentar su bacilo en la Academia de Ciencias, lo dejaría mudo.

En sus estudios describe la tinción, aislamiento, cultivo del bacilo y reproducción de la enfermedad a través de la inoculación del bacilo en animales de experimentación demostrando mediante esta secuencia experimental, que éste organismo era el ente causante de la tuberculosis. Este hecho histórico sería esencial en la lucha antituberculosa siendo el sustento para el desarrollo de métodos diagnósticos y la búsqueda de un tratamiento eficaz contra la enfermedad.

Por varios años, se consideraba que el *Mycobacterium tuberculosis* había evolucionado a partir del *Mycobacterium bovis* (agente causante de la tuberculosis bovina) mediante la adaptación del patógeno Animal al huésped humano. No obstante, nuevas teorías establecen que los miembros del complejo *Mycobacterium tuberculosis* habrían evolucionado a partir de un ancestro común.

Existen controversias sobre la cronología de la enfermedad pero no así sobre el origen geográfico ya que hay fuertes evidencias que han demostrado que este complejo evolucionó como patógeno humano en el este del continente africano y su dispersión a otras regiones pudo haber ocurrido con las primeras migraciones humanas.

Investigadores españoles y británicos en un artículo publicado en la revista *Current Biology*, constatan que la bacteria responsable de la tuberculosis se originó en África, contradiciendo el principio clásico de que la tuberculosis

fue introducida por los colonizadores europeos. En su estudio asientan en que los europeos llevaron al continente africano cepas más virulentas y de fácil transmisión, que fueron reemplazando a las primeras y originarias.

La tuberculosis ha tenido impacto en el mundo a lo largo de la historia, alcanzando su cenit entre finales del siglo XVIII y mitad del siglo XIX, cuando se extiende con el nombre de “La Gran Peste Blanca”.

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, transmisible, curable, usualmente crónica, de presentación clínica variable, producida por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*. Habitualmente la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano.