



**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 II seminario de tesis

Frontera Comalapa, Chiapas a 30 de Enero del 2021.

**AVANSE 2 SEMINARIO DE TESIS**

TESIS: INDIVIDUAL ( )    COLECTIVA ( )

NOMBRE DE LOS INTEGRANTES:

CORZO ARCE ANDREA

---

CRUZ MORENO IVAN

---

GOMEZ LOPEZ ANGIU GUADALUPE

---

TEMA Y /O TÍTULO DE TESIS	PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN ADULTOS MAYORES.
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA O PREGUNTAS DE INVESTIGACION	¿CÓMO PREVENIR LA TUBERCULOSIS PULMONAR? ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR? ¿CÓMO SE TRANSMITE LA TUBERCULOSIS PULMONAR? ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PREVENIR LA TUBERCULOSIS PULMONAR? ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR? ¿POR QUÉ LOS ADULTOS MAYORES SON MAS PROPENSOS A CONTRAER LA TUBERCULOSIS PULMONAR?
OBJETIVO GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DISMINUIR EL RIESGO DE ENFERMAR A LOS ADULTOS MAYORES Y MORIR A CAUSA DE TUBERCULOSIS PULMONAR E INTERRUMPIR LA TRANSMISION DE LA ENFERMEDAD.</li> </ul>
OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DESARROLLAR NUEVAS MODALIDADES EN LA CAPACITACION, EL DIAGNOSTICO, LA INFORMACION, LA REFERENCIA Y LA INVESTIGACION EN TUBERCULOSIS PULMONAR.</li> <li>• MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS AL PREVENIR Y CONTROLAR LA ENFERMEDAD.</li> <li>• DISMINUIR LOS CONTAGIOS DE TUBERCULOSIS EN LOS ADULTOS MAYORES.</li> <li>• MEJORAR LA CALIDAD DE INFORMACIONANTE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.</li> <li>• PROMOVER LA PARTICIPACION COMUNITARIA PARA FAVORECER EL AUTO CUIDADO.</li> </ul>

## **CAPITULO I**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN ADULTOS MAYORES**

##### **1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

La tuberculosis es la causa principal de mortalidad entre la población adulta del mundo. Las poblaciones de países con recursos limitados representan casi 95% de las infecciones por *M. tuberculosis*, y la carga mundial causada por esta infección es de aproximadamente 1.100 millones de personas.

La organización mundial de la salud OMS (1998) notificó aproximadamente dos millones de defunciones causadas por la tuberculosis.

La estrategia de la OMS para controlar la tuberculosis, el tratamiento acortado directamente observado (DOTS), puede curar casi todos los casos de tuberculosis. Una de las bases de DOTS es la administración de quimioterapia ordinaria de corta duración a pacientes tuberculosos por medio del personal de salud. Estudios recientes sobre el riesgo de transmisión nosocomial de *M. tuberculosis* realizados en países en desarrollo han revelado que el personal de salud que atiende a los pacientes con tuberculosis infecciosa que están expuestos al riesgo de la infección y enfermedad por *M. tuberculosis*. El personal de salud es fundamental en la lucha contra la tuberculosis y debe ser protegido. Dada la naturaleza esencial de los trabajadores sanitarios en el tratamiento de casos activos y en la prevención de la transmisión adicional de *M. tuberculosis*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta estas normas para proporcionar a los Estados Miembros con recursos limitados, estrategias de control de bajo costo y eficaces para la prevención de la

transmisión de *M. tuberculosis* entre el personal de salud. Estas normas son útiles no solo para prevenir la transmisión del paciente al personal de salud, sino también para prevenir la transmisión de un paciente a otro y, en situaciones esporádicas, la transmisión de trabajador de salud a paciente. Las presentes normas proporcionan tratamiento y recomendaciones a nivel distrital y de referencia (lo cual representa la amplia variedad de establecimientos de asistencia sanitaria) basados en tres niveles de medidas de control de infecciones: medidas de control administrativas, medidas de control ambiental y medidas de control personales.

La OMS (1998) señala:

Los aumentos recientes de las tasas de tuberculosis entre el personal de salud así como brotes hospitalarios de tuberculosis con farmacorresistencia múltiple entre pacientes infectados por el VIH han generado inquietudes mayores sobre el riesgo de transmisión de *Mycobacterium tuberculosis* en centros asistenciales (transmisión nosocomial). La transmisión nosocomial es motivo claro de preocupación, dado que afecta no solo a otros pacientes sino también a la salud personal del personal sanitario y puede dar lugar a la pérdida temporal o permanente de estos trabajadores de la fuerza laboral.

Estudios recientes del riesgo de la transmisión nosocomial de *M. tuberculosis* realizados en países en desarrollo han demostrado que el personal de salud que atiende a pacientes con tuberculosis infecciosa se enfrenta al riesgo de infección y enfermedad por *M. tuberculosis*. Medidas de control de la infección de tuberculosis inexistentes o ineficaces facilitan la transmisión de *M. tuberculosis* en estos entornos de asistencia sanitaria. Un examen de los factores más comunes que contribuyen a la transmisión en establecimientos de asistencia sanitaria a nivel distrital y de referencia en el mundo en desarrollo indica que muchos pueden remediarse con

medidas de control sencillas y, en muchos casos, de bajo costo. Un gran número de las medidas para el control de la tuberculosis que probablemente tendrán la repercusión más importante en la reducción de la transmisión de *M. tuberculosis* (por ejemplo, diagnóstico rápido y triage de pacientes con tuberculosis infecciosa) pueden ejecutarse con recursos financieros adicionales mínimos.

En países de ingreso bajo, el riesgo de los pacientes y los trabajadores de salud que contraen la tuberculosis podría reducirse significativamente si gobiernos, autoridades sanitarias y personal sanitario mismo asignasen al control de infecciones una alta prioridad. Los trabajadores de salud constituyen un recurso valioso y a menudo escaso y su pericia no puede reemplazarse fácilmente. El compromiso para reducir el riesgo de transmisión nosocomial de *M. tuberculosis* al personal de salud es necesario para su protección contra exposición indebida, infección, enfermedad, discapacidad y muerte.

Además de diferencias de tamaño, volumen de pacientes y complejidad de casos, estas normas procuran abordar posibles diferencias de recursos entre los distintos niveles. La mayor parte de la atención proporcionada a pacientes tuberculosos tiene lugar a nivel distrital con recursos sumamente limitados. En consecuencia, las normas para el control de infecciones para estos niveles se centran por necesidad en medidas administrativas (de gestión) de bajo costo (por ejemplo, identificación de pacientes, diagnóstico e iniciación de tratamiento antituberculoso rápido) en lugar de medidas costosas más apropiadas para los centros de referencia (por ejemplo, ventilación por extracción para habitaciones de aislamiento para enfermos tuberculosos). Independientemente del nivel, la mayoría de las medidas de control administrativas son aplicables. Desde luego, factores económicos y de recursos humanos inciden en las decisiones tocantes a las medidas de

control de infecciones; por lo tanto, las presentes normas tendrán que adaptarse según el entorno.

En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró un estado de emergencia mundial, pero a pesar de que los científicos han hecho todo lo posible en la lucha contra el mal, la respuesta de muchos países desde los puntos de vista económico y político ha sido demasiado débil para frenar la pandemia, por lo que la pavorosa situación sigue su curso. En 1995, murieron por TB más personas que en ningún año en la historia de la humanidad cerca de 1 millón más que durante los años en que estaba en su apogeo la epidemia a principios del siglo XX. Actualmente sigue afectando a los grupos más vulnerables de la sociedad en todos los países.

A más 100 años de descubierto el agente causal de la tuberculosis (TB) por el alemán Roberto Koch, el 24 marzo de 1882, constituyendo la enfermedad más infectocontagiosa que más vidas cobra en todo el mundo.

## **1.4 HIPOTESIS**

Trabajar en la unidad hospitalaria donde ingresan los pacientes con infección de VIH aumenta el riesgo de desarrollar tuberculosis pulmonar.

## **1.5 JUSTIFICACION**

En el año de 1993 la Organización Mundial de la Salud declara la tuberculosis (TB) como una enfermedad re emergente que constituye un importante problema de salud pública mundial. La tuberculosis es la enfermedad infectocontagiosa con alta tasa de incidencia y prevalencia, sin duda alguna, representa uno de los principales problemas para la salud pública, ya que requiere de atención urgente. La interacción tuberculosis y comorbilidades afecta principalmente a la población económicamente

activa, agravando el impacto sobre el sistema de salud, la sociedad, los recursos médicos y físicos necesarios para su tratamiento, aumentando los costos de estos servicios al incrementar la demanda de fármacos más especializados, secundario a la presencia de droga resistencia o falla en el tratamiento de estos pacientes así como al incrementar el número de días de hospitalización necesarios para la recuperación de los pacientes.

Debido a que es una enfermedad infectocontagiosa requiere de diagnósticos rápidos.

Como prueba diagnóstica se podría utilizar el test ADA (La adenosina desaminasa) no es una prueba diagnóstica pero se emplea junto con otras pruebas -como cultivo de mico bacterias, análisis de líquido pleural o pruebas moleculares para tuberculosis- para determinar si una persona tiene una infección por *Mycobacterium tuberculosis*. La adenosina desaminasa (ADA) es una proteína producida por las células del organismo y asociada a activación de los linfocitos; estos son un tipo de leucocitos que juegan un papel fundamental en la respuesta inmune a las infecciones. Los agentes que estimulan al sistema inmune, como el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis* -causante de tuberculosis- pueden provocar que se produzca ADA en las áreas del organismo donde se encuentra el bacilo. Esta prueba mide la cantidad de adenosina desaminasa en líquido pleural para así poder establecer el diagnóstico de tuberculosis pleural. Se realiza esta prueba para confirmar o descartar una infección por *Mycobacterium tuberculosis* en líquido pleural y poder establecer el diagnóstico de tuberculosis; menos frecuentemente para detectar la infección en otros fluidos biológicos como líquido peritoneal o líquido cefalorraquídeo (LCR). Se realiza a partir de una muestra de líquido pleural por un procedimiento conocido como toracocentesis; también se pueden obtener muestras de otros fluidos biológicos.

La tuberculosis puede afectar a pulmones y pleuras causando signos y síntomas como dolor torácico, tos crónica y dificultad para respirar. Estos signos y síntomas pueden existir también en otros trastornos y por este motivo es importante determinar su causa cuanto antes mejor, para así establecer de inmediato el tratamiento más adecuado. La detección de mico bacterias en el líquido pleural puede resultar difícil, por ejemplo si existe gran cantidad de líquido pero con pocos microorganismos.

## **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.