



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**

Componente práctico del examen complejo previo a la obtención del grado académico de licenciatura en Terapia Respiratoria.

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINO DE 60 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
PULMONAR**

AUTOR:

VALERIA LILIBETH BRAVO BAYEJO

TUTOR

LCDA. YNGRID PAOLA ESPIN MANCILLA

BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR

2021

Contenido

TITULO DEL CASO CLINICO	4
AGRADECIMIENTO	5
DEDICATORIA	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
I MARCO TEORICO	10
1.1 Justificación	18
1.2 Objetivos	19
1.2.1 Objetivo general	19
1.2.2 Objetivos específicos	19
1.3 Datos generales	20
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	21
2.1 Análisis del motivo de la consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	21
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	22
2.3 Examen físico (exploración física)	22
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	23
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	24

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	24
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales	25
2.8 Seguimiento	25
2.9 Observaciones.....	27
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	29

TITULO DEL CASO CLINICO

**PACIENTE FEMENINO DE 60 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
PULMONAR**

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios sobre todas cosas sin el nada soy.

A mi madre por ser mi pilar.

A mi esposo por estar junto a mi

A cada uno de mis docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo por todo el conocimiento impartido

A mi tutora Lcda. Paola Espín por toda la ayuda brindada

A todos muchas gracias

DEDICATORIA

El presente caso clínico se lo dedico a mi madre, quien me apoyo en todo

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, muy contagiosa, cuya causa principal es las mycobacterium tuberculosis, esta afecta el parénquima pulmonar.

Esta enfermedad ataca en mayor relevancia a adultos de edad media. Aunque todas las personas son propensas a contraer tuberculosis, existe los grupos de altos riesgo, como por ejemplo los convictos, personas en hacinamiento, migrantes indocumentados.

La tos persistente expectorante de más quince días de evolución sin mejoría, y otros síntomas inespecíficos como pérdida de peso, sudoración nocturna, fiebre, son síntomas de alarma de que el paciente este con tuberculosis

Para diagnosticar la tuberculosis realizamos un estudio de tuberculina, además de una radiografía de tórax.

Para el tratamiento de la tuberculosis se utiliza unos fármacos que se dividen en dos grupos: fármacos de primera línea, para el tratamiento inicial, y los fármacos de segunda línea, estos son más activos y con mayores efectos secundarios.

Palabras claves: tuberculosis, tuberculina, mycobacterium, parénquima, esputo

ABSTRACT

Tuberculosis is an infectious disease, highly contagious, whose main cause is mycobacterium tuberculosis, which affects the lung parenchyma.

This disease attacks middle-aged adults with greater relevance. Although all people are prone to contracting tuberculosis, there are high-risk groups, such as convicts, people in overcrowding, undocumented migrants.

The persistent expectorant cough of more than fifteen days of evolution without improvement, and other nonspecific symptoms such as weight loss, night sweats, fever, are alarm symptoms that the patient is with tuberculosis

To diagnose tuberculosis, we performed a tuberculin study, in addition to a chest X-ray.

For the treatment of tuberculosis, drugs are used that are divided into two groups: first-line drugs, for the initial treatment, and second-line drugs, these are more active and with greater side effects.

Key words: tuberculosis, tuberculin, mycobacterium, parenchyma, sputum

INTRODUCCION

El presente caso de estudio se refiere a una paciente femenina de 60 años, que acudió a urgencias por presentar tos con expectoración mucosa con una evolución de más de 2 meses sin ningún tipo de mejoría, además presenta disnea de moderados esfuerzos y una sensación febril no termometrada que ocurre generalmente en las tardes.

Al realizar el examen físico presenta facies disneicas, está orientada y esta consiente, no palpamos adenopatías periféricas, en la auscultación cardiopulmonar no se encontró soplos, con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Al realizar los exámenes complementarios se determinó como diagnostico tuberculosis pulmonar. La tuberculosis pulmonar es una patología grave, de fácil diagnóstico y se lo realiza con una prueba de esputo o una tuberculina.

Los síntomas son inespecíficos y varían de persona a persona. La tos productiva con una evolución de más de 15 días es el síntoma característico de esta enfermedad, también va acompañada con hemoptisis en algunos casos, existen otros síntomas: disminución de peso, sudoración nocturna, cansancio, entre otros.

El tratamiento de la enfermedad de tuberculosis pulmonar se da durante un periodo de 6 a 9 meses esto involucra la combinación de varios fármacos por lo regular cuatro.

Estos tratamientos se dan por fases, la fase inicial de 2 meses, seguida de una fase de continuación donde se eligen varias opciones de tratamientos, y una duración de 4 o 7 meses

I MARCO TEORICO

TUBERCULOSIS PULMONAR

La tuberculosis es una enfermedad de característica infecciosa tratable, transmisible y pandémica, causada por micobacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis* que afecta el parénquima pulmonar con alto grado de contagiosidad, a partir en que se puede diseminar en el hospedero por extensión directa a través de los conductos linfáticos a los ganglios linfáticos regionales y la corriente sanguínea, la cual comparte los bacilos a todos los órganos del cuerpo.

Aunque la tuberculosis más común es la pulmonar, se debe tomar en cuenta los tipos de tuberculosis extra pulmonar, estas por otro lado no son contagiosas. (Ministerio de Salud Publica, 2018)

La tuberculosis afecta al ser humano en dos etapas relevante. La primera es el momento en que una persona se expone a los microorganismos de otra persona que está enferma con tuberculosis de carácter contagioso y se infecta (infección tuberculosa). En la segunda etapa, la persona con infección tuberculosa se enferma y presenta distintos síntomas y signos que determinan que el contagio ha avanzado como una enfermedad (enfermedad tuberculosa) Las personas con tuberculosis pulmonar, en quienes los microorganismos son tan variados que pueden analizarse con un microscopio cuando se estudian las muestras de mucosidad (tuberculosis con baciloscopia positiva), son los casos mayormente contagiosos.

El manejo de la tuberculosis se dificulta aún más si la tasa de multirresistencia una zona es alta. Esta amenaza es inclusive más grave debido a la aparición de la tuberculosis extremadamente farmacorresistente (XDR-TB). (GREENFACTS, 2007)

Las personas con pocos microorganismos que no pueden detectarse claramente con un microscopio (tuberculosis con baciloscopia negativa) son menos contagiosas y el riesgo de su padecimiento suele ser más leve que en las personas con tuberculosis y baciloscopia positiva. Con la aplicación cada vez superior de las pruebas moleculares rápidas (más sensibles) no es tan fácil medir la contagiosidad de una persona.

La tuberculosis es una bacteria que acompaña al hombre desde hace más de 3 millones de años, hay evidencias de que existía mucho antes del Neolítico, y no solo es una de las enfermedades más antiguas que acompaña al ser humano, si no también es la que más muerte ha causado. (Angel Molina, 2.018)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de la tuberculosis influyen en la probabilidad de exponerse al contagio, como en el avance total de la enfermedad, debido a que una persona infectada no siempre enferma, sino más bien el conjunto de factores de riesgo son los que determinan las posibilidades de su progreso hacia un estado patológico. Además, en países en donde aparte de la pobreza y la inequidad; la estigmatización, exclusión y discriminación son males sociales, el escenario es más grave y vuelve a los pobres más vulnerables.

La tuberculosis afecta especialmente a los adultos en sus años mayormente productivos. Pero, a pesar de eso todos los grupos de edad están en riesgo. Aproximadamente el 95% de los casos y las muertes se concentran en los países no desarrollados. (OMS, 2020)

La vitamina D juega un papel significativo en la activación de los macrófagos y la limitación del desarrollo de las micobacterias, y la disminución de los niveles séricos de vitamina D parece incrementar el riesgo de infección de la tuberculosis. A pesar de que toda persona puede contraer la tuberculosis, este inconveniente es de aún más importancia en los grupos de «alto riesgo». Estos grupos (por ejemplo, las personas reclusas en centros de penitenciarios; las personas sin vivienda o que poseen una vivienda es insegura; los migrantes indocumentados; las personas que trabajan con ganado, que es la causa de *Mycobacterium bovis*; y otros grupos socialmente vulnerables) constantemente poseen dificultades para

acatar a los servicios públicos de salud. Puede ser fundamental adecuar los servicios de salud establecidos para estos grupos, para que tomen en cuenta sus necesidades y dificultades específicas, en el contexto más amplio de sus vidas y circunstancias.

Uno de los factores de riesgo más relevantes en cuanto la incidencia de la tuberculosis es el hacinamiento de personas, esto se da en diferentes áreas como en los centros carcelarios, y hoy en día con los migrantes, debido a las diferentes dificultades económicas que atraviesan, hacen que vivan agrupados, muchos de ellos sin vínculo familiar. (Jose Caminero, 2008)

SINTOMATOLOGIA

Los primeros síntomas de la tuberculosis pulmonar son insidiosos y muy poco expresivos en casi todos los casos, lo que puede generar retraso diagnóstico de algunos meses. La demora promedio de diagnóstico de TBC es de alrededor de tres meses en el medio normal, teniendo en cuenta que el retraso admisible para el diagnóstico de la TBC pulmonar no puede ser mayor a 3 semanas. El retraso en el diagnóstico causa incremento de la morbilidad y las secuelas, así como elevación de la posibilidad de contagio hacia otras personas. No hay síntomas ni signos patognomónicos de TBC que ayuden a diferenciar de otras enfermedades broncopulmonares. Los síntomas de enfermedad tuberculosa pueden llegar a ser agudos, subagudos o crónicos. Por otro lado, se trata de síntomas inespecíficos a la pérdida de peso, sudoración nocturna, astenia, anorexia y fiebre o febrícula de avance algo prolongado.

La sintomatología de la enfermedad de tuberculosis en diferentes partes del cuerpo depende del área afectada. (CDV, 2016)

En pacientes adultos con síntomas respiratorios persistentes como tos o expectoración con duración superior a 15 días de evolución que no hay mejoría con tratamiento o síndrome constitucional de origen no filiado es esencial excluir TBC pulmonar. La primoinfección TBC, propia de niños, puede llegar a ser asintomática o dar síntomas inespecíficos. La TBC del adulto puede poseer un curso subagudo con tos, expectoración, cuadro constitucional, sin embargo, también puede presentarse como un cuadro de inicio agudo, teniendo relación

una neumonía bacteriana. La localización pleural posee así mismo un proceso pausado de dolor torácico, disnea y síntomas generales asociados. Es necesario averiguar síntomas de las localizaciones extrapulmonares (disfonía, dolor óseo, cefalea...). En pacientes con TBC y SIDA dominan los síntomas comunes.

METODO DE DIAGNOSTICO

Aunque la tuberculosis (TBC) es una enfermedad considerablemente presenciada, con pautas fijas de diagnosis y tratamiento, sorprende ver como constantemente se presentan errores en conceptos importantes y en situaciones de la práctica clínica diaria como el análisis de la prueba de la tuberculina o los criterios para instauración de la quimioprofilaxis. La enfermedad tuberculosa está caracterizada por la aparición de síntomas, signos y hallazgos radiológicos que indican una enfermedad activa. Los síntomas, signos y hallazgos radiológicos dependen normalmente de la orientación de la enfermedad.

Cuando se tiene sospecha de tuberculosis es importante tomar tres muestras de flema para el examen bacteriológico. (MCP.ES, 2015)

El diagnóstico de infección tuberculosa puede determinarse por la conclusión del estudio de la tuberculina (PT). Este estudio pone de indica una etapa de hipersensibilidad del organismo en relación a proteínas del bacilo tuberculoso causada por un contacto precedente con este. La vacunación previa (BCG) o el contacto previo con micobacterias ambientales puede positivar la PT. La PT influye en todas las situaciones en las se desea corroborar o descartar un caso de infección tuberculosa. La PT positiva no es lo mismo que enfermedad tuberculosa, únicamente da a conocer contacto previo con el bacilo tuberculoso.

El diagnóstico de la enfermedad tuberculosa es de carácter microbiológico. Es necesario el aislamiento y cultivo de MT en pequeñas tomas biológicas. La situación clínica y los hallazgos radiológicos y analíticos ayudan a determinar un diagnóstico y dar inicio a los procedimientos para la adquisición de muestras correctas para el diagnóstico bacteriológico.

Las fallas en el diagnóstico promueven el inadecuado tratamiento y la progresión hacia complicaciones de la TBC. El diagnóstico adelantado junto a un tratamiento ideal y rápido previene las consecuencias anatómicas y funcionales. (Marín, 2016)

En pacientes con posibles síntomas de TBC la exploración física tiene que ser sistemática. Es necesario examinar adenopatías en zonas accesibles y lesiones cutáneas sugestivas de TBC tales como el eritema nudoso. Es necesario reconocer signos relacionados a localizaciones extrapulmonares.

No existe algún antecedente metódico que tenga relación directa a TBC. Los pacientes con enfermedad tuberculosa normalmente presentan VSG elevada. En ocasiones de extenso progreso se puede presentar hipoproteinemia y anemia de trastornos crónicos. En las formas agudas febriles puede existir leucocitosis neutrófila y linfocitosis en las formas subagudas o graves. Es posible percibir en ocasiones un pequeño desarrollo de enzimas hepáticas que suele estar relacionado a síndrome tóxico. Algunas formas graves de TBC pueden cursar con hiponatremia por secreción inadecuada de ADH.

La radiología de tórax en el diagnóstico de TBC es un proceso estrechamente sensitivo, pero limitadamente específica. Sólo algunas formas de TBC primarias y en pacientes VIH gravemente inmunodeprimidos pueden poseer radiografía de tórax estándar. El espectro de manifestaciones radiológicas de la TBC pulmonar es muy diverso sin embargo pueden analizarse patrones radiológicos específicos conectados con la representación clínica de presentación.

El diagnóstico microbiológico de enfermedad tuberculosa se basa en tres etapas continuas:

- 1) Comprobación de bacilos ácido-alcohol persistentes a través de tinciones específicas,
- 2) El aislamiento de *M. tuberculosis* en cultivo absoluto y posterior determinación de clase,
- 3) En casos específicos, análisis de sensibilidad in vitro a fármacos antituberculosos. La presunción diagnóstica de TBC de localización pulmonar indicada por medio de los datos clínicos y radiológicos obliga a la adquisición de muestras respiratorias correctas para conseguir el diagnóstico microbiológico.

La muestra más factible, accesible y rentable es la de flema. Es necesario recogerse, siempre que sea accesible, muestras de flema previamente a empezar

el tratamiento. La recogida de muestras de flema se debe hacer según procedimientos estandarizados que garanticen la idoneidad de estas.

TRATAMIENTO

Es necesario relacionar diversos fármacos para evitar el desarrollo de resistencias. Toda monoterapia real o encubierta llevará ineludiblemente al fallo y al repertorio de resistencias. El procedimiento debe ser extenso para prevenir la recidiva, basado en las distintas velocidades de incremento de las poblaciones bacilares coexistentes. La mala cumplimentación o la finalización del tratamiento influye en la aparición de resistencias.

El tratamiento requiere una un gran número de antibióticos, aplicados al menos por 6 meses. (Tierney, 2018)

Los fármacos para el tratamiento de la tuberculosis se dividen en dos grupos basados en su eficacia, potencia y efectos tóxicos: Fármacos de primera línea: De elección para el tratamiento de casos iniciales - Bactericidas: isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y estreptomina (S) - Bacteriostáticos: Etambutol (E). Fármacos de segunda línea: Son menormente activos y con más efectos secundarios. Se aplican para las formas de TBC resistentes a los de primera línea o en situaciones clínicas específicas. Algunos son difíciles de obtener y sólo deben ser aplicados por médicos especializados en tratamiento y retratamiento de TBC. Fármacos de 2ª Línea: Protionamida, etionamida, capreomicina, kanamicina, amikacina, ácido paraaminosalicílico (PAS), cicloserina, rifabutina, claritromicina, rifapentina, ofloxacino, ciprofloxacino, levofloxacino y moxifloxacino.

La presencia de resistencias a los antituberculosos de primera línea obligará asimismo a cambiar la pauta predeterminada de tratamiento. Existen dos tipos de resistencias a los fármacos antituberculosos:

1) Resistencia primaria: Es la que que presentan pacientes que en ningún momento han recibido tratamiento antituberculoso con anticipación.

2) Resistencia secundaria o adquirida: se genera por el uso incorrecto de los fármacos antituberculosos, con clasificación de cepas resistentes. El tratamiento anterior debe ser modificado en enfermos que puedan haber desarrollado resistencias por monoterapia previa con R o Z superior a 15 días o diferentes tipos de administración equivocada de la quimioterapia que cause el surgimiento de resistencias secundarias

PREVENCION

Se promueve que el control de la tuberculosis no se base únicamente en la respuesta del sector de la salud, sino que además se considere el entorno y las condiciones socioeconómicas de las poblaciones vulnerables. (Mota, 2018)

Es muy trascendental asegurar que las poblaciones en peligro de adquirir la enfermedad tengan acceso a una atención de la tuberculosis de alta calidad. Un servicio de tuberculosis de alta calidad, así mismo debe estimar a las personas con enfermedades concomitantes como la infección por el VIH, la diabetes mellitus, el tabaquismo y los trastornos de salud mental, que incrementen la posibilidad de sufrir tuberculosis y se asocian también con resultados mayormente desfavorables.

El diagnóstico anticipado y el inicio instantáneo de un tratamiento adecuado de las personas con tuberculosis son elementos esenciales para disminuir la transmisión de la enfermedad. Otras medidas de precaución incluyen:

- a) disminuir la exposición a los microorganismos de la tuberculosis con medidas de vigilancia infecciones transmitidas por el aire;
- b) reconocer a las personas con enfermedad tuberculosa y prevenir el avance hacia la enfermedad tuberculosa a través del tratamiento preventivo; y
- c) vacuna antituberculosa.

El control de diferentes enfermedades concomitantes, como el abastecimiento de proceso antirretrovírico para personas con contagio por el VIH, la conservación del control glucémico en personas con diabetes mellitus, el dejar el hábito de fumar, etc., asimismo influye en la prevención de la tuberculosis.

CUIDADOS

El paciente con tuberculosis debe extremar cuidados, tanto dentro de su domicilio, como en el exterior de él, ya que esta enfermedad es altamente contagiosa, debe primar la bioseguridad, como, lavado de mano, estornudar y toser cubriéndose con un pañuelo desechable.

Si hay un familiar en casa con tuberculosis, todos deben realizarse el examen, para descartar cualquier contagio, el paciente debe tener todo el apoyo de su familia, ya que esta enfermedad es muy contagiosa, el paciente debe cumplir aislamiento.

Es importante la ingesta correcta de los medicamentos, esencial para la recuperación total de la patología. Alejarse del alcohol, cigarrillos y otros hábitos tóxicos.

Cumplir con todas las citas médicas dispuestas por el médico para el control de la enfermedad.

1.1 Justificación

La realización de este caso de estudio tiene como justificación el poder reconocer y tratar la tuberculosis pulmonar en pacientes adultos ya que es una enfermedad más común de lo que se cree además de que es un gran problema en la salud pública.

La tuberculosis pulmonar va empeorando como su sintomatología evoluciona ocasionando un daño a órganos del cuerpo, por ende, afectando la calidad de vida del paciente.

La tuberculosis pulmonar en la mayoría de los países del mundo es considerada como enfermedad con potencial pandémica, especialmente en países de clima tropical de medianos y bajos recursos económicos como lo es el Ecuador, por lo tanto, es muy importante y hasta obligatorio la realización de este tipo de estudios para poder conocer más de esta enfermedad.

Como profesionales de la salud especialmente terapeutas respiratorios es importante conocer las enfermedades respiratorias que afectan a la población para poder de esta manera ejercer nuestra labor de la mejor manera.

Identificar los síntomas clínicos y la ejecución de una buena anamnesis por parte del personal de salud, es importante para la buena ejecución del diagnóstico de un paciente con tuberculosis.

Conocer las complicaciones respiratorias en pacientes es fundamental para evitarlas. Conocer los factores riesgo que promueven la aparición de la tuberculosis, como, hacinamiento, drogadicción, mala nutrición,

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Identificar los síntomas clínicos y principales complicaciones respiratorias en paciente de 60 años con tb pulmonar

1.2.2 Objetivos específicos

- Compilar anamnesis y evolución clínica de paciente de 60 años con tb pulmonar
- Describir las complicaciones respiratorias en paciente de 60 años con tb pulmonar
- Conocer los factores de riesgo que llevan a la aparición de la tuberculosis pulmonar.

1.3 Datos generales

Nombre: NN

Edad: 60 años

Fecha de nacimiento: 08 marzo 1961

Lugar de nacimiento: Babahoyo

Tipo de sangre: O +

Sexo: Femenino

Peso: 55 kilos

Talla: 1.50 m

Raza: mestiza

Estado Civil: Casada

Hijos: 2

Profesión: N/A

Nivel de estudios: Bachillerato

Nivel sociocultural/ socioeconómico: medio

Lugar de trabajo: Ama de casa

Lugar de domicilio: Mata de cacao

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de la consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente

Paciente femenino de 60 años acude a urgencias por presentar tos con expectoración mucosa, disnea de moderados esfuerzos y sensación febril no termometrada de predominio vespertino desde hace 2 meses. A la auscultación presenta ruidos pulmonares, dificultad para respirar que se acentúa al inspirar, pérdida de apetito y de peso, sensación de malestar, sudoración nocturna. Se encuentra nerviosa y asustada. Según sus manifestaciones clínicas podría ser asma, se procede a ingresarla para realizar los exámenes correspondientes, y corroborar el diagnóstico.

Antecedentes patológicos personales

- diabetes desde hace 2 años

Antecedentes personales quirúrgicos

- No refiere

Antecedentes familiares

- Madre hipertensa
- Padre hipertenso y diabético

Alergias

- No se refiere

Hábitos

- No tiene

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente femenino de 60 años acude a urgencias, a preguntas dirigidas por el personal médico indica que presentó disnea, tos con expectoración amarilla, febrícula de predominio nocturno, y una pérdida de peso de 2 meses de evolución. No ha presentado sangrados vaginales desde la menopausia hace 10 años. La última mamografía es de hace un año y es normal. Se pregunta si se ha auto medicado lo cual contesta que toma paracetamol 1 tableta de 1000 mg/6 h.

Se procede a ingresar a la paciente para realizar los exámenes correspondientes, y corroborar el diagnóstico, que según las manifestaciones clínicas es asma bronquial, también se la ingreso para monitorizar los parámetros administrar el tratamiento farmacológico, fisioterapia, y oxigenoterapia.

2.3 Examen físico (exploración física)

Signos vitales

- Frecuencia cardíaca: 154 X"
- Frecuencia respiratoria: 30 X "
- Presión arterial: 114/67 mmHg
- Temperatura corporal: 39 ° C
- Saturación de oxígeno: 96%
- Escala de Glasgow: 13/15

Estado nutricional

- Normal

Cabeza

- Orientado
- Presenta estímulos dolorosos
- Normocefalo
- ORF: húmedas normales

Cuello

- No adenopatías palpables

Tórax

- Forma: normal
- Patrón respiratorio: toracoabdominal
- Percusión: normal
- Palpación: normal

Pulmones

Auscultación: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

BIOMETRIA HEMATICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Glóbulos Blancos	18,89 ul	6.00 – 12.00
Glóbulos rojos	8.22 ul	4.00 – 6.00
Hemoglobina	12.0 g/Dl	12.00 – 17.0
Hematocrito	40.7%	45.0 – 51.0
Vol.Corp.Medio	106,6 fl	81 – 47
Hemog.Corp.Medio	35,8 K/ul	36.0 – 65
Conc.HGB.Corp.Medio	33,6 K/ul	32 – 36
Plaquetas	204 k/ul	130 – 400
Vol.Plaquet.Medio	12,2 Fl	7,4 – 10,4
Ancho.Diste.Plaq	54,2 fl	35 – 55
PLAQUETORIO		
Neut.	00,00 UI	43 – 65
Lymph	11.90 UI	73.3
Mono	12,6 UI	5,5 – 11,7
EO	0,34 UI	0,9 – 2,9
Baso	0,1 UI	0,2 – 1,0

EXAMEN EMO

Elemental		Microscópico	
Densidad	1010	Leucocitos por campo	1-3
PH	9	Piocitos por campo	Negativo
Proteína	Negativo	Eritrocitos por campo	0-2
Glucosa	Negativo	Células altas	Normal
Cetona	+y	Bacterias	Normal
Hemoglobina	Negativo	Hongos	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Mocos	Negativo
Urobiligeno	Negativo	Cristales	Negativo
Nitrito	Negativo	Cilíndricos	Negativo
Leucocitos	Negativo		

La radiografía de tórax: presenta un infiltrado micronodular y árbol en brote en vértice de campo pulmonar izquierdo y lóbulo inferior a nivel de la lingula.

BAAR positivo. Con diagnóstico de tuberculosis pulmonar se procede ingreso hospitalario para iniciar tratamiento.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnostico presuntivo: asma bronquial

Diagnostico diferencial: bronquitis crónica

Diagnóstico definitivo: tuberculosis pulmonar

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Debido al curso clínico de la patología y de todo lo referido por la paciente se puede comprobar que se trata de una tuberculosis pulmonar y esta se produce

cuando los bacilos tuberculosos entran en el torrente sanguíneo y son transportados a todas las partes del cuerpo, donde crecen y causan esta enfermedad en diferentes sitios. En el caso puntual de la paciente las manifestaciones clínicas antes descrita conllevan a complicaciones a nivel respiratorios y en diferentes partes del organismo.

Una vez obtenido los resultados de los exámenes, se determinó al diagnóstico de tuberculosis pulmonar, se procede a ingresarlo para reestablecer los parámetros vitales, una vez ingresado se procede de la siguiente manera.

- Se procede a estabilizar hemodinamicamente a la paciente con la administración del tratamiento farmacológico correspondiente
- Se hace la monitorización de cada uno de sus parámetros
- Explicar a la paciente y familiares la importancia de tener buenos hábitos en su vida diaria
- Mediante exámenes determinar el grado de severidad de la patología
- Administrar oxígeno suplementario

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

Realizando el comparativo entre valores elevados de frecuencia respiratoria 30×1 , frecuencia cardíaca 154×1 , alza térmica 39°C , y disminución de tensión arterial 114/67, y GLASGOW 13/15, y los valores normales frecuencia respiratoria 16-22x1, frecuencia cardíaca 60-100x1, presión arterial 120/80, temperatura 36.5°C y GLASGOW 15.

Se procede con el procedimiento terapéutico más conveniente según las manifestaciones clínicas de la paciente, con el fin de contrarrestar la patología y evitar complicaciones respiratorias que puedan presentarse a futuro.

2.8 Seguimiento

Día 1: Paciente femenino de 60 años acude a urgencias porque presenta tos con expectoración, disnea de moderados esfuerzos y sensación febril no termometrada de predominio vespertino desde hace 2 meses.

Se solicita analítica de sangre y orina con parámetros de lo normalidad a excepción de los leucocitos que muestran un alza significativa, una radiografía de

tórax en la que llama la atención un infiltrado micro nodular y árbol en brote en vértice de campo pulmonar izquierdo y lóbulo inferior a nivel de la lingula, y BAAR positivo. Con diagnóstico de tuberculosis pulmonar se procede ingreso hospitalario para iniciar tratamiento. Se procede a aplicar oxígeno medicinal mediante una cánula nasal a 4 litros por minuto

Día 2: Una vez hospitalizado se procede a iniciar el tratamiento respectivo con ciprofloxacino. Además, se da inicio a la primera fase del tratamiento que consta de 50 dosis de isoniacida, rifampicina, pirazinamida, y etambutol administradas 1 diariamente durante aproximadamente 2 meses.

Día 5: Presento una repentina somnolencia, con una hipertrofia parotídea, exudado blanquecino en criptas amigdalinas, vibraciones vocales incrementadas en región interescapulovertebral derecha y estertores crepitantes bilaterales difusos.

Día 6: Presento expectoración grisácea, fiebre, disnea, sibilancias bilaterales diseminadas y crepitantes; se suspendió ciprofloxacino y se inició ceftazidima, amikacina, metilprednisolona, y salbutamol.

Día 8: Evolución satisfactoria, no se presenta disnea, ni broncoespasmo, solo estertores subcrepitantes y subescapulares. Se suspende el salbutamol.

Día 10: Presento hemoptoicos escasos y en la radiografía de tórax desaparece el infiltrado micronodular.

Día 12: la mejora clínica es satisfactoria ha disminuido la tos y la expectoración. Se le da el alta hospitalaria, pero seguirá el tratamiento de forma ambulatoria y con seguimiento médico.

2.9 Observaciones

Después de 12 días de permanecer ingresada procede a dar el alta médica a la paciente una vez que se reestablecieron los parámetros vitales, se le indica de manera categórica, que debe continuar el tratamiento de manera ininterrumpida ya que es la única forma de tratar la enfermedad y evitar futuras complicaciones. La paciente al cumplir todas las indicaciones antes mencionadas, así como mejorar su estilo de vida y alimenticio evitara cualquier complicación futura.

El éxito del tratamiento consiste en la administración de la manera correcta, e ininterrumpida del tratamiento, el que consiste de dos fases, la fase 1 que inicio se administración cuando estaba hospitalizada tratamiento que dura aproximadamente 2 meses, y después debe continuar con la segunda fase de éste.

Se le recalca a la paciente que, aunque sienta que está completamente recuperada no debe suspender el tratamiento, el hacerlo lo que causaría es que el tratamiento realizado hasta ese momento carezca de efectividad, y tenga que iniciar de nuevo con otro tratamiento.

Se aconseja que se realice un examen de esputo a todos los miembros de la familia, ya que la tuberculosis es una enfermedad altamente contagiosa, y deberán iniciar sus tratamientos respectivos en caso de un resultado positivo.

Una vez en su domicilio debe de guardar reposo, aislamiento domiciliario hasta que su enfermedad deje de ser contagiosa, debe cambiar sus hábitos alimenticios, realizar más ejercicios, y dejar hábitos tóxicos si los tuviera.

Se debe tener especial cuidado con el aseo personal del paciente, tener buenos hábitos higiénicos, mantener una buena higiene en el domicilio manteniendo el cuarto aireado, para la renovación de aire.

Extremar las medidas de bioseguridad, lavado de manos, toser o estornudar cubriéndose con toallas desechables, así no se este contagiado.

CONCLUSIONES

Se considera que la tuberculosis pulmonar es una patología con un porcentaje elevado de mortalidad a nivel mundial debido a un desconocimiento y falta de colaboración por parte del paciente. Esta enfermedad es características de países tercermundistas, donde el hacinamiento tanto en cárceles, casas y migrantes son el diario vivir.

Se determina que la aplicación del tratamiento de manera rápida, oportuna y adecuada garantiza que la evolución de la enfermedad no cause complicaciones futuras que pueden ser graves hasta mortales.

Hay que enfatizar que el tratamiento antituberculoso junto al manejo por parte del terapeuta respiratorio en conjunto tiene como finalidad salvaguardar la vida del paciente en circunstancias que afectan su vida.

El seguimiento a este caso permitió detectar las diversas vicisitudes de los pacientes, conocer los diagnósticos, y realizar proyectos asistenciales.

Es muy importante concientizar al paciente y a su entorno familiar sobre la ingesta correcta de la medicación proporcionada para la tuberculosis, de eso depende el éxito del tratamiento, si bien es un poco extenso todo el proceso del tratamiento, al ser de seis meses como mínimo, muchos lo abandonan al sentirse mejor, pero esto lo que provoca es un retroceso al tratamiento y todo lo que ya se ingerido no hace efecto y lamentablemente toca iniciar desde cero.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Angel MOLina, G. R. (2.018). *Actualizacion en el manejo de la tuberculosis*. España: BIOTYC.

CDV. (1 de Junio de 2016). *CDV*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/signsandsymptoms.htm>

GREENFACTS. (3 de Marzo de 2007). *GREENFACTS*. Obtenido de <https://www.greenfacts.org/es/tuberculosis/1-2/1-mdr-tb-xdr.htm>

Jose Caminero, J. C. (2008). *Libro del año Separ sobre la tuberculosis y la sociedad*. Barcelona: Respira.

Marín, M. P. (2016). Secuelas estructurales y funcionales. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 171.

MCP.ES. (2015). *Conociendo sobre la tuberculosis*. San Juan: MSP.

Ministerio de Salud Publica. (2018). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis*. Quito: AQUATTRO.

Mota, I. E. (2018). Tuberculosis pulmonar, un riesgo latente para los trabajadores . *revistas proeditio*, 197.

OMS. (14 de Octubre de 2020). *OMS*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

Tierney, D. (3 de Abril de 2018). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis>

ANEXOS

