

00921  
8

A

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

CUIDADOS AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR  
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

P. A. E.

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
P R E S E N T A D O P O R :  
**ALCANTARA FUENTES ALMA ESPERANZA**

No DE CUENTA: 9853140-0.

ASESORADO POR: LIC. BERTHA ALICIA CAMACHO VILICARIA



MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

2003



SECRETARIA DE AGENTES ESCOLARES



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN	1
1.- JUSTIFICACIÓN	2
2.- OBJETIVO GENERAL	3
2.1.- Objetivos Especificos	3
3.- METODOLOGIA DE TRABAJO	4
4.- MARCO TEÓRICO	5
4.1.- Filosofía de Virginia Henderson	5
4.2.- Proceso Atención Enfermería	10
4.3.- Tuberculosis	20
5.- APLICACIÓN DEL PROCESO	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	26
5.1.- Presentación del caso	27
5.2.- Valoración de Enfermería	29
5.3.- Diagnósticos de Enfermería	37
5.4.- Plan de Atención de Enfermería	39
5.5.- Evaluación del Plan de Cuidados	63
5.6.- Plan de Alta	65
6.- CONCLUSIONES	67
7.- SUGERENCIAS	69
8.- GLOSARIO DE TÉRMINOS	70
9.- BIBLIOGRAFÍA	75
10.- ANEXOS	77

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DEDICATORIA.

A **Dios** por haberme dado la oportunidad de venir a ese mundo de probación, por darme el intelecto necesario para sobrevivir, por cuidarme y protegerme, que me guía y me conserva con vida.

A **mis padres**, por su apoyo incondicional, tanto en lo económico como en lo espiritual para trabajar en él, este trabajo mis adorados padres, es nuestro.

A **mis hermanos** por darme el ánimo y la inspiración que necesito para luchar por mis metas, y todo cuanto me he propuesto.

A **mis hermosos** sobrinos que me motivan a ser como ellos y porque día con día me hacen perseverar a pesar de la adversidad que me rodea.

A **mi querida Noemí**, por ser un buen ejemplo e inspiración en mi vida, por ser la mediadora, la amiga, la compañera y todo cuanto yo deseo para hacer de mi vida algo extraordinario, gracias mimosa.

A **mi amigo Raúl**, por ser un buen ejemplo en mi vida, quien me da consejos en pro de mi bienestar y quien me ha apoyado para la realización de este trabajo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **AGRADECIMIENTOS.**

Agradezco a todas las personas que me han alentado a servir a mi prójimo, a mis compañeros y amigos con los que compartí mi etapa de estudiante en mi querida Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, que me ha dado la oportunidad de llenarme de conocimientos, que de seguro harán de mí una buena profesionista.

A los profesores que he tenido, dentro de esta institución y fuera de ella, por su ejemplo y el buen animo para guiarme a tomar decisiones correctas en pro del bienestar de quienes me rodean, por su paciencia y enseñanzas, gracias.

A mi profesora Bertha Camacho, por guiarme desde el inicio de mis estudios, quien ha estado conmigo para asesorarme en la elaboración de este trabajo, por su ejemplo y porque ha sembrado en mi el deseo de superarme y luchar por la excelencia.

## **INTRODUCCIÓN.**

La realización del Proceso Atención Enfermería busca destacar la importancia de los cuidados de enfermería con sistematización siguiendo una serie de pasos para dar atención de calidad al paciente con una visión holística.

Como se menciona, se busca dar cumplimiento al cuidado utilizando el formato de las catorce necesidades del paciente según Virginia Henderson; en dicho proceso se incorpora una historia clínica de enfermería la cual se realiza con base en la observación, auscultación, interrogatorio, (toma registro de constantes vitales), para posteriormente realizar un buen plan de cuidados de enfermería, en los cuales describiremos los cuidados y lo que se desea alcanzar.

Para la complementación de este proceso se desarrollaron los siguientes apartados:

Diagnósticos de Enfermería, en donde se muestran los componentes del diagnóstico de enfermería, incluyendo tipos y jerarquización.

Plan de Cuidados de Enfermería, el cual esta conformado de:

Fecha en que se identifica el diagnóstico, el diagnóstico en si, intervenciones de enfermería, fundamentación científica y evaluación.

Un plan de alta, conclusiones y sugerencias así como bibliografía y anexos.

## **1.- JUSTIFICACIÓN.**

La finalidad del presente trabajo nos muestra como organizamos e implementamos cuidados propios de Enfermería a pacientes que por sus condiciones de salud pueden ser personas sanas o enfermas; también, a través del mismo se nos muestra un panorama de los avances con los que contamos para el tratamiento, restablecimiento y a su vez con las deficiencias que siempre se sufren. Por ser la Tuberculosis una enfermedad con una connotación social importante, consideramos que el Proceso Atención Enfermería nos brinda un apoyo con beneficios palpables de tal forma que podemos ofrecer un cuidado holístico y con la atención a pacientes con dicha enfermedad, ya que en este tipo de estudio se implementan las fases del mismo.

## **2.- OBJETIVO GENERAL.**

- **Proporcionar cuidados de calidad a través de la implementación del Proceso Atención Enfermería.**

### **2.1.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- **Jerarquizar las necesidades del individuo con tuberculosis pulmonar.**
- **Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente.**
- **Brindar un cuidado integral con bases científicas de Enfermería.**
- **Permitir al individuo dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.**

### 3.- METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

La elaboración de este Proceso de Enfermería se aplicó a un adulto joven con Tuberculosis pulmonar.

Para la elaboración de dicho proceso se contó con un instrumento de valoración que permitió tener un orden cronológico en su elaboración y que sin duda ayudó a desarrollar las distintas etapas que contiene un Proceso Atención Enfermería, utilizando así una historia clínica de enfermería, la cual permitió recabar datos objetivos subjetivos para su elaboración. (Ver anexo 3).

El tiempo que se estuvo en contacto con el paciente fue de (cinco guardias) ya que una de las limitantes fue que estos encuentros con el paciente eran en turno nocturno, razón por la cual, él se encontraba muchas veces cansado y fue difícil obtener los datos pues para la recolección de los mismos, se tenía que despertar al cliente.

Se mantuvo una estrecha convivencia y comunicación con familiares del paciente para la recolección de datos subjetivos.

Cabe mencionar que los métodos mas usados para realizar el examen físico sistemático total son el cefalocaudal (de cabeza a pies), por aparatos y sistemas, principalmente.

## **4.- MARCO TEÓRICO.**

### **4.1.- FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON.**

La constitución disciplinar de cualquier profesión conlleva al desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos. Para que la enfermera defina sus actividades y lleve a cabo su investigación ha desarrollado teorías y modelos, las cuales definen su quehacer profesional, sus intervenciones, su propio método de atención y sus propios procesos.

Esto le permite definir, identificar, desarrollar e investigar su práctica para mejorarla, para dar calidad a los servicios que ofrece enfermería. Estos conocimientos pueden ser expresados como teorías y modelos; por lo que en los paradigmas propios de enfermería tendremos teorías y modelos.

Algunas de las razones por las cuales adoptamos como enfermeros el modelo de Virginia Henderson, es porque consideramos que es uno de los modelos conceptuales más conocidos a causa de que la definición de la función propia de la enfermera que dio Henderson fue adoptada por el consejo internacional de enfermería (CIE), que la ha mantenido hasta la fecha, ya que nos resulta coherente con nuestros valores culturales y emplea una terminología de fácil comprensión para describir los conceptos.

Su construcción teórica es muy abierta, lo que da lugar a diversas interpretaciones que nos permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados (ya sea en centros de hospitalización, o en la comunidad).

Además de incluirnos como parte de la actuación y en colaboración con otros profesionales de la salud y por ende proporcionarnos una imagen de unicidad de la persona, al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

Este modelo de Virginia Henderson nos ayuda a comprender y reconocer que la persona tiene el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás, con su entorno y no solo de eso, sino de competencia para ocuparse de sus propios cuidados, proveyendo a estos, una propia toma de conciencia y de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano, de mejorar y mantener un entorno saludable al afirmar que como persona se actúa como agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas, lo que nos propone esta teórica de la enfermería, es un método de solución de problemas, es decir, el proceso enfermero, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Fernández C. De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, Editorial Masson, 2ª edición, Madrid 2000, p. 29.

El modelo conceptual de Virginia Henderson, da una visión clara de los cuidados de enfermería, la aplicación de proceso de cuidados a partir de este modelo, resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados sea cual sea la situación que viva el paciente. Para que podamos planificar los cuidados en base a este modelo conceptual tomamos en cuenta a la persona, que no es mas que el individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o incluso para morir con tranquilidad; Es, la **persona**, aquella que se encuentra sana o enferma y que se esfuerza por obtener un estado de independencia necesitando de la fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr una vida sana.

Por otra parte el entorno implica, la relación que uno comparte con su familia, abarcando inclusive a la comunidad; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos capaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera, ahora bien, este entorno puede afectar a la salud, y la **salud** Henderson nos lo da a conocer como: la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas. Es una cualidad básica para el funcionamiento humano, el cual requiere fuerza, voluntad o conocimiento.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Wesley R. Teorías y modelos de Enfermería. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2ª edición, México 1998. Pág. 25-26.

Por lo que **Enfermería** la define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano, para que lleve actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento, llevará cabo estas actividades sin ayuda.

Colaborar a que la persona no dependa de la asistencia, y ayudarle lo antes posible a depender por ella misma, lo que nos implicaría trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la enfermera son independientes de las del médico pero utiliza el plan de cuidados de éste para proporcionar un cuidado holístico al paciente. Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas. Ayuda a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente, ya sea como sustituta, ayudante o compañera, e implica la utilización de un plan de cuidados enfermero por escrito.

Henderson considera su trabajo más como una filosofía que como una teoría ya que el término teoría no se utilizaba en el momento que ella formuló sus ideas, fue una de las primeras teóricas que incorporo los aspectos espirituales al cuidado enfermero e hizo hincapié en el cuidado de individuos sanos y enfermos. Según Henderson la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.

Identificó 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero, las cuales deben ser satisfechas por la enfermera; estas son muy similares a las de Abraham Maslow, y también se relacionan con la fisiología, la seguridad, la autoestima, el afecto, la pertenencia y con la autorrealización.<sup>3</sup>

Las 14 necesidades básicas de Henderson son:

1. **Respiración normal.**
2. **Alimentación e hidratación adecuada.**
3. **Eliminación de los desechos corporales.**
4. **Movimiento y mantenimiento de posiciones deseadas.**
5. **Sueño y descanso.**
6. **Selección de ropa apropiada.**
7. **Mantenimiento de la temperatura corporal.**
8. **Mantenimiento de la higiene corporal y del peinado.**
9. **Prevención de los peligros ambientales.**
10. **Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.**
11. **Vivir de acuerdo a sus creencias.**
12. **Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción.**
13. **Jugar o participar en varios tipos de actividades recreativas.**
14. **Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo y salud normales.**<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Wesley. R. op cit. Pág.25

<sup>4</sup> Idem

## **4.2.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

El proceso es un método para realizar algo que en general abarca algunos pasos, mismos que intentan lograr un resultado particular. El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso nos permite identificar los problemas del paciente, para planear además de efectuar en forma sistemática y con calidad los cuidados de enfermería, pero sobre todo, para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados. Las fases del proceso de enfermería se clasifican en:

- 1) Valoración.**
- 2) Diagnostico.**
- 3) Planeación.**
- 4) Ejecución.**
- 5) Evaluación.<sup>5</sup>**

El objetivo principal del proceso Atención Enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad; también nos ofrece:

- ❖ Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- ❖ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ❖ Actuar para cubrir o resolver los problemas, prevenir la enfermedad.

---

<sup>5</sup> Marniner A. Proceso Atención de Enfermería. Editorial Mosby, 2ª Edición, México 1993. Pág. 1.

- ❖ Promover, mantener, recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- ❖ Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- ❖ Proporcionar cuidados de Enfermería de la mejor calidad o eficacia posible.

Por lo que el proceso enfermero nos define el campo de ejercicio profesional ya que contiene normas de calidad y así el cliente se beneficia, ya que mediante el proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería, y para el personal enfermero, se produce un aumento de la satisfacción, así como el de la profesionalidad.

Para nuestros pacientes brinda ventajas tales como:

- ❖ Participación en su propio cuidado.
- ❖ Continuidad en la atención.
- ❖ Mejora la calidad de atención para la enfermera.

Para nosotros enfermeros, nos permite:

- ❖ Ganar más experiencia.
- ❖ Lograr una satisfacción en el trabajo.
- ❖ Crecimiento profesional.

Como mencionamos anteriormente este proceso se compone de 5 etapas y la primera del mismo es la:

## **VALORACIÓN.**

Esta primera fase del proceso de enfermería identifica y define los problemas de dicho paciente, incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de Enfermería, el cual es un informe de los problemas que aquejan al paciente.

La información se reúne de varias fuentes para ayudar a la enfermera a comprender la situación del paciente. Dos métodos básicos de información son: la observación y la entrevista con el paciente y familiares. Esta historia clínica de enfermería es un formato sistemático, por lo común en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista. La historia clínica de enfermería debe incluir áreas de valoración como el diagnóstico y el tratamiento del paciente, sus actividades cotidianas, condición física, estado psicológico, una historia socioeconómica y cultural.

Esta valoración permite a la enfermera hacer un diagnóstico, que es un informe de los problemas del paciente lo cual brinda la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente.

## **FASE DE DIAGNÓSTICO.**

Es la segunda fase del proceso atención de enfermería. Es un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Existen varios tipos de diagnósticos:

**Real-** Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principalmente identificables. Consta de tres partes, formato PES: Problema (P) + Etiología, (factores causales o contribuyentes) + Signos y síntomas (S).

**Alto riesgo, potencial o posible-** Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo, la descripción concisa del estado de salud alterado de la persona, va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: (P) + (E) factores contribuyentes.

**De bienestar-** Juicio clínico de una persona, grupo o comunidad de transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados.

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- ❖ Unir la primera parte (P) con la segunda (E). Utilizando "relacionado con", para posteriormente enlazar con "manifestado por" (E) + (S). No significa necesariamente que haya una relación directa causa – efecto.
- ❖ La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- ❖ Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- ❖ Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basándose en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado en el paciente.
- ❖ No mencionar signos ni síntomas en la primera parte del diagnóstico
- ❖ No escribir un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica
- ❖ No utilizar un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- ❖ No indicar dos problemas al mismo tiempo, ya que dificultan la formulación de los objetivos.

## **FASE DE PLANEACIÓN.**

Comienza con el diagnóstico de enfermería que se elabora mediante la recopilación y valoración de los datos que implican cuidados de enfermería. El diagnóstico de enfermería se basa en deducciones obtenidas de datos confusos o incompletos. Como enfermeros, debemos tomar en cuenta una serie de probabilidades basadas en la observación; usando el método inductivo que predice cuales son las correctas y entendemos por **inducción**; como el proceso de razonar de lo específico a lo general, o de una parte al todo. En ocasiones la deducción, la decisión y acción se realizan en unos cuantos minutos. Tan pronto como identificamos los problemas del paciente, debemos establecer prioridades, determinando cuales son más urgentes. Definiendo los objetivos inmediatos, intermedios y a largo plazo, o las metas por las que debemos esforzarnos, así mismo enfermeros y pacientes debemos definir las metas aceptables para ambos. El paciente y su familia deben participar activamente en la planeación de los cuidados. Las acciones de enfermería encaminadas a lograr los objetivos, deben estar señaladas explícitamente en el plan de cuidados de enfermería; ahora bien, el plan de cuidados de enfermería debe ser individualizado de manera que este no pueda ser empleado por ningún otro paciente, debe incluir los problemas del paciente, las metas, objetivos e intervención de enfermería. Con su elaboración se termina la fase de planeación.

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico y consta de:

1. Establecer prioridades entre los problemas diagnosticados.
2. Indicar objetivos al paciente y a la familia para corregir, minimizar o prevenir los problemas.
3. Describir intervenciones de enfermería que permitan alcanzar los objetivos propuestos.
4. Registrar diagnósticos, resultados, e intervenciones de enfermería de manera organizada en el plan de cuidados.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Taptich B. Diagnósticos de enfermería, Editorial Interamericana, México 1992 Pág. 5.

## **FASE DE EJECUCIÓN.**

Si un plan no se pone en acción, no es útil. Mientras ejecuta el plan de cuidados, la enfermera sigue recopilando, valorando datos, planes, y evaluando los cuidados.

Ejecución es, **brindar** realmente los cuidados de enfermería. Un plan nos permite brindar cuidados de enfermería comprensivos porque tomamos en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación. El cuidado es personalizado, de manera que sea apropiado a cada paciente específico.

La ejecución del plan de cuidados también nos ayuda a dar la continuidad y coordinación de dichos cuidados. Sin una planeación y una adecuada comunicación acerca del plan, nuestro paciente puede experimentar discrepancias o duplicación de los cuidados.

El plan favorece el flujo uniforme de los cuidados de enfermería durante todas las etapas de la enfermedad del paciente, y coordina el programa para que el resto del equipo de salud realice pruebas de salud diagnósticas y diversos tratamientos dentro de una secuencia adecuada para el paciente. Una vez finalizadas las acciones de enfermería concluye la fase de ejecución.

## **FASE DE EVALUACIÓN.**

La fase final, pero continua, del proceso de enfermería es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados, los cuales se basan en la comparación entre el cuidado que logramos ofrecer y el cuidado que deberíamos haber obtenido.

La evaluación del cuidado de enfermería es un mecanismo de retroalimentación, que nos ayuda a juzgar la calidad, que se ha conformado para mejorar dichos cuidados al hacer una comparación de los actuales con los estándares.

Aunque la evaluación esta considerada como la fase final del proceso de enfermería, esta no termina aquí. La evaluación solo señala los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y reevaluados. El proceso de enfermería es, pues, un ciclo continuo.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS EN EL MODELO DE ATENCIÓN DE VIRGINIA HENDERSON.



FUENTE: Alfaro-LeFevre. El pensamiento crítico en enfermería. Barcelona.1997.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### **4.3.- TUBERCULOSIS.**

#### **DEFINICIÓN:**

La tuberculosis es una infección causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta fundamentalmente a los pulmones, aunque puede lesionar otros lugares del cuerpo, como ganglios linfáticos, pleuras, aparato genitourinario, huesos, articulaciones, meninges y peritoneo.

#### **ETIOLOGÍA:**

La causa más común de tuberculosis es: *Mycobacterium tuberculosis*, aunque *Mycobacterium bovis* y *Mycobacterium africanum* también pueden producirla. Es un bacilo resistente capaz de sobrevivir durante varios periodos bajo circunstancias adversas, ya que sobreviven durante 9 hrs. en condiciones estándar.

La tuberculosis es contagiosa y se trasmite por vía aérea desde las personas infectadas. Sin embargo no todos los individuos infectados con bacilos tuberculosos desarrollan la enfermedad. Tras la exposición inicial, se desarrolla una infección tuberculosa localizada, que en la mayoría de los casos cicatriza en forma espontánea y queda una lesión calcificada (nódulo de Ghon), y la enfermedad clínica puede aparecer mas tarde.

## EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL.

La OMS informa que a nivel mundial un tercio de la población se encuentra infectada por *Mycobacterium tuberculosis*.

Cada año se estima una ocurrencia de más de 10 millones de casos nuevos, y 3.5 millones de defunciones por Tuberculosis. En nuestro país, la tasa de incidencia varía de acuerdo a los diferentes estados, entre 4.2 y 37 casos por cada 100,000 habitantes en 1999.<sup>7</sup>

En México 9 de cada 10 casos de Tuberculosis corresponden a la forma pulmonar, ya que se ha mantenido en incremento en los últimos 5 años, después de un periodo corto de descenso y de un comportamiento epidemiológico irregular que caracterizó la década de lo 80's.

La mortalidad por Tuberculosis de todas formas ha tenido un descenso significativo desde comienzo de siglo, no obstante, se ha encontrado invariablemente dentro de las primeras 20 causas de defunción.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud, NOM-006-SSA2-1993.

<sup>8</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA, Para la vigilancia epidemiológica, NOM-017SSA2-1994.

## **DIAGNÓSTICO.**

Es la búsqueda intencionada de pacientes de 15 y más años de edad con tos y expectoración sin importar el tiempo de evolución, entre los consultantes y contactos, mediante la obtención de muestra de esputo para baciloscopia. La búsqueda se hace entre los consultantes tosedores sin importar el motivo de demanda, entre los contactos de un caso de TB y grupos de alto riesgo.

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS.**

Signos y síntomas:

- Tos persistente con expectoración y secreción sin importar el tiempo de evolución (crónica).
- Pérdida de apetito.
- Pérdida de peso.
- Fiebre.
- Hemoptisis.
- Sudoración en la noche (diaforesis nocturna).
- Disnea en casos avanzados.
- Fatiga.
- Debilidad.<sup>9</sup>

Los pacientes de Tuberculosis pulmonar más del 80% tienen baciloscopia positiva y estos son 10 veces más contagiosos de los que tiene baciloscopia negativa.

---

<sup>9</sup> BURGOS F. Ecología y salud, Editorial McGraw-Hill-Interamericana, Vol. II, México 1998, pp. 405

Aunque tal vez no se observen signos en estadios precoces, pero el síntoma mas habitual es la tos.

Cuando se afecta el tejido pulmonar próximo a la pleura, aparecerá dolor torácico de tipo pleurítico, ese dolor suele ser agudo y empeora con la respiración profunda, es rara excepto en los casos avanzados, o en los pacientes con complicaciones como derrame pleural o neumotórax.<sup>10</sup>

Durante los primeros estadios de la Tuberculosis, las lesiones inflamatorias aparecen en la radiografía de tórax, como pequeñas densidades mal definidas, conforme progresa la enfermedad, se infectan grandes áreas del pulmón y se produce cavitación y destrucción tisular. La cavidad se retrae con el tratamiento, dejando una cicatriz fibrosa y calcificaciones fibrosas. La radiografía puede emplearse para determinar si la Tuberculosis es activa o inactiva.

---

<sup>10</sup> HARRISON, Principios de Medicina Interna, Vol. II, Editorial Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1998.

## **MEDIDAS DE PREVENCIÓN.**

La prevención específica de la Tuberculosis se lleva a cabo mediante la vacunación con BCG (Bacilo de Calmette Guerin) y la quimioprofilaxis a personas con riesgo de contraer la enfermedad.

La vacuna BCG produce inmunidad y disminuye la incidencia de sus formas graves.

La Tuberculosis es ocasionada por el *Mycobacterium tuberculosis* variedad *hominis*, microorganismo aerobio estricto que vive mejor en medios con tensiones fisiológicas altas de oxígeno y Ph de 6.5- 7.0 se multiplica lentamente, cada 14-16 hrs. y no produce sustancias químicas nocivas al organismo. El contagio ocurre generalmente en el ambiente intradomiciliario favorecido por el hacinamiento en el que vive el enfermo, la carencia de educación para la salud y la falta de atención médica oportuna.

Se transmite principalmente por vía aérea del enfermo bacilífero a la persona sana; el vehículo donde va el bacilo son las microgotas o gotas de "flügge", que aspirada se alojan en el pulmón, dando lugar a un proceso inflamatorio focal, una linfangitis y una adenitis; esto se traduce en la clínica como un cuadro gripal que dura aprox. una semana.

Es decir, la primoinfección es el primer contacto infectante de un organismo virgen con un bacilo tuberculoso.

En la primoinfección tuberculosa, los bacilos pueden reactivarse ante la presencia de inmunosupresión (desnutrición, alcoholismo, embarazo, lactancia, enfermedad concomitante, como: diabetes, alteraciones de la colágena, administración de inmunosupresores o corticoides) y provocar enfermedad por reactivación endógena.

La endemia en la población, esta dada por la continuidad de la cadena de transmisión y depende factores como:

La presencia de fuentes de infección, representada por los casos bacilíferos de Tuberculosis pulmonar, el número de personas infectadas y la probabilidad de estas de desarrollar la enfermedad, por lo tanto la probabilidad de enfermar se relaciona con el agente, las condiciones de inmunidad del huésped y el ambiente.

## **5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

La valoración del paciente se realizó en forma exhaustiva y focalizada; en la primera de ellas se reunieron datos en base a la entrevista, observación y exploración física para detectar las necesidades que presentaba el paciente según el modelo de enfermería, y se organizaron datos de fuentes secundarias, tales como expediente clínico y revisión bibliográfica para permitir así la recolección de datos necesarios para el desarrollo del caso.

Posterior a la obtención de datos, se realizó un análisis de los mismos, con el propósito de jerarquizar las necesidades e identificar la independencia y dependencia así como las fuentes de dificultad a la que se sometió el paciente en su entorno por tanto se diseñó el siguiente plan de atención.

## **5.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO.**

### **❖ DESCRIPCIÓN GÉNÉRICA DEL CASO.**

Se trata de E.I.J. un adulto joven de 27 años de edad, con un peso de 70 Kg. y una estatura de 1.64 mts. Reside en el DF. en pueblo urbanizado, con todos los servicios multifuncionales, en casa rentada de tabique y techo de lámina, baño compartido, cuenta con una escolaridad de secundaria y es vigilante del INER desde hace un año. Ingreso a medicina interna el día 16 de mayo del 2002 con el diagnóstico de Tuberculosis pulmonar. Refiere esquema completo de vacunación excepto la vacuna de tuberculosis.

### **❖ PROBLEMÁTICA PSICO-SOCIAL.**

Vive en unión libre, tiene dos hijos, su padre padece de Diabetes mellitus tipo II, su madre sin padecimiento actual. Se encuentra preocupado ya que por el momento no puede trabajar y el sueldo que percibe es del 50% debido a su incapacidad. Además de mostrarse irritable por la ausencia de sus hijos.

### ❖ PROBLEMÁTICA FÍSICA.

Inicia su padecimiento hace 6 meses con diaforesis profusa, hipertermia, dolor abdominal tipo cólico acompañado de evacuaciones diarreicas, líquidas, amarillentas, de olor fétido, se automedica terramicina, presentando mejora. En el último mes presenta una baja de peso de 14 Kg., aumento de fiebre hasta 38.5° C y disnea de medianos esfuerzos por lo que se toma radiografía de tórax en el INER observando derrame pleural, por lo que se refiere a su clínica donde a su vez lo canalizan a este hospital y se le encuentra con fiebre, matidez de campos pulmonares, tiros intercostales y taquicardia. En el servicio de urgencias se punciona derrame en tres ocasiones sin respuesta y es valorado por el neumólogo el cual diagnóstico tuberculosis por lo que es enviado al servicio de medicina interna.

### ❖ PROBLEMÁTICA ESPIRITUAL.

El paciente manifestaba de antemano su religión católica, además de que poseía una fe en la cual pensaba que sería su curación ya que no pensaba en la muerte pues consideraba que aún no se podía morir, tenía que seguir viviendo para su familia.

## **5.2.- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA. VALORACIÓN SEGÚN SUS NECESIDADES.**

(Basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson)

### **1.- Necesidad de la respiración normal.**

La información fue obtenida directamente del paciente el cual manifiesta tener dificultad para respirar debido a su diagnóstico que es derrame pleural, con tos y secreciones, y manifiesta dolor a la respiración y niega tabaquismo; hay presencia de disnea de medianos esfuerzos (taquipnea), sin necesidad de utilizar puntas nasales, ni mascarilla, su coloración de piel y lechos ungueales son normales, pues no hay presencia de cianosis y su llenado capilar es de dos segundos.

### **2.- Alimentación e hidratación adecuada.**

La dieta que acostumbraba ingerir no incluía carne, verduras, leche; pero si había un alto consumo de tortillas, pan, leguminosas y de fruta (plátano), sus horarios de comida eran muy variados, pues por su trabajo podía o no comer. Comenzó con trastornos digestivos como fueron diarrea lo que lo llevo a una pérdida de peso de 14 Kg., (deduciendo que se debía a la falta de higiene en la preparación y en el consumo de los alimentos). No presentaba problemas para deglutir, no realizaba ejercicio la coloración de su piel era grisácea-seca y mucosas integras.

### **3.- Necesidad de eliminación deshecho corporal.**

Regularmente sus necesidades de eliminación eran de dos evacuaciones y alrededor de cuatro micciones al día, sin presentar dolor, ni prurito, ni sangrado. Sus ruidos intestinales se encuentran presentes, abdomen blando y presencia de edema en miembros inferiores. Durante su estancia hospitalaria presento diarrea con una frecuencia de cuatro veces al día sin dolor al evacuar ni prurito, las cuales eran semilíquidas. Se le realizó examen Coproparasitoscópico el cual reflejo presencia de parásitos.

### **4.- Movimiento y mantenimiento de posiciones deseadas.**

En la capacidad física cotidiana tenía cierta dificultad por el sobrepeso, pues no realiza ningún deporte, simplemente estiramientos antes de dormir, tiene buen nivel de conciencia, muestra malestar en determinadas posiciones, aunque sin necesidad de ayuda para la deambulación, sin presencia de temblores y refleja buena fuerza y tono muscular además de adecuada motricidad.

### **5.- Sueño y descanso.**

Cuenta con un horario de descanso de 3 horas y sus horas de sueño de 7 a 8 aproximadamente sin necesidad de siesta, y sufre de una alteración del sueño por su trabajo, ya que trabaja 24 hrs. y

descansa 24 hrs. lo cual le produce cansancio, ansiedad, presencia de ojeras y un sueño muy pesado.

#### **6.- Selección de ropa apropiada.**

El paciente elige su vestuario en forma personal, tiempo que tarda en vestirse y desvestirse es de 15 min., y no le fue difícil aceptar el uso de la bata hospitalaria.

#### **7.- Mantenimiento de la temperatura corporal.**

Sufre de alteraciones en la temperatura, de hipertermia a hipotermia, (acompañada de sueño), la cual oscila entre 37° C teniendo piel caliente y aumento en la transpiración.

#### **8.- Mantenimiento de la higiene corporal y del peinado.**

Lleva a cabo el baño diario, lavado de dientes dos veces por día, se lava las manos ocasionalmente antes, después de comer y después de ir al baño; con presencia de halitosis, tiene uñas largas presentando deficiente higiene, además de presencia de micosis en uñas de miembros inferiores.

### **9.- Prevención de peligros ambientales.**

Vive con su esposa y dos hijos, conoce pocas medidas de seguridad para prevenir peligros, solo sabía como actuar en vía pública y en el lugar donde laboraba, pero no sabía como hacerlo en su hogar ni en el hospital.

### **10.- Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.**

No tiene problemas para expresar sus emociones, pero el hecho de saber acerca de que padece una enfermedad le preocupa, le hace sentir un poco de temor por la posibilidad de fallecer y dejar a su familia en desamparo. Aún así se aferra por seguir luchando para combatir su enfermedad y estar con su familia, ya que se encuentra casado viviendo con esposa e hijos.

### **11.- Vivir de acuerdo a sus creencias.**

Es católico, considerando como principal valor a su familia, para el la vida es vivir tranquilo, no piensa en la muerte, y se muestra una congruencia entre lo que dice y piensa.

**12.-Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción.**

El único ingreso con el que cuentan es con el de él, pues viven al día, no es suficiente, pero puede vivir tranquilo, aunque en este momento por su estancia hospitalaria no puede percibir su sueldo íntegro ya que la incapacidad se lo reduce al 50%.

**13.- Jugar o participar en varios tipos de actividades recreativas.**

A veces realiza alguna actividad recreativa lo cual lo hace sentirse mejor.

**14.- Aprender, descubrir, o satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo y salud normales.**

Su grado de escolaridad es nivel básico (secundaria), tenía problemas de aprendizaje y tiene ansiedad por conocer más acerca de su estado de salud.

## **A LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE ENCUENTRA:**

**CRANEO-** Normocéfalo, pares craneales íntegros, mucosa oral bien hidratada sin secreciones.

**CUELLO-** Sin adenomegalias, sin limitación a la movilización, pulsos carotídeos presentes sin soplos, traquea central desplazable.

**TÓRAX-** Matidez en región basal con vibraciones vocales aumentadas, Síndrome de derrame pleural, ruidos cardiacos rítmicos con buena intensidad sin soplo, se oyen pequeños estertores.

**ABDOMEN-** Blando depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin visceromegalias, peristalsis presente y adecuada frecuencia.

**EXTREMIDADES-** Adelgazadas sin limitación en la movilidad, pulsos distales presentes, onicomiosis, y curvaturas anatómicas presentes y normales.

**EVOLUCIÓN-** Sin disnea en reposo, nauseas sin llegar al vómito, persiste la fiebre, taquicardia, no hay dificultad respiratoria.

**SIGNOS VITALES:**

- 6 de junio - FC 80 x', Temp. 38.5°C, FR 20 x', TA 110/70
  - FC 112x', Temp. 37.8°C, FR 32x, TA 110/60
- 8 de junio - FC 80x', Temp. 37°C , FR 19 x, TA 110/60
  - FC 82x', Temp. 37.5°C, FR 28 x, TA 110/80
- 10 de junio - FC100x', Temp. 37°C, FR 48 x, TA 110/80
  - FC 98 x', Temp. 37.2°C, FR 26 x, TA 120/70
- 12 de junio - FC114 x', Temp. 37°C, FR 26 x, TA 130 /70
  - FC 102x', Temp. 37°C, FR 28 x, TA 110/60

Una vez elaborada la valoración de enfermería las necesidades que se jerarquizaron fueron las siguientes:

- 1.- Necesidad de respirar normalmente.
- 2.- Necesidad de mantenimiento de la temperatura corporal.
- 3.- Necesidad de alimentación e hidratación adecuada.
- 4.- Necesidad de sueño y descanso.
- 5.- Necesidad de mantener la higiene corporal.
- 6.- Necesidad de trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción.
- 7.- Necesidad de prevenir peligros ambientales.

Posteriormente de esta jerarquía se derivaron los diagnósticos de Enfermería, por lo que se propone el siguiente plan de cuidados.

### **5.3.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.**

- 1.- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con secreciones de la infección pulmonar manifestado por dolor y cambios en la frecuencia y profundidad respiratoria.
  
- 2.- Termorregulación ineficaz relacionada con efectos de la enfermedad manifestada por fluctuaciones de la temperatura corporal por arriba y por debajo de lo normal.
  
- 3.- Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno manifestado por mareo y sofocamiento durante la actividad.
  
- 4.- Alteración de la nutrición, inferior a las necesidades corporales, relacionada con incapacidad de autoalimentarse manifestado por fatiga y pérdida de peso del 20%.
  
- 5.- Dificultad en la conciliación del sueño relacionado con la hospitalización manifestada por cansancio, ojeras, y sueño pesado.

**6.- Deficiencia en la higiene personal relacionado con desconocimiento de medidas higiénicas manifestado por mal aliento y presencia de hongos en las uñas.**

**7.- Angustia relacionada con economía inestable manifestada por preocupación e irritabilidad.**

**8.- Falta de conocimientos relacionada con el cuidado a domicilio y medidas preventivas manifestada por cuestionamientos y preocupación.**

**9.- Probable riesgo de infección transmisión a otros relacionado con el carácter contagioso de la enfermedad.**

#### 5.4.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

##### **PLAN DE CUIDADOS**

Fecha de identificación de los diagnósticos: 6 junio del 2002.

##### **1) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

**Patrón respiratorio ineficaz relacionado con secreciones de la infección pulmonar manifestado por dolor y cambios en la frecuencia y profundidad respiratoria.**

##### **OBJETIVO DE ENFERMERÍA.**

- ❖ **Disminuir el dolor y molestia ocasionado por la disnea.**
- ❖ **Mantener el estado respiratorio del paciente a un nivel óptimo.**

Intervenciones de Enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Valorar las constantes vitales y auscultar los pulmones cada 4 horas, mientras el paciente esta despierto.	La valoración de los hallazgos alertará a la enfermera de cambios o complicaciones.	Dicha valoración permitió observar en que momento había alteraciones.
Toma y registro de la frecuencia respiratoria.	Esto permite valorar la intensidad de los episodios disneicos. Para lo cual se debe tomar en cuenta frecuencia, ritmo,	La respiración tuvo varios ascensos y descensos, esto no se pudo controlar, pero gracias a la pronta valoración se

<p>Mantener en posición fowler o semifowler al paciente.</p>	<p>duración, patrón respiratorio normal del cliente en reposo y a la actividad.</p> <p>La posición semicorporada proporciona mejor mecánica de la respiración, pues así tiene mejor entrada a la caja torácico y diafragmática.</p>	<p>podía actuar eficazmente.</p> <p>La posición que se le dio al paciente ayudó en mucho pues el esfuerzo para poder respirar era mínimo, y casi no le causaba molestias.</p>
<p>Realización de fisioterapia pulmonar, palmo percusión y ejercicios respiratorios simples, como inhalar y exhalar pausadamente, con la intención de que aumente la reserva de oxígeno.</p>	<p>La fisioterapia ayuda a prevenir la retención de secreciones que pudieran ser el comienzo de nuevas infecciones y los ejercicios respiratorios aumentan la capacidad vital (suma de volumen tidal y reserva pulmonar).</p>	<p>La fisioterapia evitó el acumulo de secreciones y con los ejercicios respiratorios aprendió a dosificar su volumen circulante para usar en casos de movilizarse.</p>

<p>Enseñar al paciente a girarse, toser y hacer respiraciones profundas cada 2 a 4 horas, mientras esté despierto.</p>	<p>Los frecuentes cambios de postura y la tos evitan el acumulo de secreciones.</p>	<p>El paciente mostró mejoría, ya que podía respirar mejor.</p>
<p>Administración de analgésico en caso de no disminuir el dolor. (Paracetamol 250 mg. Vía oral cada 6 horas).</p>	<p>El paracetamol no produce alteración en la profundidad respiratoria, solo se debe vigilar que no se conjugue con barbitúricos, ya que dañan los centros respiratorios del cerebro, y deterioran la frecuencia respiratoria.</p>	<p>Solo se ministró paracetamol en una ocasión ya que los demás cuidados ayudaron en gran medida a evitar su uso constante.</p>
<p>Indicar al paciente que beba de 2 a 3 litros de líquido al día si lo tolera.</p>	<p>La hidratación adecuada conserva las secreciones húmedas y facilita la expectoración.</p>	<p>El paciente se mantuvo hidratado y ésta ingesta de líquidos permitió que expectorará con más facilidad.</p>

<p>Recoger muestras de esputo y hacer cultivos según sea necesario.</p>	<p>Los cultivos identificaran el organismo infectante.</p>	<p>Se reafirmo que se trataba de Mycobacterium tuberculosis.</p>
<p>Administrar medicamentos antituberculosos según lo prescrito: Isoniacida por vía oral 300 mg/día, Rifampicina por vía oral: 600mg /día. Etambutol: por vía oral: 1200 mg / día. Ver anexo (Tabla 1).</p>	<p>Dichos medicamentos ayudaron a coadyuvar la enfermedad previniendo así el riesgo de contagio.</p>	<p>Gracias a estos medicamentos antituberculosos como parte importante del tratamiento ayudaron a reducir los signos y síntomas de la enfermedad.</p>

## 2) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- **Termorregulación ineficaz relacionada con efectos de la enfermedad manifestada por fluctuaciones de la temperatura corporal por arriba y por debajo de lo normal.**

### OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

- ❖ **Mantener en límites normales la temperatura.**
- ❖ **Tomar y registrar fluctuaciones en la temperatura.**

Intervenciones de Enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Toma y registro de temperatura cada 4 horas o según lo requiera el paciente.	El aumento de temperatura indica infección.	La toma de temperatura nos ayudó para detectar a tiempo picos febriles y actuar, ya que ésta alcanzó los 38.5°C.
En caso de hipertermia colocar medios físicos para disminuir la temperatura.	El calor se pierde por conducción, radiación, evaporación y convección. El sistema que regula la temperatura está formado por: receptores térmicos, integrador en el hipotálamo y sistema efector que	Se controlaba de manera eficaz pues no fue necesario usar medios químicos. Los medios físicos ayudaron, pues como prontamente se detectaban los picos febriles sí se podía actuar a tiempo, ya

	<p>equilibra la producción y pérdida de calor. Los síntomas clínicos son: aumento de FC, aumento de FR, escalofríos debido al aumento de la tensión muscular esquelética y a las contracciones. Piel pálida y fría debido a la vasoconstricción, aspecto de "piel de gallina"cese de la sudoración, aumento de temperatura. Los medios físicos actúan de manera central (hipotálamo) y periférica.</p>	<p>que era un signo característico de él, la presencia de hipertermia.</p>
<p>En caso de hipotermia colocar cobertor para aumentar la temperatura. Así</p>	<p>Los signos de hipotermia son: disminución de temperatura corporal, escalofríos, piel pálida</p>	<p>La hipotermia era más fácil de controlar que la fiebre, ya que se detectaba más fácilmente.</p>

<p>como vigilar signos de hipotermia.</p>	<p>y fría, hipotensión, disminución de diuresis, falta de coordinación muscular, desorientación, somnolencia que puede progresar hasta el coma. Al abrigar al paciente se evita cianosis, taquipnea, malestar general que agravaría el estado del paciente.</p>	
<p>Valorar color de la piel (si esta cianótica, pálida) y temperatura. Reducir actividad física.</p>	<p>Al reducir la actividad física se limita la producción de calor, especialmente durante la fase de acaloramiento.</p>	<p>Mientras se controlaba la temperatura no se permitía realizar ninguna actividad por mínima y considero ayudó en su estabilización.</p>

**Fecha de identificación de los diagnósticos: 8 junio del 2002.**

**3) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

- **Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno manifestada por mareos y sofocamiento e hipoxemia durante la actividad.**

**OBJETIVO DE ENFERMERÍA.**

- ❖ **Proporcionar actividades que no interfieran con el intercambio gaseoso.**

Intervenciones de Enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Hacer que el paciente realice pequeños esfuerzos que vayan aumentando gradualmente hasta donde el paciente resista. (Ejercicios pasivos como son: flexión y extensión de miembros superiores e inferiores).	El control del dolor permite que el paciente respire profundamente, al tiempo que facilita el reposo necesario.	Los ejercicios ayudaban a mantener una rutina que favoreciera el aumento en el aporte de oxígeno, y así disminuir el dolor al respirar.
Hacer que el paciente realice ejercicios respiratorios de inhalación y exhalación.	Los ejercicios respiratorios permiten al paciente controlar sus respiraciones, lo que permite obtener a	Gracias a estos ejercicios realizados por el paciente él pudo controlar sus respiraciones al

<p>Brindar movimientos o cambios frecuentes de posición a tolerancia.</p>	<p>través de estos un mayor aporte de oxígeno para lograr una buena ventilación.</p> <p>El movimiento en cama facilita el intercambio gaseoso y reduce complicaciones como atelectasia; el trabajo respiratorio es menor en determinadas posiciones.</p>	<p>realizar alguna actividad.</p> <p>Como él no podía realizar movimientos rápidos, se le brindaban simplemente cambios posturales, los que él manifestaba que le eran mas cómodos y le servían, esto requería que hiciera un poco de esfuerzo, cosa que no pudo realizar, ya que sentía imposible el respirar y hacer actividad, por lo que seguía con mareos a la deambulación, mientras que si se encontraba en reposo él se sentía bien.</p>
---	--	--

<p>Evaluar el color de la piel en miembros (torácicos y pélvicos) distales y región peribucal, así como lechos ungueales.</p>	<p>El paciente experimenta cierto grado de hipoxemia, el aumento en la concentración de oxígeno inspirado es lo que eleva la difusión a nivel de las membranas alveolo capilar.</p>	<p>Se logró observar ligera cianosis, ya que los ejercicios que se realizaron favorecieron a que ésta no apareciera constantemente.</p>
---	---	---

#### 4) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- **Alteración de la nutrición, inferior a las necesidades corporales, relacionado con incapacidad de autoalimentarse manifestado por fatiga y pérdida de peso del 20%.**

#### OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

- ❖ **Mejorar el estado nutricional.**
- ❖ **Evitar mayor pérdida de peso.**

Intervenciones de Enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
<p>Valorar el peso del paciente en la misma báscula, a la misma hora cada día, durante las primeras fases de la enfermedad, una vez por semana o dos veces según se estime conveniente.</p> <p>Comprobar los resultados de las pruebas hemáticas del paciente, como los niveles de glucosa, hemoglobina, ematocrito,</p>	<p>El peso refleja el estado nutritivo del paciente.</p> <p>Los exámenes de laboratorio muestran rangos para describir el estado de salud del paciente y valorar efectos del tratamiento.</p>	<p>Estas mediciones ayudaron a tener un registro de las alteraciones en el peso, para poder actuar eficazmente y se mantuvo en un peso de 70 Kg. durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Los resultados encontrados fueron:</p> <p>Glucosa: 79 mg/dl. Hemoglobina: 14.4 mg/dl. Hematocrito: 47%. Leucocitos: 5,700.</p>

<p>leucocitos, potasio, proteínas.</p> <p>Ayudar al paciente a comer si se considera necesario.</p>	<p>Es posible que el paciente esté muy débil para comer por sí solo, pudiendo necesitar ayuda y ánimo para lograr una ingesta calórica apropiada.</p>	<p>Potasio: 134. Proteínas: 5.2.</p> <p>El paciente fue recuperando fuerzas y poco a poco aumentaba la facilidad para consumir sus alimentos por cuenta propia y sin ayuda del familiar y personal de enfermería.</p>
<p>Brindar al paciente una dieta rica en proteínas y calorías, con refrigerios suplementarios si lo necesita.</p>	<p>El paciente necesita más calorías y una nutrición óptima para combatir los efectos de la enfermedad: anorexia, malestar y aumento de las necesidades metabólicas.</p>	<p>Durante las guardias que se estuvo en contacto con el paciente (5), este ingirió los nutrientes necesarios ya que al estar insistiéndole y ayudándole se reflejaba más ánimo e interés para comer, pues ingería toda la dieta y comenzó a recuperar peso. En promedio 300 gr.</p>

**Fecha de identificación de los diagnósticos: 12 junio del 2002.**

**5) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

- **Dificultad en la conciliación del sueño relacionado con la hospitalización manifestada por cansancio, ojeras y sueño pesado.**

**OBJETIVO DE ENFERMERÍA.**

- ❖ **Proporcionar al paciente un ambiente confortable durante su estancia hospitalaria.**

Intervenciones de Enfermería.	Fundamentación científica.	Evaluación.
Enseñarle técnicas de relajación como movimientos pasivos, de flexión, extensión, contracción de miembros tanto pélvicos como torácicos, que no requieran de mucha energía.	Las técnicas de relajación permiten que los músculos se relajen produciendo así una sensación de confort que propicia el descanso.	Ayudaron a que estuviera menos tenso y conciliara el sueño.
Minimizar los estímulos ambientales, dentro del hospital, como apagar la luz, organizar actividades de enfermería para evitar despertar al	Unos estímulos ambientales excesivos pueden provocar una sobrecarga sensitiva y una mayor desorientación. El paciente generalmente está	Ayudo a que no despertara a cada rato durante la noche.

<p>paciente a cada rato; modificar el entorno según la necesidad.</p>	<p>mejor en un medio ambiente tranquilo, organizado, libre de riesgos.</p>	
<p>Brindarle apoyo emocional para que se sienta relajado. Ayudarlo a que su angustia y preocupación se disipe. Escuchándolo y dándole tiempo para que exprese sus emociones.</p>	<p>Ofrecerle un apoyo emocional, le permite al paciente disipar sus temores, angustias, preocupaciones, que son el principal problema emocional en el hospital.</p>	<p>Sirvió mucho pues el paciente sintió confianza hacia nosotros, y le era más fácil dirigirse, en este caso conmigo, para cuestiones de su tratamiento.</p>

## 6) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- **Deficiencia en la higiene personal relacionado con desconocimiento de medidas higiénicas manifestado por mal aliento y presencia de micosis en las uñas.**

### OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

- ❖ **Enseñar hábitos higiénicos.**
- ❖ **Enseñar formas de autocuidado.**

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Valoración de la deficiencia higiénica del paciente.	La valoración inicial que se tenga con el paciente nos permite establecer medidas a tomar para el mejor cuidado que se emplee y un tratamiento óptimo.	Gracias a esta valoración se detectó una falta en la higiene.
Baño diario.	El baño diario proporciona disminución de bacterias en la piel lo que evita la proliferación de las mismas.	Esté sí se realizaba diariamente.
Enseñar al paciente un régimen de	Los lavados de boca mejoran el mal sabor	No desapareció del todo la halitosis pero

<p>cuidados bucales adecuados que incluya enjuagues con un sabor agradable o lavados de boca diluidos con vinagre, según sea necesario, utilizando un cepillo de dientes blando para limpiar los dientes como mínimo dos veces al día.</p>	<p>de boca y la halitosis. El vinagre neutraliza el amoníaco, mejorando el sabor de boca y disminuyendo la halitosis. Un cepillo de dientes blando previene la hemorragia y los cuidados de la boca frecuentes disminuyen las bacterias y la probabilidad de infección.</p>	<p>si disminuyó considerablemente.</p>
<p>Realización de colutorios. Con bicarbonato.</p>	<p>Los colutorios con solución antiséptica permiten que la halitosis desaparezca.</p>	<p>Los colutorios no se hacían periódicamente por desidia del paciente, razón por la cual no surtieron efecto, pero el autocuidado enseñado resultó bueno, pues el paciente mostraba interés.</p>

<p>Enseñanza de medidas higiénicas básicas, uñas cortas, mantener limpia y seca la piel, lavarse las manos antes y después de ir al baño.</p>	<p>Las uñas cortas previenen excoriación y rasguños. Y las medidas higiénicas evitan dermatitis e infecciones.</p>	<p>Estas medidas higienicas fueron bien adoptadas por el paciente hasta el punto de volverse hábito y el mismo exigir ayuda en la realización de las mismas.</p>
<p>Administración de medicamentos antimicóticos. (fluconazol) en crema cada 8 horas en uñas de los pies, previo aseo de los mismos.</p>	<p>Los medicamentos antimicóticos deben emplearse según el lugar afectado; como una crema que evite proliferación a la piel circundante de las uñas. Pues es un medicamento activo en contra de las micosis principalmente externas.</p>	<p>No se pudo erradicar el mal, pues como se sabe requieren de tratamientos largos, meses. La educación para la salud en cuanto a la utilización de estos antimicóticos permitió que el paciente los adquiriera para su uso diario.</p>

## 7) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- **Angustia relacionada con economía inestable manifestada por preocupación e irritabilidad.**

### OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

- ❖ **Disminuir en la medida de lo posible su preocupación.**

Intervenciones de Enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
<p>Explicar al paciente que su angustia y preocupación no favorecen en nada su tratamiento.</p>	<p>La preocupación y angustia son emociones que limitan la producción normal de endorfinas. (Analgésicos naturales que produce el organismo) las cuales son enviadas por el cerebro, y se somatizan evitando así la recuperación. Lo cual hace más difícil la aceptación del tratamiento.</p>	<p>Al platicar con el paciente, se le brindo un poco más de seguridad, pues el sentirse incomunicado era lo que más le irritaba y al saber que tenía un mediador para comunicarse tanto con su esposa como con el equipo de salud esto lo tranquilizó, además de que ya utilizaba su tiempo.</p>

<p>Proporcionarle alguna actividad sencilla que le permita despejar su mente de problemas. Al ingreso y diariamente, valorar el proceso de pensamiento del paciente. Con la ayuda de la familia, comparar las alteraciones actuales con el estado intelectual previo a la enfermedad.</p>	<p>En general las alteraciones en el proceso del pensamiento reflejan una exacerbación de los problemas previos a la enfermedad, el estado anterior proporciona las pautas para establecer unos resultados realistas. Una valoración continuada permite la modificación del abordamiento necesario.</p>	<p>El mantenerlo ocupado le quitaba los tiempos de ocio y evitaba que se preocupara.</p>
---	---	--

## 8) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- **Falta de conocimientos relacionados con el cuidado en el domicilio y las medidas preventivas manifestado por cuestionamientos y preocupación.**

### OBJETIVO DE ENFERMERÍA.

- ❖ **Enseñar los cuidados a domicilio y las medidas de prevención.**

Intervenciones de Enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
<p>Remarcar la importancia de un hábito continuado de higiene pulmonar. Enseñarle al paciente y familia técnicas para su uso en casa, basándose en el estado del paciente y capacidades en el momento del alta.</p>	<p>Los ejercicios de respiración profunda deberían continuarse en el domicilio durante por lo menos 4 a 6 semanas para ayudar a reducir atelectasias y promover la curación. Pueden estar indicadas nuevas medidas de higiene pulmonar para su uso continuado en pacientes con otras patologías coexistentes, como enfisema, que se asocia con</p>	<p>El paciente mostró gran interés en cuanto a las técnicas aprendidas.</p>

<p>Enseñarle la importancia del descanso durante la convalecencia en el domicilio.</p>	<p>una alta incidencia de recurrencias.</p> <p>Las infecciones respiratorias significan un estrés importante para el cuerpo. El sobreejercicio puede deteriorar aun más unas defensas comprometidas. El reposo promueve la curación.</p>	<p>El paciente aprendió dichas medidas de descanso para aplicarlas en el momento de su alta por mejoría, ya que era muy próxima, inclusive el de pedir ayuda a familiares en caso de que él lo necesite.</p>
<p>Revisar las medidas profilácticas, incluyendo: conocimiento del modo de transmisión, aumento de las concentraciones en la saliva y esputo; la necesidad de vacunación contra la Tuberculosis a toda persona que aún no tenga la vacuna y</p>	<p>Las personas que se recuperan de infecciones respiratorias, tienden a ser susceptibles a otras infecciones y también tienen un mayor riesgo de recurrencia después de haberse curado.</p> <p>El inicio del tratamiento apropiado</p>	<p>Las medidas preventivas pueden ayudar al paciente a prevenir las nuevas enfermedades.</p>

<p>menor de 14 años.</p>	<p>y punto de las infecciones respiratorias, acorta el periodo de enfermedad. En los ancianos y otros grupos de alto riesgo el retraso en informar los síntomas se asocia a una mortalidad, más alta.</p>	
<p>Enseñar al paciente y familia la importancia de informar rápidamente de los síntomas que pueden indicar recurrencia: cefalea, disnea, fiebre, dolor torácico u otros signos y síntomas que indiquen resfriado pues pudiesen ser parte de una complicación.</p>	<p>El proporcionar dicha educación para la salud del paciente permite que éste y sus familiares identifiquen signos y síntomas que puedan recurrir mientras él se encuentra en su domicilio, así como recurrir a un lugar en donde se le proporcione la atención oportuna.</p>	<p>El paciente identificó las medidas necesarias en caso de alguna recaída o complicación (si estas llegasen a presentarse de nuevo). Pues le eran más que evidentes los signos y síntomas.</p>

### 9) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (Potencial):

- Probable riesgo de infección (transmisión a otros) debido al carácter contagioso de la enfermedad.

#### OBJETIVO DE ENFERMERÍA.

- ❖ Prevenir la contaminación de la Tuberculosis a los profesionales de la salud y familiares.

Intervenciones de Enfermería.	Fundamentación Científica.	Evaluación.
Colocar al paciente en aislamiento respiratorio, que incluya una habitación individual, con la puerta cerrada, luz ultravioleta y aire no circulante.	La enfermedad se transmite por el aire; este sistema garantiza que el aire de la habitación del paciente no circulará por todo el hospital.	Esto no se logro, ya que no se contaba con un cubículo especial, por lo que tenía que convivir con otros tres pacientes, pero si se ponían en practica medidas de aislamiento.
Enseñar al paciente a girar la cara cuando vaya a toser, a toser en pañuelos de papel y a eliminar éstos de forma adecuada, y el indispensable uso de cubrebocas.	Una buena higiene ayuda a evitar la transmisión de Tuberculosis a otras personas. La aplicación de medidas de protección estándar evita el contagio.	El uso de cubrebocas tanto del paciente como de las personas que tenían contacto con él resulto muy favorable, pues hasta el momento no había dato de posible contagió a otra persona.

<p>Examinar al paciente en busca de complicaciones relacionadas con el reposo en cama o el aislamiento, como estreñimiento, úlceras por decúbito, un descenso del estado funcional o mental y el aislamiento social.</p>	<p>Las complicaciones aparecen habitualmente cuando el paciente está aislado y encamado durante mucho tiempo. La enfermera deberá reconocer el riesgo de complicaciones e implantar medidas para evitarlas o reducir su importancia. Las principales técnicas de aislamiento a utilizar, son por contacto, por vía aérea, por gotas y sobre todo medidas estándar (uso de cubreboca, guantes y bata).</p>	<p>Gracias a los cuidados implementados el paciente no desarrollo úlceras por decúbito ni escaras. A pesar de sus preocupaciones y temores por estar en el hospital y por el hecho de tener un trato especial con el, principalmente por el aislamiento que debía tenerse no se sintió aislado, al contrario entendió que debía animarse más para no deteriorar su estado de salud.</p>
--	---	---

## **5.5.- EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.**

El plan de cuidados empleado con el paciente E. I. J. se considera que fue satisfactorio medianamente en la forma que se le brindaron los cuidados, ya que se puede decir que estos fueron oportunos y de buena calidad; aunque estos no mitigaron del todo sus problemas o alteraciones de salud.

Pero podemos decir que fue plenamente satisfactorio ya que este plan de cuidados se formuló según lo estipulado por bibliografía, tuvo toda una secuencia, y metodología que ayudó a reconocer más aún la importancia de los cuidados planificados.

También cabe destacar que además de los cuidados que se le daban, la administración de medicamentos y la información que se vertía en él era muchas veces insuficiente, pues se tenía que enfrentar a su desesperación y angustia, por conocer aspectos importantes de su padecimiento, tomando en cuenta que estaba preocupado por su familia ya que era el único sustento económico en la misma, y la desesperación de estar enfermo, aun así con toda esta problemática, lo fue superando, poco a poco.

Por lo que mencionamos que el cuidado sí fue integral ya que el plan de atención fue ofrecido en base a todas las necesidades del paciente, lo que indicaba que sus manifestaciones clínicas habían disminuido.

Por lo que se evalúa que los resultados son los esperados para que el paciente mejore su estado de salud y todas sus necesidades las cuales en su mayoría habían sido satisfechas.

Hasta el momento y durante su estancia hospitalaria se tuvo contacto con el paciente, los cuidados de enfermería se ofrecían de manera oportuna y se esperaba su alta domiciliaria, a lo cual se le brindaba educación para su salud explicándole los cuidados que debería tomar en su domicilio, refiriéndole el seguimiento del tratamiento medicamentoso para erradicar su enfermedad por completo.

### 5.6.- PLAN DE ALTA.

- ❖ Lo principal es promover actitudes encaminadas a mejorar la salud del paciente tanto a nivel individual como familiar, por lo que se le indicara que no puede ni debe descuidar la toma de medicamentos, y en dado caso de tener recaídas o complicaciones a causa de su enfermedad será necesario que acuda a su clínica mas cercana (de ser posible), para que lleve una vigilancia estricta en el tratamiento medicamentoso prescrito al egreso de su hospitalización (ver anexo 2).
- ❖ Tomar medidas necesarias para evitar el incremento de la temperatura, indicándole que lleve una toma y registro de esta, así como la administración adecuada de medicamentos que combatan dicho incremento de la misma.
- ❖ Sensibilizar al paciente sobre la importancia de que su familia cuente con la vacuna BCG para prevenir la Tuberculosis.
- ❖ Mejorar el nivel nutricional, inculcándole un desarrollo de hábitos nutricionales saludables, en la medida de lo posible, pues muchas veces por factores económicos se da la deficiencia de nutrientes, pero esto incluiría enseñar al paciente la forma de combinar sus comidas para hacerlas de mayor valor nutritivo, en este caso que procure ingerir alimentos que contengan en

especial vitamina C, ya que esta ayuda al sistema inmunológico del cuerpo.

- ❖ Inculcarle que debe corregir malos hábitos, como expectorar en cualquier sitio ya que si lo conserva ocasionara el riesgo de contagiar a otras personas.
- ❖ Educarle para que mejore sus hábitos higiénicos, haciendo conciencia acerca de la importancia que tiene mantener una adecuada higiene personal, ya que además le ayudará a evitar complicaciones (como es su caso la halitosis y la micosis en lechos ungueales de miembros inferiores).
- ❖ Que el paciente ventile bien su casa, ya que se mencionó que la Mycobacterium muere al contacto de los rayos solares, esto es para que no puedan sufrir riesgos de transmisión.
- ❖ Canalizarle a centros donde se brinde terapia recreacional para que el paciente utilice su tiempo en forma productiva y satisfaga sus necesidades emocionales y propiamente de recreación, además de que esto le permitirá evitar el stress y tener futuras recaídas.
- ❖ Enseñar técnicas de relajación para que cuando se encuentre en su hogar estas permitan reconciliar prontamente el sueño y así el paciente sentirá una sensación de descanso y confort.

## 6.- CONCLUSIONES.

Es importante conocer los cuidados a emplear en pacientes con Tuberculosis pulmonar, ya que este es uno de los padecimientos que más frecuentemente aparecen durante la estancia hospitalaria y en la cual se debe tener un trabajo en equipo, no solo del equipo de salud, sino también de la familia.

Por lo que se concluye en este Proceso atención enfermería lo siguiente:

- ❖ Lo que se refiere a aspectos teóricos, se logró la comprensión de algunos conceptos disciplinarios que se utilizan y deben utilizar en todas las expresiones que involucren una acción de enfermería y la relación que guarda con la propuesta de las 14 necesidades. Lo cual se considera es de suma importancia en el ejercicio profesional del Licenciado en Enfermería.
- ❖ El cuidado integral de enfermería en todos los niveles de atención a la salud debe tener un enfoque meramente preventivo, (destacando que este se involucro en los planes de Enfermería que se desarrollaron para la elaboración de dicho proceso y como tal en sus respectivas evaluaciones), el cual por sus características y a través del modelo de Virginia Henderson permite visualizar al individuo de una forma integral, razón por la cual ayuda de manera importante a realizar los cuidados de enfermería.

- ❖ Cabe destacar que la profesión de enfermería tiene conceptos propios y que los conocimientos de otras disciplinas, sirven solo como herramientas para valorar de una manera integral al individuo.
  
- ❖ Tanto en el objetivo general y específicos se cumplieron, ya que muestra de ello es que se pudo realizar el Proceso Atención de Enfermería, en el cual se implementaron cuidados integrales, además de haberse proporcionado herramientas muy útiles para la elaboración de dicho trabajo.
  
- ❖ Por otra parte cabe destacar la participación de otros miembros del equipo de salud, aunque siempre se debe buscar la intervención independiente de la enfermera, es decir, tener un juicio propio para saber en que momento actuar, ya que se cuentan con las bases científicas para respaldar nuestros actos.

## 7.- SUGERENCIAS.

- ❖ Se debe fomentar el conocimiento de la metodología así como de las teorías existentes de enfermería, de esta manera se estará a la vanguardia en el avance de la disciplina.
- ❖ Dar a conocer a otros miembros del equipo de salud, los conceptos que se manejan dentro de la profesión.
- ❖ Que la información adquirida sea compartida con personas que sin tener una preparación académica si tienen la responsabilidad de cuidar su salud, para lo cual el presente trabajo puede servir como guía.
- ❖ Que la enseñanza que se nos brinda en las aulas y que sirve como lineamientos para poder realizar actividades de enfermería, ya dentro de un ámbito laboral sea un conocimiento en todos los niveles de enfermería, pues el Proceso Atención Enfermería es el camino más eficaz para otorgar bienestar a toda persona, familia o comunidad a cualquier nivel de atención.

## 8.- GLOSARIO DE TÉRMINOS.

- ❖ **BACILOSCOPIA NEGATIVA:** A la demostración de ausencia de bacilos ácido-alcohol resistentes, en la lectura de 100 campos de frotis de la expectoración o de cualquier otro espécimen.
- ❖ **BACILOSCOPIA POSITIVA:** A la demostración de 1 o más bacilos ácido-alcohol resistentes, en la lectura de 100 campos de frotis de la expectoración o de cualquier otro espécimen.
- ❖ **CONCEPTO:** Es una idea abstracta o una imagen mental de la realidad.
- ❖ **DIAGNÓSTICO:** Informe sobre el problema de salud real o potencial que la enfermera pueda tratar legalmente y de forma independiente.
- ❖ **EJECUCIÓN:** Iniciación y finalización de las actuaciones de enfermería necesarias para ayudar al paciente a conseguir sus objetivos de salud.
- ❖ **ENFERMEDAD:** Término médico que puede ser descrito como alteración de las funciones del organismo, resultando en una reducción de las capacidades o una disminución del alcance de la vida normal.

- ❖ **ENTORNO:** Conjunto de condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo de un organismo o grupo de organismos.
  
- ❖ **ESTERTORES:** Sonidos respiratorios anormales causados por el paso de aire a través de los bronquios que contienen líquido.
  
- ❖ **EVALUACIÓN:** Determinación del grado en el que se han alcanzado los objetivos establecidos en relación a un paciente.
  
- ❖ **MARCO CONCEPTUAL:** Conjunto de conceptos y declaraciones que se integran dentro de una configuración significativa.
  
- ❖ **MARCO O MODELO CONCEPTUAL:** Es una forma de enfocar (conceptualizar) de una disciplina de manera inequívoca que incluye un lenguaje común y comunicable a otros.
  
- ❖ **METAPARADIGMA:** Centro de interés, perspectiva de conjunto de una disciplina.

**METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA:** Es un marco conceptual y filosófico de una disciplina o de una profesión; el cual define y escribe las relaciones entre las ideas y los valores principales además de orientar la organización de los modelos y las teorías de una profesión, el metaparadigma en enfermería es:

1.-Persona- Va a ser el paciente o quien recibe los cuidados de enfermería que incluyen los componentes físico, espiritual, psicológicos y sociocultural.

2.-Entorno- Son las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

3.-Salud- Es el grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

4.-Enfermería- Es el arte del cuidado, brindado a la persona que necesite apoyo biopsicosocial y que permite que éste logre un estado de independencia para satisfacer sus propias necesidades.

❖ **MODELO:** Marca la pauta de lo que debe hacerse, un esbozo abstracto o un boceto estructural de algo real, o una aproximación o simplificación de la realidad.

- ❖ **NECESIDADES FUNDAMENTALES:** Son necesidades vitales esenciales que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.
  
- ❖ **PACIENTE:** Receptor de los servicios que realiza la enfermera; es aquel ser biopsicosocial, completo e independiente que tiene necesidades.
  
- ❖ **PARADIGMA:** El término que se utiliza para expresar la relación entre ciencia, filosofía y teoría que se acepta en cierto campo científico.
  
- ❖ **PLANIFICACIÓN:** Proceso de designación de actuaciones destinadas a lograr los objetivos y resultados de la dispersación de cuidados.
  
- ❖ **PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:** Es un método racional y sistemático de organizar y presentar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de salud del paciente, los problemas reales o posibles de salud, establecer planes para atender necesidades que pueda identificar y determinar intervenciones específicas de enfermería para cubrir esas necesidades. Las cinco fases son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- ❖ **QUIMIOPROFILAXIS:** Administración de fármacos antituberculosos, a contactos que lo requieran, con objeto de prevenir la infección primaria o a la aparición de enfermedad tuberculosa.
  
- ❖ **TEORÍA:** Se constituye con conceptos y proposiciones, aunque explica con mucho más detalle todos los fenómenos a que se refiere.
  
- ❖ **TUBERCULOSIS:** Enfermedad que afecta a los pulmones y a las pleuras; las bacterias destruyen parcialmente el tejido pulmonar, que es reemplazado por tejido conectivo fibroso, dado que este último es inelástico y grueso, las áreas pulmonares afectadas no experimentan rebote durante la espiración y se retienen grandes volúmenes de aire.
  
- ❖ **VALORACIÓN:** Primera fase del cuidado de enfermería; las actividades que integran esta primera fase son la recogida de datos y su verificación, clasificación y documentación; el objetivo es reunir la información para identificar el problema que presenta.

## 9.- BIBLIOGRAFÍA.

- ❖ **ALFARO L.** Aplicación del Proceso de Enfermería, Editorial Mosby-Doyma, 3ª edición, Madrid, 1996. Pág.182.
- ❖ **ALFARO R.** El pensamiento crítico en Enfermería Un enfoque práctico, Editorial Masson, Barcelona, 1997. Pág. 198.
- ❖ **BURGOS F.** Ecología y Salud, Editorial McGraw-Hill, Vol. II, México, 1998. pp. 405.
- ❖ **FERNANDEZ C.** De la teoría a la practica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, Editorial Masson, 2ª edición, Madrid, 2000. Pág. 110.
- ❖ **HARRISON.** Principios de Medicina Interna, Vol. II Editorial Interamericana McGraw- Hill. Madrid, 1998. pp. 2143.
- ❖ **HOLLOWAY N.** Planes de Cuidados en enfermería Medicoquirúrgica, Editorial Doyma, Madrid, 1990. pp. 505.
- ❖ **KASCHAK D.** Planes de Cuidados, Editorial Mosby, Madrid, 1995. pp. 321.
- ❖ **KOZIER E.** Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y Prácticas, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 4ª edición, Madrid, 1993. Tomo I. pp. 1182.

- ❖ **MARRINER A.** Proceso Atención de Enfermería, Editorial Mosby, 2ª edición, México, 1993. Pág. 530.
- ❖ **MARRINER A.** Modelos y Teorías en Enfermería, Editorial Harcourt/Brace, México, 1999. pp. 555.
- ❖ **NORMA OFICIAL MEXICANA**, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud, NOM-017-SSA2-1993. Pág. 9.
- ❖ **NORMA OFICIAL MEXICANA**, Para la vigilancia Epidemiológica, NOM-017-SSA2-1994.
- ❖ **RIOPELLE G.** Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona, Editorial McGraw-Hill, Madrid, 1998. pp. 352.
- ❖ **SAUNDERS L.** Cuidados de enfermería, Editorial Interamericana McGraw- Hill, México, 2000. pp. 2005.
- ❖ **TAPTICH B.** Diagnósticos de enfermería y planeación de cuidados, Editorial Interamericana, México, 1992. Pág. 258.
- ❖ **TORTORA G.** Principios de Anatomía y Fisiología, Editorial Harcourt/Brace 7ª edición, Madrid, 1998. Pág. 999.
- ❖ **WESLEY R.** Teorías y modelos de Enfermería, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2ª edición, México 1998. Pág. 179.

## **10.- ANEXOS.**

**ANEXO 1: (Tabla 1 Fármacos antituberculosos).**

La tabla contiene información acerca de los fármacos en el tratamiento para la tuberculosis incluyendo cada uno de sus dosis.

**ANEXO 2: (Tabla 2 TAES).**

Se refiere al tratamiento estrictamente supervisado que puede iniciarse desde el ingreso intrahospitalario del paciente y al estar en su domicilio.

**ANEXO 3: (Historia Clínica de Enfermería).**

En donde se reúne la información para implementar todas las fases del Proceso Atención de Enfermería de Enfermería y derivar cuidados al paciente.

**ANEXO 1**  
**TABLA 1**  
**FARMACOS ANTITUBERCULOSOS**

Fármacos	Presentación	Dosis diaria		Dosis intermitentes	Reacciones Adversas
		Adultos mg/Kg peso	Dosis máxima/día	Adultos dosis total máxima	
Isoniacida (H)	Comp. 100 mg.	5 - 10 mg	300 mg	600 - 800 mg.	Neuropatía periférica Hepatitis.
Rifampicina (R)	Caps. 300 mg Jarabe 100 mg x 5 ml.	10 mg.	600 mg.	600 mg.	Hepatitis Hipersensibilidad Interacciones medicamentosas.
Pirazinamida (Z)	Comp. 500 mg	20 - 30 mg	1.5 - 2 g.	2.5 g.	Gota Hepatitis
Estreptomina (S)	Fco. Amp. 1 gr	15 mg	1 g.	1 g.	Vértigo Hipoacusia Dermatitis.
Etambutol (E)	Comp 400 mg	15 - 25 mg	1200 mg	2400 mg	Alteración de la visión.

- a) Tres veces por semana, según la tabla de referencia.  
 b) Enfermos con menos de 50 kg de peso y mayores de 50 años, mitad de la dosis.  
 c) No utilizar durante el embarazo.
- El tratamiento primario acortado estrictamente supervisado (TAES), de la tuberculosis, incluye los siguientes fármacos (H.R.Z.E), se instituye a todo caso nuevo que nunca ha recibido tratamiento y al que lo reanuda posterior al primer abandono.

**ANEXO 2  
TABLA 2**

**TRATAMIENTO PRIMARIO ACORTADO Estrictamente SUPERVISADO**

<b>Fase intensiva</b>	Diario, de lunes a sábado, hasta completar 60 dosis. Administración en una toma	
<b>Fármacos</b>	<b>Separados (dosis)</b>	<b>Combinación fija 4</b> grageas de :
Rifampicina	600 mg	150 mg
Isoniacida	300 mg	75 mg
Pirazinamida	1500 mg a 2000 mg	400 mg
Etambutol	1200 mg	<b>Presentación 3</b> tabletas de 400 mg
<b>Fase de sostén:</b>	Intermitente, tres veces por semana, lunes miércoles y viernes hasta completar 45 dosis. Administración en una toma	
<b>Fármacos</b>	<b>Separados ( dosis)</b>	<b>Combinación fija (presentación)</b>
Isoniacida	800 mg.	4 cápsulas de: 200 mg.
Rifampicina	600 mg.	150 mg.

En personas que pesen menos de 50 Kg las dosis serán por Kg de peso y con fármacos en presentación separada, como se indica en la tabla 1.

En esquema de tratamiento primario acortado se debe administrar aproximadamente durante 25 semanas, hasta completar 105 dosis, dividido en dos etapas: fase intensiva, 60 dosis (diario de lunes a sábado con HRZE).

## ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA  
NECESIDADES HUMANAS.Ficha de Identificación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_  
 Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de Información: \_\_\_\_\_  
 No de cama: \_\_\_\_\_ No de Registro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

**1.- Necesidad de Oxigenación:**

Subjetivo: (Información que proporciona el paciente o familiar).

Dificultad para respirar debido a: \_\_\_\_\_  
 Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Caract. de las secreciones: \_\_\_\_\_  
 Dolor asociado con la respiración: \_\_\_\_\_  
 Fumador: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_ Cantidad de cigarros: \_\_\_\_\_

¿De acuerdo al estado emocional varía la cantidad de cigarrillos?: \_\_\_\_\_

Objetivo: (Valoración que realiza el alumno)

Presencia de Disnea: \_\_\_\_\_ Sin esfuerzo: \_\_\_\_\_ Con esfuerzo: \_\_\_\_\_  
 Tos productiva a seca: \_\_\_\_\_  
 Características de las secreciones: \_\_\_\_\_  
 Hialinas: \_\_\_\_\_ Amarillo verdosas: \_\_\_\_\_ Hemoptisis: \_\_\_\_\_  
 Otras: \_\_\_\_\_  
 FR.: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_

Dolor asociado a la inspiración o espiración.

Tabaquismo positivo/ negativo: \_\_\_\_\_ Síndrome de Abstinencia: \_\_\_\_\_  
 Uso de O<sub>2</sub> por puntas nasales:  
 Mascarilla: \_\_\_\_\_ Ventilador: \_\_\_\_\_

Parámetros del ventilador: \_\_\_\_\_  
 Presencia de cánula endotraqueal/ traqueostomía: \_\_\_\_\_  
 Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal: \_\_\_\_\_  
 Palidez: \_\_\_\_\_ Cianosis: \_\_\_\_\_ Rubicundez: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Llenado capilar: \_\_\_\_\_

**Resultados de Laboratorio:****Gasometría**

Ph: \_\_\_\_\_

Enzimas Cardiacas: \_\_\_\_\_

PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_Po<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_

Déficit de base: \_\_\_\_\_

Sat. de O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

BH.: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Fármacos específicos: \_\_\_\_\_

**2. Necesidad de nutrición e Hidratación:****Subjetivo:** Dieta habitual: \_\_\_\_\_

Número de comidas: \_\_\_\_\_

Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_

Intolerancia alimentaria, alergias: \_\_\_\_\_

Problemas de masticación y deglución: \_\_\_\_\_

Aumento de peso: \_\_\_\_\_ Pérdida de peso: \_\_\_\_\_

Realiza ejercicio: \_\_\_\_\_

Uso de suplemento alimenticio: \_\_\_\_\_ Uso de fármacos: \_\_\_\_\_

Ingestión de sustancias que reducen el apetito: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Dieta indicada: \_\_\_\_\_

Coloración de piel: Ictérica: \_\_\_\_\_ Pálida: \_\_\_\_\_ Grisácea: \_\_\_\_\_

Estado de la piel: Turgente: \_\_\_\_\_ Hidratada: \_\_\_\_\_ Seca: \_\_\_\_\_

Estado de mucosas: Integras: \_\_\_\_\_ Hidratadas: \_\_\_\_\_ Deshidratadas: \_\_\_\_\_

Constitución endomórfica: \_\_\_\_\_ ectomórfica: \_\_\_\_\_

Características de cabello y uñas: \_\_\_\_\_

Aspecto de dientes y encías: Adoncia: \_\_\_\_\_

Afección y manifestaciones de tubo digestivo: \_\_\_\_\_

Parámetros de P.V.C.: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Resultados de laboratorio:**

Q. S. : \_\_\_\_\_

Bilirrubina: \_\_\_\_\_

Pruebas de funcionamiento hepático: \_\_\_\_\_

B. H. : \_\_\_\_\_

Electrolitos séricos:

CL: \_\_\_\_\_

Na: \_\_\_\_\_

K: \_\_\_\_\_

P: \_\_\_\_\_

Mg: \_\_\_\_\_

Proteínas: \_\_\_\_\_

Ca: \_\_\_\_\_

Fármacos específicos: \_\_\_\_\_

**3. Necesidad de eliminación:**Subjetivo:

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_ Características de las heces:

Orina: \_\_\_\_\_ Menstruación: \_\_\_\_\_

Antecedentes de afecciones renales, hemorragias u otras: \_\_\_\_\_

Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina: \_\_\_\_\_

Presencia de hemorroides: \_\_\_\_\_

Dolor al evacuar: \_\_\_\_\_ Prurito: \_\_\_\_\_ Sangrado: \_\_\_\_\_

Dolor al orinar: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Características del abdomen (ruidos intestinales): \_\_\_\_\_

Estomas: \_\_\_\_\_ Auscultación del abdomen: \_\_\_\_\_

Palpación, percusión del abdomen: \_\_\_\_\_

Palpación de vejiga urinaria: \_\_\_\_\_ Volumen urinario:

Características de la orina: \_\_\_\_\_

Características de las evacuaciones: \_\_\_\_\_

Presencia de edema: \_\_\_\_\_ Catéteres de drenaje: \_\_\_\_\_

Resultados de laboratorio:

E. G. O.: \_\_\_\_\_

Urea: \_\_\_\_\_

Creatinina: \_\_\_\_\_

BUN: \_\_\_\_\_

Osmolaridad sérica: \_\_\_\_\_

Coproparasitoscópico: \_\_\_\_\_

Coprocultivo: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**4. Necesidad de moverse y mantener buena postura.**Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_

Ejercicio, tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_

Uso de prótesis y ortesis: \_\_\_\_\_

Objetivo:Nivel de conciencia: \_\_\_\_\_  
Estado del sistema neuro-muscular y esquelético (estado del sistema nervioso): \_\_\_\_\_

Fuerza: \_\_\_\_\_ Tono: \_\_\_\_\_ Motricidad: \_\_\_\_\_

Sensibilidad: \_\_\_\_\_ Postura: \_\_\_\_\_

Ayuda para la deambulaci3n: \_\_\_\_\_

Presencia de temblores: \_\_\_\_\_

Como influyen las emociones en la movilidad y postura: \_\_\_\_\_

Resultados de laboratorio:

Otros: \_\_\_\_\_

Patr3n de rehabilitaci3n espec3fico de acuerdo al caso: \_\_\_\_\_

F3rmacos espec3ficos: \_\_\_\_\_

**5. Necesidad de Descanso y sue1o**Subjetivos:

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sue1o: \_\_\_\_\_

Siesta: \_\_\_\_\_ Alteraci3n del sue1o: \_\_\_\_\_

¿A que considera que se deba la alteraci3n del sue1o?: \_\_\_\_\_

¿Se siente cansado al levantarse?: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Actitud: Ansioso: \_\_\_\_\_ Angustiado: \_\_\_\_\_ Irritable: \_\_\_\_\_

Ojeras: \_\_\_\_\_ Atenci3n: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_

Concentraci3n: \_\_\_\_\_ Apat3a: \_\_\_\_\_ Cefalea: \_\_\_\_\_

Respuesta a est3mulos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_ F3rmacos espec3ficos: \_\_\_\_\_

**6. Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas:**Subjetivo:

Elige su vestuario en forma personal: \_\_\_\_\_ Necesita ayuda  
 para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_  
 Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos: \_\_\_\_\_  
 Utiliza pañal: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Acepta el uso de bata hospitalaria: \_\_\_\_\_  
 Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

**7. Necesidad de Termorregulación:**Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_  
 Temperatura ambiental que le es agradable: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Temperatura corporal: \_\_\_\_\_ °C  
 Características de la piel: Fría: \_\_\_\_\_ Caliente: \_\_\_\_\_ Húmeda: \_\_\_\_\_  
 Transpiración: \_\_\_\_\_  
 Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

Resultados de laboratorio:

Pruebas febriles: \_\_\_\_\_  
 Urocultivo: \_\_\_\_\_  
 Hemocultivo: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_  
 Fármacos específicos: \_\_\_\_\_

**8. Necesidad de higiene y protección de la piel:**Subjetivo:

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: \_\_\_\_\_  
 Cuantas veces se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_  
 Aseo de manos, antes y después de comer: \_\_\_\_\_  
 Después de eliminar: \_\_\_\_\_ Cada cuanto realiza corte de uñas: \_\_\_\_\_  
 Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos: \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Aspecto general con relación a su higiene: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_ presencia de halitosis: \_\_\_\_\_

Higiene y características de las uñas: \_\_\_\_\_

Aseo del pelo y cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

Lesiones dedicas, úlceras por decúbito: \_\_\_\_\_ Intervención  
quirúrgica: \_\_\_\_\_ micosis: \_\_\_\_\_

Puntos de presión en salientes óseas: \_\_\_\_\_ zona de

injerto: \_\_\_\_\_ Lesión por quemaduras (espesor): \_\_\_\_\_

% S. C. Q.: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

Anotar en el diagrama el sitio de ubicación de la lesión dérmica:

**CLAVES:**

- o Herida quirúrgica
- o (Tipo de incisión)
- o Úlcera por decúbito
- o Bolsa de drenaje
- o Quemadura
- o Micosis
- o Injerto
- o Presión en salientes óseas

Fármacos específicos: \_\_\_\_\_

**9.- Necesidad de evitar peligros:****Subjetivo:**

¿Vive solo o con su familia? \_\_\_\_\_

¿Conoce las medidas de prevención de  
accidentes? \_\_\_\_\_

En caso de ser afirmativo, menciones cuales:

Hogar: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Vía pública: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

¿Realiza controles periódicos de salud cada año? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Como canaliza las situaciones de tensión en  
la vida diaria? \_\_\_\_\_

Autoconcepto, autoimagen, autoestima: \_\_\_\_\_

Mencione las causas que considera le pueden provocar peligro:  
 dificultad para: escuchar: \_\_\_\_\_ hablar: \_\_\_\_\_  
 Ver: \_\_\_\_\_ desplazarse: \_\_\_\_\_ uso de aparatos  
 ortopédicos: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
Objetivo: \_\_\_\_\_

Afecciones corporales detectadas y grado de afección: \_\_\_\_\_

Métodos invasivos: \_\_\_\_\_  
 Condiciones del ambiente de la unidad del paciente: iluminación: \_\_\_\_\_  
 Ventilación: \_\_\_\_\_  
 Humedad de piso: \_\_\_\_\_ Higiene: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_  
 Fármacos específicos: \_\_\_\_\_

### **10.- Necesidad de comunicarse:**

Subjetivo:  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ años de relación: \_\_\_\_\_  
 Vive con: \_\_\_\_\_ causas de preocupación, estrés:  
 \_\_\_\_\_ ¿manifiesta estas preocupaciones? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ¿A quien? \_\_\_\_\_

Rol en la estructura familiar: \_\_\_\_\_  
 ¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo pasa solo? : \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene contactos sociales en la actualidad? \_\_\_\_\_  
 ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

Objetivo:  
 Habla claro: \_\_\_\_\_ Confuso: \_\_\_\_\_ dificultad en la  
 visión: \_\_\_\_\_ Dificultad en la audición: \_\_\_\_\_  
 Comunicación verbal/no verbal: \_\_\_\_\_  
 Con la familia: \_\_\_\_\_ otras personas significativas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

### **11.- Necesidad de vivir según creencias y valores:**

Subjetivo:  
 Creencias religiosas: \_\_\_\_\_ ¿sus creencias le  
 generan conflictos personales? \_\_\_\_\_ ¿De que  
 tipo? \_\_\_\_\_

Principales valores personales: \_\_\_\_\_

¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir? \_\_\_\_\_  
 ¿que creencias tiene acerca de la vida y la muerte? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Hábitos específicos de vivir (grupo social. Religioso): \_\_\_\_\_

¿permite la exploración física? : \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene algún objeto indicativo, de valores o creencias? \_\_\_\_\_

¿Demanda la atención de un guía espiritual? \_\_\_\_\_  
 otros: \_\_\_\_\_

### **12.- necesidad de trabajar y realizarse:**

**Subjetivo:**

Fuente de ingreso: (jubilado, pensionado, otro) \_\_\_\_\_  
 ¿que actividades le hacen sentirse útil y satisfecho? \_\_\_\_\_

¿Como influye en su estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Estado emocional del paciente, calmado: \_\_\_\_\_ ansioso: \_\_\_\_\_

Enfadado: \_\_\_\_\_ retraído: \_\_\_\_\_

temeroso: \_\_\_\_\_ irritable: \_\_\_\_\_

Inquieto: \_\_\_\_\_ eufórico: \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

### **13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:**

**Subjetivo:**

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

¿Como influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación? \_\_\_\_\_

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

¿Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas? \_\_\_\_\_

¿Rechaza las actividades recreativas? \_\_\_\_\_

¿Se observan cambios en el estado de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas? \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

#### **14.- Necesidad de aprendizaje:**

##### Subjetivo:

Grado académico: \_\_\_\_\_ problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_  
limitación cognitiva: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ preferencias: leer \_\_\_\_\_  
escribir: \_\_\_\_\_ ¿Conoce, utiliza las

fuentes de apoyo de aprendizaje? \_\_\_\_\_

¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud? \_\_\_\_\_

otros: \_\_\_\_\_

##### Objetivo:

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje? \_\_\_\_\_

Estado de los órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_

¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje? \_\_\_\_\_

Ansiedad: \_\_\_\_\_ dolor: \_\_\_\_\_

Apatía: \_\_\_\_\_ estado de la memoria reciente: \_\_\_\_\_

remota: \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_