



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

CUIDADOS A UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN DE LA  
OXIGENACIÓN POR INFECCIÓN CRÓNICA Y PROBLEMA METABÓLICO.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

**LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

MARIA ALEJANDRA SANTIAGO MEJIA

No. DE CUENTA: 407120965

DIRECTORA DEL TRABAJO

MTRA. MARGARITA CÁRDENAS JIMÉNEZ

MÉXICO, D.F.

2011



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.

## INDICE

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	6
I. OBJETIVOS	7
II. METODOLOGIA	8
III. MARCO TEORICO	10
1. Conceptualización del Cuidado	10
1.1 Evolución Teórica	11
1.2 Tendencias de las Teorías de Enfermería	12
2 Modelo de Virginia Henderson	18
2.1 Modelo de atención de Enfermería	20
2.2 Necesidades Básicas del modelo de Virginia Henderson	21
2.3 Necesidades Básicas de Virginia Henderson	24
3. Proceso de Enfermería	
3.1 Características del proceso de enfermería	26
3.2 Etapas del proceso de enfermería	27
4. Problema de salud.	35
4.1 Tuberculosis	35
4.2 Diferencia entre infección y enfermedad tuberculosa	37
4.3 Manifestaciones clínicas y exploración física	38
4.4 Diagnostico	39
4.5 Estudio microbiológico	40

IV	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA	43
	1. Presentación de caso clínico	43
	2. Diagnósticos	45
	3. Plan de cuidado	48
V	EVALUACION	56
VI	PLAN DE ALTA	57
VII	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	58
	ANEXOS	59
	a) Diagnósticos de enfermería	60
	b) Formato de valoración	65
	c) Plan de alimentación	74
	BIBLIOGRAFIA	78

## INTRODUCCION

La enfermería es una disciplina que ha evolucionado a través de los años de acuerdo a los acontecimientos históricos, sociales, políticos, científicos y tecnológicos.

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es la de utilizar un método propio para resolver los problemas de su competencia, la enfermería como cualquier otra profesión debe cumplir con este requisito para consolidarse como parte de la comunidad científica profesional.

Es por ello que surge el proceso de enfermería el cual constituye un método para dar cuidado, permite, identificar, individualizar y satisfacer las necesidades reales y potenciales de la persona, familia y comunidad, en condiciones de salud o enfermedad y en todas las etapas de la vida.

El proceso de enfermería es el método propio del cuidado que permite aplicar un pensamiento crítico lógico y reflexivo llevando a cabo la valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación.

En este proceso de proceso atención de enfermería se aplicó con el modelo de Virginia Henderson a una persona de 61 años de edad con tuberculosis pulmonar Multidrogoresistente atendido en el Centro de Salud Urbano Tenancingo quien también presentó aislamiento, por desconocer el mecanismo de transmisión de su enfermedad.

La importancia de aplicar este proceso atención de enfermería a esta persona es principalmente porque se trata de un adulto mayor que presenta aislamiento para evitar contagio, es por ello que considero primordial proporcionar cuidados que le permitan lograr afrontamiento, independencia y satisfacer sus necesidades.

El presente trabajo está integrado por el marco teórico, el cual contiene aspectos generales de enfermería; el proceso atención enfermería, sus orígenes, y las etapas que lo conforman. Se presenta el modelo de Virginia Henderson integrado con las 14 necesidades básicas, completadas bajo las dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas, espirituales y culturales.

Así mismo se describe la patología de la Tuberculosis, medios de transmisión, manifestaciones clínicas, exploración física y diagnóstico.

Posteriormente se presenta la aplicación del proceso de enfermería integrado por sus cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Al final del proceso de enfermería se procede a realizar el plan de alta de la persona, con los objetivos alcanzados e integrándolo con su familia y la sociedad.

## JUSTIFICACION

La enfermera como otros profesionales y especialistas en salud, tiene y comparte el compromiso de ayudar a que las personas logren una vida plena y saludable.

Con su método, procedimientos y capacidad de aplicar el conocimiento científico de diversas disciplinas, tiene la obligación de contribuir a la innovación de servicios especializados que mejor atiendan a las necesidades humanas fundamentales.

La realización del Proceso de Enfermería, nos permite como enfermera profesional, integrar los conocimientos teóricos y científicos en la planeación ideal de la atención en las personas, con el profesionalismo y ética que nos identifica y así lograr en las personas una mejor calidad de vida.

El propósito del Proceso de Enfermería, es constituirse en un método que permita identificar, individualizar y satisfacer las necesidades reales y potenciales de la persona, familia y comunidad en condiciones de salud o enfermedad y en todas las etapas de la vida.

El modelo de Virginia Henderson es el que mejor se adapta a nuestro contexto sociocultural, porque se centra en nuestra función propia de la enfermera entendida como una manera profesional de comprender las necesidades del ser humano y puede ayudarlo a solucionarlas y llevar su vida de forma tan normal y productiva como sea posible, incluso durante su enfermedad.

## I. OBJETIVOS

### Objetivo General

Aplicar el proceso de Enfermería con base en la propuesta de Virginia Henderson a una persona con alteración en la necesidad de oxigenación por proceso infeccioso crónico y alteración metabólica

### Objetivos Específico.

- Proporcionar de forma integral cuidados de enfermería con calidad y calidez a una persona con problemas de oxigenación.
- Adquirir la habilidad para realizar diagnósticos de enfermería a través de la detección de necesidades como el establecimiento de prioridades.
- Realizar el plan de cuidados a una persona con un proceso infeccioso y alteración metabólica.
- Evitar el contacto directo con las personas a su alrededor por el proceso infeccioso que cursa.
- Favorecer la comunicación con sus familiares, para evitar el aislamiento.



## II. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el presente proceso de enfermería se eligió un adulto mayor de sexo masculino de 61 años de edad con problemas de oxigenación y aislamiento esto a causa de secuelas de una tuberculosis pulmonar resistente.

El Sr. M.T.B. acude diario al centro de salud urbano Tenancingo por su medicamento, ahí se contacta a la persona y se le solicita su autorización verbal para la valoración según el modelo de Virginia Henderson con el fin de utilizar de forma activa las etapas del proceso de enfermería.

La valoración se obtuvo por medio de la entrevista y el examen físico a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación, apoyándose en la aplicación de habilidades técnicas, prácticas y de pensamiento crítico; con el fin de obtener los hechos necesarios para identificar los problemas de salud y necesidades del Sr. M.T.B.

Se realizó el análisis y síntesis de los datos obtenidos durante la valoración que nos llevara a emitir un juicio para identificar, validar y tratar de forma independiente los problemas de salud, o lo que es lo mismo especificar los diagnósticos de enfermería en los cuales se tendrá una intervención autónoma.

La planificación de los cuidados se inició con la determinación de las prioridades incluyendo la formulación de objetivos y establecimientos de las actividades de enfermería que nos ayuden a alcanzar dichos objetivos.

Una vez realizada la planificación, se efectuó la ejecución la cual consiste en dar una propuesta práctica del plan de cuidados. Al final

realicé la evaluación del logro de los objetivos establecidos que nos permiten adecuar las actividades de enfermería y programar el plan de alta.

La aplicación de la cedula de valoración, se realizo durante cuatro visitas programadas en día miércoles con una duración de dos horas de 10:00 am a 12:00 pm una cada semana, al concluir la evaluación se da de alta al Sr. M.T.B.

### III.- MARCO TEÓRICO

#### 1. Conceptualización del cuidado

En la historia de todos los seres vivos desde el principio de la humanidad, es fundamental asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta lo que es indispensable para asumir las funciones vitales y recursos energéticos; de ahí la necesidad de alimento, protección contra las inclemencias del frío o calor, por medio de la ropa o el refugio queda lugar poco a poco al alojamiento.<sup>1</sup>

En el curso de la historia de la humanidad en todas las sociedades los cuidados están relacionados con las necesidades de favorecer la fecundidad, y de asegurar la continuidad de la vida mientras que los tratamientos responden a la lucha contra la muerte. Sin embargo, la vida y la muerte no están disociadas, la vida es el camino que conduce a la muerte que constituye la última etapa.<sup>2</sup>

“Cuidar es primero y ante todo un acto de VIDA, en el sentido de que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta se continúe y se reproduzca...”<sup>3</sup>

“Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales...”<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Bernal. B, Pineda, *Origen de las Practicas de Cuidados*, su influencia en la práctica de enfermería, ENEO-UNAM Mexico.1996 p.19

<sup>2</sup> Collier, M.F. *Encontrar el sentido original de los cuidados*, 1999, p.28

<sup>3</sup> Collier, M.F. *Promover la vida*, 2ª edición, México, McGraw-Hill

<sup>4</sup> Idem

En la edad adulta se pueden llegar a recibir cuidados en determinadas circunstancias, pero estas mismas personas serán proveedoras de cuidados, aportaran su contribución a los cuidados por medio de familia y del ejercicio profesional.<sup>5</sup>

### 1.1. Evolución Teórica

La enfermería desde su origen fue considerada como una ocupación basada en la experiencia practica y el conocimiento común y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esto nace con la primera teoría de enfermería.

Enfermería es una ciencia joven, no olvidemos que la primera teoría de Enfermería es la de Florence, y a partir de ahí nacen nuevos modelos. Cada modelo aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado.<sup>6</sup>

En 1852 Florence Nightingale en su libro "Notas de Enfermería" sentó la base de la enfermería profesional, ella intentó definir cuál era la aportación específica de la enfermería al cuidado de la salud.

De 1950 a 1960 se formo una corriente de opinión para buscar cuales eran los fundamentos de la profesión.

De 1850 y 1950 existe un escaso desarrollo teórico influenciado por:

---

<sup>5</sup> Idem

<sup>6</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias1.htm> consultado el 11 de diciembre 2010

- ✚ El matiz femenino y religioso de la profesión, en esa época la mujer no era introducida en el estudio de la ciencia.
- ✚ Escasa formación científica, solo se limitaba a realizar actividades delegadas de sus superiores.
- ✚ Nivel de estudios previos a la formación de enfermera eran bajos.
- ✚ La situación sociopolítica de los países y las continuas guerras.
- ✚ El desarrollo espectacular de la medicina, la atención se centra en el médico y olvidan al paciente.

## 1.2 Tendencias de las Teorías de Enfermería.

El marco teórico conceptual de la enfermería es el marco que encuadra y delimita la existencia de una determinada forma de actuar, trata de guiar la acción profesional en la función asistencial, docente administrativa e investigadora la cual está constituida por ideas y conceptos inherentes a la propia disciplina y seleccionados entre otras áreas o disciplinas de la ciencia.

Los elementos que integran el marco conceptual de la enfermería y están en todas las teorías y modelos son; la persona, la salud, el entorno y el rol profesional de enfermería.

Tendencia Naturista.- también conocida como ecologista por los conceptos formulados de Florence N. que enfoca los cuidados de enfermería como facilitadores de la acción que la naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

Tendencia de suplencia o ayuda.- los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem, estas autoras coinciden el papel de la enfermera como la realización de las

acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital, fomentando el auto cuidado por parte del paciente.

Tendencia de Interrelación.- en este grupo se incluyen los modelos de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Levine, ellas usan como base fundamental para la actuación de enfermería el concepto de relación interpersonal enfermera-paciente o la relación paciente- ambiente.<sup>7</sup>

Algunas teóricas que es importante referir en relación a las tendencias anteriores son las siguientes:

#### Florence Nightingale

Nace en Florencia el 12 de mayo de 1820 y muere en Londres en 1910, es la madre de la enfermería moderna, crea el primer modelo conceptual de enfermería. En 1854 ofreció sus servicios en la guerra de Crimea y con un grupo de enfermeras voluntarias se presentó en los campos de batalla, siendo la primera vez que se permitía la entrada de personal femenino en el ejército británico. Su brillante labor consiguió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyó a corregir los problemas de saneamiento.

En 1856 enfermó de cólera y tuvo que regresar a Londres, donde fundó una escuela de enfermeras, es ahí donde recibe el nombre de la creadora de la enfermería moderna. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente, partiendo de la acción

---

<sup>7</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias1.htm> consultado el 11 de diciembre 2010

que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él. Su teoría se centró en el medio ambiente, ya que ella creía que un entorno saludable era necesario para aplicar los cuidados adecuados de enfermería. Afirmó que existen 5 puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas. El aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz.<sup>8</sup>

Florence Nightingale definía a la enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud y define que la salud es no solamente estar bien, sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos.

Dorotea Orem

Define el objetivo de la enfermería como "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad." Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda; actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.<sup>9</sup>

El concepto de auto cuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de la salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados y otorga protagonismo al sistema de preferencia del sujeto.

---

<sup>8</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias1.htm> consultado el 11 de diciembre 2010

<sup>9</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm> consultado el 11 de diciembre 2010

Los métodos que propone, se basan en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente son: actuar en lugar de la persona, ayudar u orientar a la persona ayudada, apoyar física o psicológicamente a la persona ayudada, promover un entorno favorable al desarrollo personal, enseñar a la persona que se ayuda.

Ella define a la persona como; un ser humano como organismo biológico, racional y pensante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de auto cuidado y el cuidado independiente.

La salud, la describe como integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

La enfermería; la define como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo, acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.<sup>10</sup>

Hildegarde Peplau

Nació en 1909, en Pensilvania, colaboró en el desarrollo del campo de la enfermería psiquiátrica dado su perfil profesional y formativo.

---

<sup>10</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm> consultado el 11 de diciembre 2010



Sus fuente teórica la centró en la biología y en las ciencias conductuales y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales, se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinamica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás y así aplicar los principios de las relaciones humanas.

En su obra "Relaciones interpersonales en enfermería" ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermo durante el "proceso interpersonal" al que define como terapéutico y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. Mientras este reciba cuidadosa, la meta de la enfermería, por tanto deberá ser puntual hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos.

Para Peplau, "la enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria".

Describe cuatro fases para conceptualizar el proceso de interrelación personal; orientación, identificación, aprovechamiento y resolución, probablemente fue la primera que desarrollo un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento, esto permitió que las enfermeras ampliaran su campo de intervención, definiendo el modelo, en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos pudieran ser explotados e incorporados a las intervenciones de la enfermería.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias4.htm> consultado el 11 de diciembre 2010

## Callista Roy

Nació en los Ángeles en 1939 y se graduó en 1963, desarrolló la teoría de la adaptación ya que en su experiencia en pediatría quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños. Ella utilizó dos teorías básicas que fueron; la de los sistemas y evolucionista.

Considera al hombre como un ser bio-psico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante. El hombre es un complejo sistema biológico que trata de adaptarse a cuatro aspectos de la vida que son; la filosofía, la autoimagen, la del dominio del rol y la de interdependencia.<sup>12</sup>

Roy establece que las enfermeras para cumplir su objetivo de promover la adaptación en las cuatro áreas antes mencionadas deben realizar dos tipos de acciones que son la valoración y la intervención.

## Martha Rogers

Nació en Dallas en 1914, se diplomó en enfermería en 1936, las bases teóricas que influyeron en su modelo son; teorías de los sistemas y teoría física electrodinamismo.

Define la función de enfermería como la ciencia humanitaria y arte, donde sus actividades son encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación de los enfermos e incapacitados, para ello se intervendrá sobre la totalidad del hombre, grupo y entorno.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias5.htm> consultado el día 11 de diciembre 2010

<sup>13</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias6.htm> consultado el día 11 de diciembre 2010

Para Roger, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y de hacer elecciones que le permitan desarrollar su potencial.

## 2. Modelo Teórico de Virginia Henderson

Nació en 1897 en Kansas (Missouri). Inicia sus estudios en 1918 a la edad de 21 años en la escuela de enfermería del ejército en Washington D. C., en 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. Para 1922 inicia su carrera como docente y en 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y la Maestría en arte en 1934.

De 1948 hasta 1953 realiza la revisión de la 5ª edición del *Textbook of the Principles and Practice of nursing*, de Bertha Harmer, publicado en 1939 que le hizo realizar su postura para definir la enfermería en términos funcionales.

En su práctica docente y de las observaciones en su experiencia clínica sobre las necesidades de las persona, intercambió su punto de vista sobre lo que es y lo que no es la enfermería.

En 1959, Orlando propuso una definición provisional que impactó en el pensamiento de Henderson que a la letra dice "la función principal de la enfermera es capacitar a los pacientes para utilizar las medidas sanitarias disponibles o descritas" esta influyó de manera determinante

en Henderson para definir la enfermería y sobre esto también definió la concepción de la relación enfermería-persona.<sup>14</sup>

Otra fuente de influencia para Henderson fue Ernestina Wiedenbach, de quien consideró que las funciones de una enfermera dependen de su filosofía, o manera de ver o interpretar el mundo que nos rodea para cuidar a las personas.

Al correr de los años, en las décadas de los 30 a los 50 Henderson se enfocó en el trabajo del Dr. Edward Thorndike, psicólogo conductista, estadounidense contemporáneo.

Otras dos fuentes de influencia para Henderson son las de Caroline Stackpole profesora de fisiología quién le inculcó la importancia de mantener un equilibrio fisiológico y de Jean Broadhurst quien fue su profesora de microbiología, inspiró a Henderson en la importancia de la higiene y la asepsia.

De ahí la propuesta de las 14 necesidades en las dimensiones y su complementariedad en las dimensiones psicológicas, biofisiológicas, y psicosocioculturales y espirituales. Con esta perspectiva, Henderson no pretendió construir una teoría de enfermería, si un modelo, una visión única de la enfermería y propuso una definición funcional así como determinó que la enfermería es un arte.

---

<sup>14</sup> Balan G.C. Franco O.M, *Caracterización de la Filosofía de Virginia Henderson*, México, ENEO-UNAM 2010, libro electrónico. P.13

## 2.1 Modelo de Atención de Enfermería

Con referencia al arte de enfermería, este se relaciona con el componente estético del conocimiento disciplinar, es decir, es la extensión del significado de una expresión, de manera singular, particular y subjetiva, proyectando toda la imaginación posible en el acto de cuidar. El arte de enfermería se hace visible a través de las acciones del cuidado, las actitudes y las interacciones que hace la enfermera, en respuesta a las demandas de la persona que atiende.

En 1961 Henderson define a la enfermería en términos funcionales como *“la función singular de una enfermera es asistir al individuo enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyan a su salud o su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.”*<sup>15</sup>

Henderson sostiene que el cuidado está centrado en la independencia de la persona y en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Con estos elementos organizados en la estructura teórica de las necesidades, en la cual representó la realidad de la enfermería, Henderson constituyó un modelo conceptual. Desde el punto de vista disciplinar, configuró conceptos que constituyen la representación mental de las principales dimensiones de la disciplina de enfermería, es decir, las formas de ver la realidad profesional.

---

<sup>15</sup> Balan G.C. Franco O.M, *Caracterización de la Filosofía de Virginia Henderson*, México, ENEO-UNAM 2010, libro electrónico. P.14

Henderson fue una de las primeras enfermeras teóricas que delimitó las áreas de competencia médica y de enfermería, se pueden describir como:

- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales
- Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
- La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle.<sup>16</sup>

En las premisas que sostienen el modelo de Henderson encontramos que el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. En el modelo de Henderson, las proposiciones son las siguientes:

- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- La persona requiere la independencia y se esfuerza para lograrla.
- Cuando la persona no está satisfecha, la persona no es un todo.

## 2.2 Necesidades Básicas

Henderson no define explícitamente este constructo, para ello el significado de necesidad no tiene el significado de carencia o problema, sino de requisito y aunque algunas necesidades podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todas las considera fundamentales o indispensables para mantener la integridad como

---

<sup>16</sup> Phaneuf. M, *El proceso de Atención de Enfermería*, México, Interamericana, Mac Graw-Hill Pp.28-29

persona, en armonía con todas las dimensiones del ser humano: biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual, para mantener un equilibrio como un todo. Todas las necesidades se relacionan entre sí, de tal modo que si no se considera alguna de ellas en la interrelación, se niega la totalidad de la persona, por tanto, existe una doble conceptualización de las necesidades como requisito y como elemento integrador, por lo que debe tenerse en cuenta que las necesidades son universales, a la vez que específicas, porque se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona.

Las catorce necesidades básicas, como las plantea Virginia Henderson, son las siguientes:

- 1) Oxigenación.
- 2) Nutrición e hidratación.
- 3) Eliminar por todas las vías corporales.
- 4) Moverse y mantener una posición adecuadas.
- 5) Sueño y descanso.
- 6) Usar prendas de vestir adecuadas.
- 7) Termorregulación.
- 8) Mantener la higiene.
- 9) Evitar los peligros del entorno.
- 10) Comunicarse con otras personas.
- 11) Vivir según sus valores y creencias.
- 12) Trabajar y sentirse realizado.
- 13) Participar en actividades recreativas.
- 14) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Otras afirmaciones teóricas de la propuesta de Henderson son:

Los profesionales de enfermería trabajan de manera independiente con otros profesionales de la salud, las funciones de enfermería son independientes del médico, sin embargo utiliza un plan de cuidados en colaboración con él.<sup>17</sup>

En las afirmaciones teóricas, la autora identifica tres formas de actuación de la enfermera.

- La enfermera como sustituta: esta forma de actuar se da cuando la persona no puede realizar por ella misma las actividades de la vida diaria, sustituye las carencias de la persona, debido a la falta de fuerza física, voluntad y conocimiento, por tanto es dependiente, como el caso de una persona grave; Henderson afirma que la enfermera es temporalmente, la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiados débiles o privados del habla, etc.
- La enfermera como ayudante: participa con las personas a recuperar su independencia, estableciendo las intervenciones como el medio para lograrla.
- La enfermera como compañera de la persona: fomenta la relación terapéutica con las personas que requieren de su intervención, supervisa y asesora, pero es él quien realiza su propio cuidado, aunque forman juntos un plan de asistencia.

---

<sup>17</sup> Balan G.C. ,Franco O.M, *Caracterización de la Filosofía de Virginia Henderson*, México, ENEO-UNAM 2010, libro electrónico. P.18



- La relación enfermera-médico: en esta aseveración afirma que tiene una función distinta a la del médico, aunque su trabajo es en colaboración.
- Relación enfermera-equipo de salud: todos los profesionales de la salud se ayudan mutuamente para que las personas, familias y comunidades logren su independencia.

### 3. Proceso de Enfermería

La enfermería se basa en un amplio marco teórico que incluye aspectos filosóficos, éticos, humanísticos, espirituales, sociales, económicos y políticos, en un contexto social histórico determinado. En este sentido, el Proceso de Atención de Enfermería es el método a través del cual se aplica este marco teórico a la práctica, como es el caso del marco teórico que incluye los conceptos que se pueden identificar en la definición de Enfermería de Henderson.<sup>18</sup>

El método se concibe como una serie de pasos ordenados sistemáticamente para lograr un fin determinado. En la secuencia de pasos, se constituyen los conocimientos sobre el marco conceptual, la actuación de enfermería, así como la aplicación en su dimensión práctica. También se considera que el proceso de atención enfermería es un procedimiento metódico de intervención práctica que permite, después del análisis de una situación de salud de una persona, familia o comunidad, intervenir en forma eficiente con la finalidad de conseguir los resultados esperados en la satisfacción de las necesidades básicas.

---

<sup>18</sup> Balan G.C. Franco O.M, *Caracterización de la Filosofía de Virginia Henderson*, México, ENEO-UNAM 2010, libro electrónico. P.19

El proceso del cuidado tiene implicaciones en la relación interpersonal que se da entre la persona que se cuida y la enfermera, siendo la persona el centro de interés. El proceso de atención enfermería es dinámico, interactivo, flexible en cada uno de sus cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; con el enfoque organizado de una base teórica se proporcionan cuidados de calidad, que incluye una amplia base de conocimientos de las ciencias de la salud y las humanidades por lo que se puede aplicar este método como eje para el cuidado en cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

El proceso de enfermería constituye un método para dar cuidado, ya que es un modo ordenado de proceder que se rige según ciertas reglas, y utiliza un procedimiento adecuado para el plano en el que se mueve: conocimiento, actuación y producción y es aplicado para alcanzar un fin determinado, a través de constituirse como una guía o camino, que alude a una serie de pasos ordenados y sistematizados, para otorgar cuidado a la persona de una manera racional lógica y sistemática; el proceso está compuesto por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

El propósito del proceso de enfermería es constituirse en un método que permite identificar individualizar y satisfacer las necesidades reales y potenciales de la persona, familia y comunidad, en condiciones de salud o enfermedad y en todas las etapas de la vida.

El desarrollo y aplicación del proceso de Enfermería por las enfermeras en la práctica profesional, habla de conocimiento y avance disciplinar, por lo tanto, su aplicación en la práctica profesional constituye una necesidad, un compromiso y una

responsabilidad. Representa también la oportunidad de validar la teoría de enfermería, así como las diferentes tecnologías de cuidado, ya que es la práctica, el espacio donde se crea y recrea el conocimiento de enfermería, que es a su vez quien retroalimenta y valida la fase teórica y epistemológica en la construcción disciplinar.

### 3.1 Características del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería tiene cuatro características que son:

*Sistemático.*- ya que como método de intervención y de solución de problemas, se organiza en 5 etapas las cuales mantienen un orden que permite que se lleven a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo además de otorgar seguridad y certidumbre.

*Dinámico.*- a medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia adelante entre los distintos pasos de proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

*Humanístico.*- se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados, debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu. Nos debemos esforzar por comprender los problemas de salud de cada persona y el impacto del mismo para mantener el bienestar de la persona en su capacidad para las actividades de la vida diaria.

*Centrado en los Objetivos o Resultados.*- los pasos del proceso están diseñados para centrar la atención en si la persona demanda los cuidados de salud, obtiene los mejores resultados de la manera mas eficiente. Los requerimientos específicos de documentación proporcionan los datos claves que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situaciones similares.

Por otra parte, la aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones en la profesión, el enfermo y el profesional de enfermería. Además, permite sistematizar el campo de actuación del profesional de enfermería y definir su papel ante los usuarios del servicio y otros profesionales sanitarios, pues se trascienden las funciones dependientes e interdependientes. Además, adoptar un método de trabajo unificado permite el establecimiento de normas y la realización de estudios sobre el campo del saber y del hacer en la profesión de enfermería y permite hacer auditoría mediante el examen de los cuidados de enfermería proporcionados y su comparación con los estándares o normas.

### 3.2 Etapas del proceso de enfermería

Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente es indispensable establecer una serie de pautas que en su conjunto, constituye el Proceso Atención de Enfermería.

Se trata de un proceso continuo, pero integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tengan como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.

Tales etapas aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

El Proceso de enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.<sup>19</sup>

### Valoración

En la etapa de valoración se genera por un lado, la recepción de datos el análisis e interpretación de los mismos para determinar las necesidades de la persona y por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y evaluación global.

La valoración de enfermería es un método sistemático que recolecta determinados datos acerca de la persona y que sigue un esquema.

- a) Valoración inicial: Los datos de la persona los obtiene el profesional de enfermería cuando este ingresa por primera vez a un hospital facilitando la planificación de cuidados de enfermería.
- b) Valoración progresiva: La valoración se debe a un proceso continuo y en consecuencia no debe terminar con los datos recabados al ingreso de la persona.

---

<sup>19</sup> Balan G.C., Franco O.M., *Proceso de Enfermería*, México, ENEO-UNAM 2010, libro electrónico

Tan importante es un enfoque planificado y organizado para la valoración progresiva como para la valoración inicial.

La etapa de valoración constituye un proceso que está integrado por:

- a) Obtención de datos, pueden ser de forma subjetiva (síntomas) que son obtenidos a través de una fuente primaria (persona, familia) el medio para obtener esta información es la entrevista la cual requiere de la enfermera principalmente el desarrollo y aplicación de la habilidad interpersonal y de su capacidad analítica y sintética, y Objetiva (signos) siempre se obtiene de una fuente directa que es la exploración física, en ella realizaremos un examen sistemático de la persona con la finalidad de encontrar evidencia física de capacidad o incapacidad funcional esta se realiza de cabeza a pies, aparatos y sistemas, observación, percusión, auscultación, palpación así como somatometria y signos vitales.
- b) Validación de Datos, aquí el objetivo es asegurar que la información obtenida esté completa y sea verídica, ya que de no ser así el proceso tiene el riesgo de no ser valido ni capaz de alcanzar los resultados esperados.
- c) Organización y Análisis de Datos, consiste en agrupar los datos en categorías que ayuden a identificar los problemas de salud real o potenciales. No olvidemos que esta información depende de los conocimientos y destrezas de la enfermera durante la entrevista.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Berman, Snidey, Kozier, Erb, *Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Procesos y Practica*, Madrid 2008, Pearson Prentice Hall Cap. 11

La etapa inicial del proceso de enfermería, de cuya correcta complementación depende en buena parte su desarrollo global, corresponde a la recepción de datos. Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista aplicada a la persona así como toda fuente de información disponible, se pretende realizar un inventario de todo aquello que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Se intenta investigar tanto como sea posible, sobre la persona, su familia y su entorno a fin de poder identificar sus necesidades problemas y preocupaciones.

### Diagnóstico

Corresponde a la segunda etapa del proceso, es un enunciado del problema real o potencial de la persona que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolver o disminuir. En otras palabras podríamos definirlo como "un juicio acerca del problema de una persona, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de la obtención de datos, la índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención de enfermería."<sup>21</sup>

El diagnóstico de enfermería requiere de la enfermera, toda su habilidad y capacidad de razonamiento crítico y toma de decisiones, con la finalidad de que el diagnóstico enuncie o declare la necesidades insatisfechas o problemas de la persona de la manera más concreta,

---

<sup>21</sup> Berman, Snidey, Kozier, Erb, *Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Procesos y Practica*, Madrid 2008, Pearson Prentice Hall Cap.12

completa y fidedigna. De esta etapa junto con la valoración dependen las demás etapas del proceso.

Los diagnósticos actualmente se clasifican o tipifican de acuerdo a la NANDA, en:

REAL.- representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen.

ALTO RIESGO.- es un juicio clínico de un individuo, comunidad o familia, con factores de mayor vulnerabilidad, a desarrollar problemas que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.

DE BIENESTAR.- juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad, en 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 eficaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresados por la persona o del grupo por la educación para la salud.

Un aspecto importante a considerar es la forma en que se debe estructurar un diagnóstico de enfermería, la propuesta sugerida por la NANDA es "etiqueta diagnóstica más factor relacionado más características definitorias igual a diagnósticos de enfermería."<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Berman, Snyder, Kozier, Erb, *Fundamentos de Enfermería*, Conceptos, Procesos y Práctica. Madrid 2008, Pearson, Prentice Hall Cap. 12



## Planeación

Es la tercera etapa del proceso de enfermería y consiste en planear las estrategias que la enfermera va a realizar para solucionar los problemas de salud de la persona y promover la salud.

Esta etapa incluye:

Priorización de problemas.- es donde se ordenan los diagnósticos encontrados de acuerdo a la importancia de cada uno y que por consecuencia se deben abordar primero, esto de acuerdo a las características y necesidades del propio individuo sujeto del cuidado.

Fijación de Objetivos.- en donde se plantea en forma clara y precisa, lo que se pretende lograr con la persona de acuerdo a cada diagnóstico identificado. Este deberá expresar lo que la persona debe lograr, la conducta observable que se desee o los cambios que se esperan de la situación de salud, después de haber recibido el cuidado de enfermería.

## Ejecución

Esta corresponde a la cuarta etapa del proceso, es la puesta en marcha del plan de cuidados, que incluye tres pasos:

- a) PREPARACION PARA LA ACCIÓN.- en esta etapa la enfermera determina los recursos de los que se dispone para llevar a cabo las acciones, valorar si cuenta con lo necesario para lograr los objetivos planteados en la etapa anterior, incluyendo conocimientos y habilidades y prepara todo lo necesario para realizar las acciones procurando un entorno seguro. Antes de

iniciar la enfermera debe evaluar la situación actual de la persona para asegurarse de las intervenciones sean oportunas y acordes a su estado actual.

b) REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES PLANEADAS.- aquí es donde la enfermera debe realizar una valoración continua del individuo, para asegurarse que las acciones sean oportunas, además de identificar las respuestas inmediatas a las intervenciones. La ejecución de las acciones de enfermería incluye: proporcionar un entorno seguro a la persona y mantener una valoración permanente de las respuestas. Valorar a la persona previo a la ejecución de la acción, para identificar su pertinencia y posterior a la acción para observar las respuestas inmediatas. Se deben incluir a la persona y familia para hacerlos partícipes del cuidado.

c) REGISTRO.- en esta etapa la enfermera realiza los registros correspondientes a la ejecución de los cuidados, así como las respuestas de la persona, identificando oportunamente cualquier dato esperado o no, derivado de las intervenciones de enfermería. estos registros tienen la finalidad de ser un medio de comunicación entre el mismo personal de enfermería, con todo el equipo de salud. Es por ello que se recomienda hacer las notas de manera clara, específica, completas y que expresen la realidad de la persona así como su respuesta a los cuidados.

## Evaluación

Es la fase del proceso que mide la respuesta de la persona a las acciones de enfermería y el progreso hacia la consecución de los objetivos fijados.

Esta es la última etapa del proceso, pero no por ser la última fase se debe realizar al final. La evaluación debe ser continua y tendrá que incluirse en cada una de las etapas anteriores, ya que al evaluar constantemente nos daremos cuenta de la eficacia de cada fase, o en su momento podremos establecer las medidas necesarias o ajustes para lograr los objetivos del proceso.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizado entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Esta evaluación permite conocer el logro de los objetivos, identificar si las acciones fueron oportunas y efectivas, en caso de no lograr los objetivos, permite conocer cuáles fueron las causas de dificultad, para reorientar las acciones o incluso modificar el plan de cuidados, o si es el caso, revalorar a la persona e iniciar un nuevo proceso de enfermería. Es recomendable realizar esta etapa de manera conjunta persona, familia y enfermera ya que todos pueden aportar elementos importantes cuando se analizan los resultados obtenidos con los objetivos propuestos.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Idem Cap.14

## 4. Problema de Salud

### 4.1 Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que está producida por uno de los cuatro microorganismos que integran el Complejo *Mycobacterium tuberculosis* y que son: 1. *M. tuberculosis* propiamente dicho, que produce más del 98% de la TB. 2. *M. bovis*, patógeno frecuente en humanos a principios de siglo y que prácticamente ha desaparecido desde que se pasteuriza la leche de vaca, 3. *M. Africanum*, muy parecido al primero y que como su propio nombre indica se encuentra con mayor frecuencia en el continente africano. Y 4. *M. miroti*, que fundamentalmente produce enfermedad en roedores.<sup>24</sup>

A la familia de las micobacterias pertenecen, además de los cuatro microorganismos expuestos, otros más de cien gérmenes, con escasa capacidad patógena y que principalmente se encuentran en el medio ambiente, pero que pueden ser productores de enfermedad sobre todo en enfermos severamente inmunodeprimidos. Aunque este grupo de patógenos ha recibido muchos nombres (atípicos, no humanos, distintos de *M. tuberculosis*, etc.) quizá el nombre más adecuado sea el de micobacterias ambientales (MA).

El *M. tuberculosis*, también denominado bacilo de Koch, es un microorganismo con forma de bastón curvado (bacilo) que se comporta como aerobio estricto. Su crecimiento está subordinado a la presencia de oxígeno y al valor de pH circundante. Su multiplicación es muy lenta, oscilando entre las 14 y 24 horas. Esta lenta capacidad de división, 60

---

<sup>24</sup> Cabrera N. P., Rodríguez C. F., *Manual de Enfermedades Respiratorias*. 2ª Edición 2005, España Cap. 18 Tuberculosis Pulmonar. P. 323

veces inferior a la de un estafilococo, es el origen de una clínica de muy lenta instauración.

La casi totalidad de los contagios se producen por vía aerogena. El enfermo de TB al hablar, cantar, reír, estornudar y sobre todo al toser elimina pequeñas micro gotas (en forma de aerosoles) cargadas de micobacterias. De éstas micro gotas las que tienen un tamaño inferior a los 5 micrones, pueden quedar suspendidas en el aire o ser inhaladas por un sujeto sano, progresando hasta el alveolo. Los macrófagos y los linfocitos en la mayoría de los casos logran detener la multiplicación pero en ocasiones su respuesta es insuficiente y se produce una tuberculosis que conocemos como primaria.

El potencial infeccioso de un enfermo depende de diversos factores:

- 1- Grado de extensión de la enfermedad, considerándose altamente contagiosos los enfermos con baciloscopia positiva y los portadores de radiografías con cavernas.
- 2- Severidad y frecuencia de la tos.
- 3- Uso de quimioterapia antituberculosa, admitiéndose que el enfermo deja de contagiar cuando lleva dos semanas de tratamiento.
- 4- Características de la exposición.

Existe mayor riesgo de contagio en contactos estrechos y prolongados.

La susceptibilidad para enfermar, una vez infectado con el M. tuberculosis depende de factores de riesgo conocidos que se exponen a continuación: SIDA, infección por VIH, corto circuito yeyuno ileal, neoplasias solidas, silicosis, neoplasias de cabeza-cuello, hemodiálisis,

neoplasias hematológicas, lesiones fibróticas, fármacos inmunosupresores, hemofilia, gastrectomía, bajo peso corporal, diabetes mellitus, fumadores importantes, población normal.

La mortalidad por TB es casi inexistente en los países desarrollados.

En nuestro país la prevalencia de tuberculosos esta alrededor de 30 enfermos por cada cien mil habitantes, unos 12 mil nuevos casos anuales de los que se mueren alrededor de uno al dos por ciento.

Esta respuesta inmunitaria especializada y de carácter granulomatoso tarda de 2 a 12 semanas en ocurrir y a partir de aquí el individuo sano infectado o enfermo, tendrá positiva la prueba de la tuberculina.<sup>25</sup>

#### 4.2 Diferencia entre infección y enfermedad tuberculosa

Se considera infección a aquel sujeto que habiendo inhalado bacilos tuberculosos tiene capacidad inmunitaria para controlar su multiplicación y no desarrolla la enfermedad. A las pocas semanas de ese contacto ya presenta una prueba de tuberculina positiva.

Se considera enfermo aquel sujeto infectado que desarrolla síntomas, signos y manifestaciones radiológicas propias de la enfermedad que, salvo casos concretos, ha de demostrarse con la visualización del germen o su cultivo.

Una característica importante de esta enfermedad consiste en que los infectados pueden desarrollar la enfermedad muchos años después por

---

<sup>25</sup> Cabrera N. P., Rodríguez C. F., *Manual de Enfermedades Respiratorias*. 2ª Edición 2005, España Cap. 18 Tuberculosis Pulmonar. P. 326

reactivación de bacilos quiescentes. El 10% de los infectados inmuno competentes desarrollaran la enfermedad a lo largo de su vida, un 5% como progresión de la enfermedad inicial y otro 5%, a lo largo de subida, por reactivación de los bacilos latentes que lleva alojados en el interior.

En el SIDA se estima que el 50-60% de los infectaos por M. tuberculosis acabaran padeciendo una TB activa a lo largo de sus vidas.<sup>26</sup>

#### 4.3 Manifestaciones clínicas y exploración física

Uno de los principales problemas de la TB es la poca especificidad de sus síntomas y signos, similares a los de muchas enfermedades del aparato respiratorio, incluso al de algunas enfermedades banales.

El comienzo es insidioso en la mayoría de los casos. En pocas ocasiones, el inicio puede ser agudo (tos, fiebre alta, escalofríos, hemoptisis) pero no existe una correlación entre la extensión y la gravedad de las lesiones y la magnitud de los síntomas.

Hasta el 10% de los enfermos con baciloscopia positiva pueden estar asintomáticos en el momento del diagnóstico, cifra que puede llegar a elevarse al 25-30% en los diagnósticos solo por cultivo.

Los síntomas pueden ser locales o generales. Estos últimos se presentan cuando la enfermedad lleva ya algunas semanas de evolución y entre ellos, los más habituales son: febrícula, sudación nocturna, disnea, cansancio fácil y pérdida de apetito y peso. Por otro lado, están los

---

<sup>26</sup> Cabrera N. P., Rodríguez C. F., *Manual de Enfermedades Respiratorias*. 2ª Edición 2005, España Cap. 18 Tuberculosis Pulmonar. P. 328

síntomas locales derivados del órgano afectado. De todas las localizaciones, la más frecuente (80% en inmunocompetentes) es la TB pulmonar, y los síntomas más frecuentes que esta afectación presenta son la tos y/o la expectoración prolongada.

La expectoración física aporta muy pocos datos, salvo los derivados de una enfermedad crónica. Se pueden objetivar crepitantes en el espacio inter-escapular, eritema nodoso, adenopatías y fístulas cervicales y submaxilares o hematuria sin dolor cólico.

Desde el punto de vista analítico, tan sólo resulta de ayuda la velocidad de sedimentación elevada, y en menor grado: anemia, hipoproteïnemia y piuria con cultivo de orina estéril. En cualquier caso, la normalidad de estas pruebas no excluye la enfermedad.<sup>27</sup>

#### 4.4 Diagnóstico

El único diagnóstico de certeza de TB es el aislamiento de *M. tuberculosis* en una muestra clínica del enfermo. Por ello, se deben realizar todos los esfuerzos posibles para poder obtener muestras válidas que sean analizadas para baciloscopia y cultivo. Estas técnicas son altamente específicas, pero tiene la limitación de su baja sensibilidad en las formas iniciales de la enfermedad. La otra gran herramienta diagnóstica de la TB es la radiografía de tórax, técnica no muy específica, pero de una elevada sensibilidad en pacientes inmunocompetentes con TB pulmonar. Por lo tanto, como técnica de elevada sensibilidad, la radiografía de tórax se debe realizar a todas las

---

<sup>27</sup> Idem. P330



personas en los que sospeche de TB pulmonar, como en todos aquellos que tosen y/o expectoren durante más de 2-3 semanas.

#### 4.5 Estudio microbiológico

El diagnóstico microbiológico de la TB tiene tres etapas sucesivas:

1. Baciloscopia: visualización de los bacilos tuberculosos. Los bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) se visualizan mediante tinciones especiales: técnica de Ziehl-Neelsen o tinción con fluorocromos. La primera es la más utilizada; los bacilos se ven como bastoncillos rojos, muy finos, sobre un fondo azulado.
2. Aislamiento de *M. tuberculosis* u otras micobacterias patógenas en cultivo puro con identificación de la cepa.
3. En determinados casos se debe realizar estudio de sensibilidad "in vitro" a los fármacos antituberculosos (antibiograma).

La baciloscopia es la primera evidencia de la presencia de micobacterias en una muestra.<sup>28</sup> Es el procedimiento más fácil y rápido que se puede efectuar, y aporta al clínico una confirmación preliminar del diagnóstico que justifica el inicio del tratamiento. Sin embargo, la ácido-alcohol resistencia es una propiedad común a todas las especies del género *Mycobacterium* y no sólo de *M. tuberculosis*, por lo que el diagnóstico definitivo se debe confirmar mediante el cultivo. Es importante tener en cuenta que una baciloscopia negativa no descarta TB. La sensibilidad de la baciloscopia varía ampliamente con las diferentes formas clínicas y radiológicas de la enfermedad. Así, en TB con lesiones cavitadas puede oscilar del 70-90%, pasando al 50-70% en enfermos que solo presentan

---

<sup>28</sup> Ídem p.328

infiltrados en las radiografías de tórax. En enfermos con nódulos pulmonares o en las distintas formas de TB extra pulmonar la sensibilidad es siempre inferior al 50% destacando la baja rentabilidad que se obtiene en la serositis tuberculosa (inferior al 10%). Por su parte, la especificidad oscila entre 96-99%.

El hallazgo de una baciloscopia positiva tiene una especial relevancia desde el punto de vista de la Salud Pública, ya que estos enfermos son los que se consideran altamente contagiosos y los que se deben diagnosticar y tratar de forma prioritaria.

El cultivo de la muestra, además de ser la única técnica capaz de confirmar el diagnóstico, es también mucho más sensible que la baciloscopia (hasta 10 veces más), siendo su único inconveniente la lentitud del crecimiento de las micobacterias entre uno y dos meses.

Este inconveniente ha sido parcialmente solucionado con los actuales cultivos en medio líquido, capaces de aportar un resultado positivo en un tiempo inferior a dos semanas. En los medios sólidos, el *M. tuberculosis* crece de color blanquecino, agrupado en colonias que adoptan una forma como "miga de pan". Por ello, ante una fuerte sospecha de TB (baciloscopia positiva, lesión histopatológica compatible o clínica y radiografías sugestivas) se debe iniciar el tratamiento en espera de la confirmación de los cultivos.

Todos los cultivos que evidencien crecimiento de micobacterias deben identificarse. Para poder llegar al diagnóstico de certeza de cuál de ellas es la que está produciendo el cuadro clínico.

Además, en determinadas situaciones se debería realizar pruebas de susceptibilidad a fármacos anti tuberculosos. Estas pruebas se deben realizar en todos los enfermos que hayan recibido tratamientos frente a la TB previamente, los que no han evolucionado bien y en aquellos enfermos que se suponen contagiados de portadores de bacilos resistentes a fármacos. Sin embargo, se debe ser muy cauteloso con la interpretación de estos resultados, pues no siempre se correlacionan con la respuesta clínica que se puede obtener al administrar los diferentes fármacos.

Por último, es destacable como en los últimos años se han incorporado las técnicas de amplificación genética al diagnóstico microbiológico de la TB. La más utilizada de estas técnicas es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Son técnicas muy sensibles y muy específicas, por lo que juegan un papel muy importante en la sospecha de TB con baciloscopia negativa.<sup>29</sup>

Los enfermos que ya hayan sido tratados y tienen una recaída posterior deben ser tratados en centros especializados. En este grupo y en aquellos pacientes infectados por un enfermo con bacilos resistentes a fármacos habituales, hay que evaluar pautas alternativas de cierta complejidad.

La multidrogoresistencia hace referencia a una tuberculosis, usualmente pulmonar, que presenta bacilos resistentes a uno o más fármacos antituberculosos, y cuando esa resistencia es para la isoniacida y rifampicina.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Caminero. L.J., *Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas*, 2003 UITER, Paris Francia Pp.144

<sup>30</sup> Idem P.219

#### IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

##### 1. Presentación de Caso Clínico

###### Datos personales

El presente proceso de enfermería se aplicó a un adulto mayor de 61 años de edad, originario de Coatepec Harinas y residente de Tenancingo con domicilio en calle Iturbide No. 108, estado civil casado tiene dos hijos y cuatro nietos con escolaridad de secundaria terminada, religión católica.

La persona a la cual se le aplicó el proceso de atención de enfermería se contactó en la consulta externa del centro de salud urbano Tenancingo.

###### Antecedentes personales

Habita casa propia construida de material de tabique con techo de loza la cual comparte con su esposa, consta de dos cuartos una cocina y baño, cuenta con los servicios básicos de saneamiento, agua, luz, drenaje, teléfono, zoonosis negativa.

Hábitos higiénicos realiza baño corporal diario, con cambio de ropa interior y exterior, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, higiene bucal dos veces al día. Hábitos alimenticios, realiza tres comidas al día y dos colaciones incluye verduras diariamente, frutas 4 veces a la semana una porción por día, carnes 3 veces a la semana principalmente pollo y pescado, leguminosas 3 veces a la semana, lácteos 2 veces por semana, tortillas 4 al día, y consume litro y medio diario de agua.

## Problemas de Salud Previos.

Cuenta con antecedentes patológicos de diabetes tipo 2 diagnosticado desde hace 10 años tratados con hipoglucemiantes orales (glibenclamida y metformina) e insulina. Tuberculosis pulmonar en el año 2005 con tratamiento primario por seis meses con la estrategia TAES, el cual al finalizar se clasifica como fracaso al tratamiento por terminar con baciloscopia positiva, posteriormente en diciembre del 2005 inicia retratamiento primario el cual consta de 8 meses de tratamiento y termina en julio del 2006 con fracaso nuevamente, se realiza cultivo de baciloscopia y el resultado es positivo, el día 27 de julio del 2007 el cultivo es positivo, y el antibiograma indica que es resistente a isoniacida, rifampicina, estreptomycin, pirazinamida y sensible a etambutol; cabe señalar que durante los tratamientos previos han sido supervisados y la persona llevo un apego estricto en cuanto a sus medicamentos e indicaciones recibidas, por lo cual se realiza nuevamente cultivo y antibiograma clasificándolo como multidrogoresistente.

Tabaquismo positivo desde los 14 años consumo de 4 a 6 cigarros al día.

Problema de salud actual.

## Exploración Física

Signos vitales T/A 120/70 Peso 70 kg., Talla 166 cm. Temp.36.7°c  
Respiración: 26 por minuto Frecuencia Cardiaca 75 por min.

A la exploración física se observa adulto mayor, consciente, neurológicamente íntegro, orientado, en tiempo, lugar y espacio, camina por su propio pié , Cráneo normocefalo sin endostosis ni exostosis con buena implantación de cabello, piel cabelluda limpia, ojos simétricos con pupilas normoreflexicas, conjuntivas hiperémicas, narinas permeables, cavidad oral con mucosa hidratada, piezas dentales completas con presencia de caries en segundo molar inferior, faringe hiperemicas +, amígdalas sin alteraciones, cuello alargado no se palpa adenomegalias ni tiroides, tráquea desplazable, campos pulmonares bien ventilados, con escasa agudeza respiratoria. Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia cardiaca, sin ruidos agregados, abdomen plano blando depresible no doloroso a la palpación con peristalsis presente normal, no se encuentran datos de irritación peritoneal, genitales acorde a edad y sexo. Extremidades íntegras simétricas, no se observan lesiones, no ulceraciones, sin edema, con fuerza muscular conservada.

### Diagnósticos

Después de la aplicación del instrumento de valoración encontramos las siguientes necesidades alteradas:

Análisis de los datos.

Datos de independencia y de dependencia en relación con las necesidades fundamentales, obtenidas en el curso de la entrevista y de observaciones.

- Comunicación

Datos de independencia, puede manifestar sus inquietudes y necesidades, respecto a su padecimiento.

Datos de dependencia, se observa comportamiento de aislamiento para evitar contagio hacia su familia; ya que desconoce mecanismos de transmisión de su enfermedad.

- Oxigenación

Datos de independencia, su ventilación es forzada, sus músculos respiratorios conservados.

Datos de dependencia, aprender a inhalar y exhalar de forma adecuada para tener una mejor oxigenación.

- Alimentación e hidratación

Datos de independencia, tiene buena masticación, buen apetito, consume todo tipo de alimentos.

Datos de dependencia, por ser una persona mayor con diabetes mellitus requiere una dieta de 1800 kilocalorías integrando los cuatro grupos de alimentos.

- Trabajar y realizarse

Datos de independencia, tiene la capacidad de desempeñar actividades físicas y laborales.

Datos de dependencia, en este momento no cuenta con un trabajo establecido remunerado, por el aislamiento para evitar algún contagio.



## PLAN DE CUIDADOS

**NECESIDAD:** OXIGENACION.

### Dx. DE ENFERMERIA

- Disminución de las reservas energéticas relacionado por la incapacidad para mantener la respiración adecuada manifestado por la falta de oxigenación:

### OBJETIVO:

- Disminuir la fatiga de los músculos respiratorios.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Disminuir el cansancio, ansiedad y necesidad del aire mediante técnicas de respiración	Debido al aumento de la respiración utiliza mas los músculos accesorios respiratorios que originan cansancio	La persona manifiesta disminución del cansancio después haber aprendido la técnica de respiración
Indicar al Sr. M.T.B. de la importancia de auscultar los sonidos	Por el problema pulmonar que presenta la persona	La persona tiene un nivel adecuado de energía y de las

de la respiración fijándose en las zonas de disminución y ausencia de ventilación y en la presencia de sonidos extraños.	hay acumulación de secreción lo cual dificulta el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono provocando dificultad para respirar	funciones musculares para favorecer la respiración espontánea
--	---	---

**NECESIDAD:** ALIMENTACION E HIDRATAACION.

**Dx. DE ENFERMERIA**

- Alteración en la alimentación relacionada con la falta de conocimientos manifestada por dieta rica en carbohidratos, y preferencia de alimentos ricos en grasa.

**OBJETIVO:**

- Adecuación de la ingesta del patrón habitual de nutrientes llevando una alimentación saludable

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Proporcionar un plan de alimentación saludable diseñado para cubrir las necesidades particulares del Sr. M.T.B.	Dar información a la persona sobre los cuatro grupos principales de alimentos así como su sensación de necesidad de modificación de la dieta	La persona identifica los alimentos que puede consumir de los cuatro grupos principales de alimentos y aprende el valor nutricional de los alimentos a consumir
Facilitar la identificación del	Comentar la importancia de	El Sr. Identifica que alimentos deben

<p>comportamiento alimentario que se debe modificar</p>	<p>mantener un peso saludable</p>	<p>incluir en su dieta y cuales debe eliminar o comer en poca cantidad</p>
<p>Ofrecer información relativa a los recursos comunitarios disponibles, asesoramiento dietético, programas de ejercicio</p>	<p>Que la persona identifique los alimentos que se encuentran en su comunidad y saber cómo equilibrarlos en una alimentación saludable</p>	<p>La persona identifica que hay alimentos en su comunidad que puede consumir sin ningún riesgo y a menor costo</p>
<p>Ofrecer información acerca de la adquisición, preparación y almacenamiento de alimentos nutritivos</p>		<p>A través de un taller el Sr. Y su familia aprenden a elaborar sus alimentos y como almacenarlos</p>

**NECESIDAD:** COMUNICACION.

**Dx. DE ENFERMERIA**

- Angustia relacionada con el déficit de información relacionado con la enfermedad manifestada por aislamiento para evitar contagio.

**OBJETIVO:**

- Disminuir la angustia del Sr. M.T.B, escuchar sus sentimientos y explicar que pronto volverá a estar con su familia.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Escuchar con atención las preocupaciones e inquietudes del Sr. M.T.B	El interés que demuestre uno hacia las personas aumenta su autoestima.	Disminuyo la angustia del Sr. M.T.B
Indicar al Sr. M.T.B que el estrés y preocupación puede incidir en su estado de salud.	El estrés y angustia provocan inmunosupresión y afectan su estado de salud	Se escucharon sus sentimientos y se explicó que pronto volvería a estar con su familia.

Hacerle saber que sus hijos y nietos se encuentran bien de salud.	Saber que las cosas marchan bien, favorece la recuperación mental, física y social.	El Sr. M.T.B se sintió tranquilo al saber que su familia se encuentra bien.
---	---	---

**NECESIDAD:** TRABAJO Y REALIZACION.

**Dx. DE ENFERMERIA:**

- Falta de remuneración económica relacionada con ausencia de empleo manifestado por angustia

**OBJETIVO:**

- Proponer alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION CIENTÍFICA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
Escuchar con atención las preocupaciones e inquietudes del señor M.T.B..	La falta de atención en una conversación ocasiona falta de interés por parte de quien expresa sus sentimientos.	Se propusieron alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica
Orientar sobre las actividades que es Sr. M.T.B puede desempeñar en algún trabajo. De acuerdo a el oficio que puede	Lo desconocido ocasiona temor, el conocimiento de lo desconocido crea un sentido de seguridad.	El SR. M.T.B. refirió sentirse aceptado y apreciado al ser escuchado.

<p>desempeñar.</p> <p>Indicar las fuentes de bolsa de trabajo como son: periódicos y gente conocida que podría requerir sus servicios.</p>	<p>El proporcionar ayuda significa un acto de amistad y amor.</p>	<p>Después de la conversación, se elevó su autoestima y se sintió seguro de poder desempeñar funciones en actividades laborales</p>
--	---	---



## V. EVALUACION

Durante el presente proceso se encontraron los siguientes datos relacionados a la evaluación.

El Sr. M.T.B. logró disminuir su cansancio y ansiedad ya que aprendió y aplicó adecuadamente la técnica de respiración, su función muscular adecuada favoreció su respiración de forma espontanea.

El Sr. M.T.B. mejoró su alimentación de forma saludable, aprendió a identificar favorablemente los alimentos que puede consumir de los cuatro grupos alimenticios además de aprender a prepararlos.

También reconoció y nos manifestó su preocupación en relación a la forma de contagio o medio de transmisión, se le orientó y aclararon sus inquietudes de forma verbal con lo que disminuyó su angustia.

El M.T.B. encontró alternativas de solución a la falta de empleo y remuneración económica realizando el aseo en un auditorio esto, elevó su autoestima y reconoce que puede desempeñar alguna función laboral.

También adquirió los conocimientos respecto a su enfermedad y medios de transmisión, aprendió como evitar contagio y con ello se integra nuevamente a las relaciones sociales principalmente con su familia.

## VI. PLAN DE ALTA

Al término del proceso de atención enfermería aplicado al Sr. M.T.B. se le dan las siguientes indicaciones:

Deberá continuar con sus citas programadas en el centro de salud urbano Tenancingo, para realizar sus estudios de laboratorio, bacteriológico y/o radiológico.

Deberá acudir al centro de salud urbano Tenancingo por su tratamiento farmacológico los días indicados por el médico y enfermera de la red TAES tratante.

Continuará con una alimentación saludable de acuerdo al plan de alimentación establecido en base a su necesidad.

Seguirá reforzando sus relaciones sociales con amigos y familia evitando el aislamiento.

En el área laboral la persona se integra al servicio de intendencia en un auditorio, ya que esto le proporciona una alternativa para obtener una remuneración económica.

## VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En conclusión podemos describir que la filosofía de Virginia Henderson se adapta a la aplicación de los cuidados de enfermería. Siendo una herramienta que nos guía para evaluar todas las necesidades de la persona dentro de sus tres esferas: bio-psico-social. Ya que dentro de estas necesidades se evalúan también los sentimientos y emociones de la persona.

Los componentes o necesidades del proceso de enfermería nos ayudan a realizar los cuidados de una forma clara y ordenada llevando una secuencia de los mismos, con un enfoque multidisciplinario y holístico, logrando una mejor y completa integración del plan de cuidados.

## ANEXOS

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Diagnósticos de enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) hasta la decima conferencia, ordenados según las Catorce Necesidades Fundamentales.

### 01. RESPIRAR.

- Deterioro en el intercambio gaseoso.
- Incapacidad para mantener la respiración espontánea.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Potencial de asfixia.

### 02. ALIMENTARSE E HIDRATARSE.

- Alteración de la nutrición: por defecto
- Alteración de la nutrición: por exceso.
- Alteración potencial de la nutrición: por exceso.
- Déficit de auto cuidado: alimentación.
- Déficit de volumen de líquidos.
- Déficit potencial de volumen de líquidos.
- Exceso del volumen de líquidos.

### 03. ELIMINAR.

- Alteración de la eliminación urinaria.
- Déficit de auto cuidado: uso W.C.
- Diarrea.
- Estreñimiento.
- Estreñimiento crónico.
- Estreñimiento subjetivo.
- Incontinencia fecal.

- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria funcional.
- Incontinencia urinaria refleja.
- Incontinencia urinaria total.
- Retención urinaria

#### 04. MOVERSE.

- Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Deterioro de la movilidad física.
- Disminución del gasto cardíaco.

#### 05. DORMIR Y REPOSAR

- Alteración del patrón del sueño.
- Fatiga.
- Intolerancia a la incapacidad.
- Potencial intolerancia a la actividad.

#### 06. VESTIRSE Y DESNUDARSE.

- Déficit de auto cuidado: vestido/acicalamiento.

#### 07.-MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LIMITES NORMALES

- Alteración potencial de la temperatura corporal.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Termorregulación ineficaz.

#### 08. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

- Alteración de la membrana mucosa oral.
- Déficit de auto cuidado: baño/higiene.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad hística.
- Deterioro potencial de la integridad cutánea.

#### 09. EVITAR PELIGROS.

- Afrontamiento defensivo.
- Afrontamiento individual inefectivo.
- Alto riesgo de automutilación.
- Ansiedad.
- Baja autoestima crónica.
- Baja autoestima situacional.
- Desatención unilateral.
- Deterioro de la adaptación.
- Disreflexia.
- Dolor.
- Dolor crónico.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Negación ineficaz.
- No seguimiento del tratamiento) especificar.
- Potencial de infección.
- Potencial de intoxicación.
- Potencial de lesión.
- Potencial de traumatismo.
- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros...
- Respuesta postraumática.
- Síndrome traumático de violación.

- Temor.
- Trastorno de la autoestima.
- Trastorno de la identidad personal.

#### 10.- COMUNICARSE CON SUS SEMEJANTES.

- Alteración de los procesos familiares.
- Afrontamiento familiar inafectivo: comprometido.
- Afrontamiento familiar inafectivo: incapacitante.
- Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
- Aislamiento social.
- Alteraciones sensorio-perceptivas (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativos).
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Deterioro de la comunicación social.
- Síndrome de estrés del traslado.

#### 11. ACTUAR DE ACUERDO CON SUS CREENCIAS Y VALORES.

- Desesperanza.
- Impotencia.
- Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)

#### 12. PREOCUPARSE POR SER ÚTIL Y POR REALIZARSE.

- Alteración del crecimiento, desarrollo.
- Alteración de los patrones de la sexualidad.
- Alteración en el desempeño del rol.
- Alteración parenteral.
- Alto riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Conductas generadoras de salud (especificar).



- Conflicto de decisiones (especificar).
- Conflicto del rol parenteral.
- Dificultad en el mantenimiento de la salud.
- Dificultad en el mantenimiento del hogar.
- Disfunción sexual.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (individual)
- Potencial de alteración parenteral.

### 13. RECREARSE.

- Déficit de actividades recreativas.

### 14. APRENDER.

- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Déficit de conocimiento (especificar)

## INSTRUMENTO DE VALORACION

### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: M.T.B. Sexo: Masculino Edad: 61 años  
Peso: 70 Kg Talla: 1.66 cm. Ocupación: Comerciante  
Escolaridad: Secundaria completa  
Procedencia: Domicilio Fecha de entrevista: 20-10-2010  
Hora: 10:00 Fuente: Paciente

### VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

#### NECESIDADES BASICAS

##### 1. OXIGENACION

Subjetivo:

¿Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo? SI

¿Fumaba usted antes de su enfermedad? SI X NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 \_\_\_\_\_ 6 a 10 X 11 a 20 \_\_\_\_\_ + de 20 \_\_\_\_\_

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? SI \_\_\_\_\_ NO X

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias?

Siempre \_\_\_\_\_ Ocasionalmente X Nunca \_\_\_\_\_

¿Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital?

SI \_\_\_\_\_ NO X

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Objetivo

Registro de Signos Vitales:

Frec. Respiración. 26 x' Frecuencia Cardíaca 75 x'

Tensión Arterial 120/70

Estado de conciencia: Consiente

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: Ligeramente pálidos

Circulación de retorno venoso: Adecuado

## 2. NUTRICION E HIDRATAACION

Subjetivo:

Nº de comidas diarias: 3 comidas y 2 colaciones

¿Come a horas regulares? SI X NO \_\_

Si la respuesta es Si precise: 08:00 am Desayuno 15:00 pm Comida  
21:00 pm Cena

¿Sigue usted una dieta especial? SI X NO \_\_\_\_\_

¿De qué tipo? Baja en azucares porque soy Diabético

¿Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia? NO

¿Tiene problemas de masticación y/o deglución? NO

¿Qué cantidad de líquidos toma al día? 1.5 litros

¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI \_\_ NO X A veces \_\_\_\_\_

Cerveza \_\_ Vino \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	2 veces semana	3-4 veces semana	Ocasionalmente	Nunca
Leche		<b>X</b>			
Carne			<b>X</b>		
Pescado				<b>X</b>	
Huevo		<b>X</b>			
Fruta			<b>X</b>		
Verduras	<b>X</b>				
Legumbres			<b>X</b>		
Cereales			<b>X</b>		
Pan	<b>X</b>				
Tortilla	<b>X</b>				
Chatarra				<b>X</b>	

Objetivo:

¿Turgencia de la piel? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Membranas mucosas: Hidratadas \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_ Secas \_\_\_\_\_

Características de:

Uñas: \_\_\_\_\_ Normales \_\_\_\_\_

Cabello: \_\_\_\_\_ Implantación normal \_\_\_\_\_

Funcionamiento muscular y esquelético: \_\_\_\_\_ Aceptable \_\_\_\_\_

Aspecto de los dientes: \_\_\_\_\_ Caries dental en 2 molar \_\_\_\_\_

Aspecto de encías: \_\_\_\_\_ No inflamadas \_\_\_\_\_

Heridas: Tipo \_\_\_\_\_ no refiere \_\_\_\_\_

### 3. ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal  X  Estreñimiento \_\_\_\_\_

Diarrea frecuente: \_\_\_\_\_

¿Toma usted algún laxante? SI \_\_\_\_\_ NO  X

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Orina: Normal  X  Con dolor \_\_\_\_\_

¿El estrés le ocasiona diarrea? SI \_\_\_\_\_ NO  X

¿Se siente molesto a causa de una sudoración abundante?

SI \_\_\_\_\_ NO  X

### 4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿Qué deporte o actividad física práctica?

Correr \_\_\_\_\_ Caminar  X  Bicicleta \_\_\_\_\_

Actividad en su tiempo libre: \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_

¿Da algún paseo fuera de su casa? SI  X  NO \_\_\_\_\_

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza:  Aceptable

Posturas:  La que sea  Ayuda para deambular:  No

Estado emocional:  Estresado y con ansiedad

### 5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿Tiene hábitos que favorecen el sueño? SI   NO  X

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de descanso:  de 6 a 8

¿Padece insomnio? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Siente cansancio al levantarse? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Utiliza técnicas de relajación? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## 6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

### Subjetivo

Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir?

NO \_\_\_\_\_

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### Objetivo

¿Viste de acuerdo a su edad? SI \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ Inadecuada \_\_\_\_\_

## 7. TERMORREGULACION

### Subjetivo:

¿La casa que habita es: Fría \_\_\_\_\_ Caliente \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

¿Es usted sensible a los cambios de temperatura? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cómo se la toma? Bucal \_\_\_\_\_ Axilar \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

¿Temperatura ambiente que le es agradable? \_\_\_\_\_ de 15° a 20°

### Objetivo:

Temperatura corporal: \_\_\_\_\_ 37.5° C \_\_\_\_\_

Características de la piel: \_\_\_\_\_ Limpia \_\_\_\_\_ Transpiración: \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_

## 8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: X Cada 3er día: \_\_\_\_\_

Cada 8 días: \_\_\_\_\_ Esporádico: \_\_\_\_\_

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: X Por la noche: \_\_\_\_\_

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día X Dos veces al día: \_\_\_\_\_

Tres veces al día \_\_\_\_\_ Esporádico: \_\_\_\_\_

Prótesis dentales: SI \_\_\_\_\_ NO X

Parcial \_\_\_\_\_ Completa \_\_\_\_\_

¿Fecha de la última visita al dentista? \_\_\_\_\_ Medio año \_\_\_\_\_

Aseo de manos:

Antes y después de comer X Después de ir al baño X

## 9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

¿Es usted alérgica a algún medicamento?

SI \_\_\_\_\_ NO X A otras sustancias \_\_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

¿Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?

Tranquilo \_\_\_\_\_ Se estresa X Le da sueño \_\_\_\_\_

Come mucho \_\_\_\_\_ Ríe sin control \_\_\_\_\_ Indiferencia \_\_\_\_\_

¿Busca una solución inmediata? A veces \_\_\_\_\_

## 10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: casado Años de relación 38

Vive con: su esposa

Preocupaciones actuales: Recuperarse de su enfermedad  
Rol en la estructura familiar: Padre  
¿Desde cuando vive en su actual domicilio? 25 años  
¿Existen buenas relaciones en su localidad? SI  
¿Tiene amigos o familiares en quién confié? SI  
¿Cuánto tiempo pasa solo? antes realmente muy poco

#### Objetivo

Habla claro: SI X NO \_\_\_\_\_  
¿Ve usted bien? SI X NO \_\_\_\_\_  
¿Lleva usted lentes de contacto? SI \_\_\_\_\_ NO X  
¿Escucha bien? SI X NO \_\_\_\_\_  
¿Utiliza aparato auditivo? SI \_\_\_\_\_ NO X

### 11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

#### Subjetivo:

Tipo de religión: Católica  
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: NO  
Principales valores en su familia: El amor  
Principales valores en su persona: El respeto  
¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? A veces

#### Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso): NO  
¿Permite el contacto físico? SI  
¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?  
La Virgen de Guadalupe y San Judas Tadeo



## 12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? SI \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Riesgos: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo? \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con su trabajo? \_\_\_\_\_

¿La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? SI \_\_\_\_ NO X ¿Por qué? por el momento no trabajo

¿Está satisfecho con el rol familiar que juega? \_\_\_\_\_ Claro \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado emocional: Tranquilo, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: \_\_\_\_\_ Ansioso, temeroso e inquieto

Otros: \_\_\_\_\_ Algunas veces nervioso y angustiado

## 13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: Ver televisión

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? \_\_\_\_\_

¿Existen recursos recreativos en su comunidad? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ Deportivas y culturales \_\_\_\_\_

¿Forma parte de alguna sociedad: Deportiva \_\_\_\_\_ Cultural \_\_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos: \_\_\_\_\_ Las noticias

Objetivo:

Integridad neuromuscular: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

¿Rechaza las actividades recreativas? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Su estado de ánimo es: Apático \_\_\_ Aburrido \_\_\_ Participativo X

#### 14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: \_\_\_\_\_ Analfabeta \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

Preferencias para leer y/o escribir: \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? NO

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? SI

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

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_

Órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_ Normales \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_ estresado, nervioso, ansioso. \_\_\_\_\_

Memoria reciente: \_\_\_\_\_ alerta y sin compromiso \_\_\_\_\_

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

## PLAN DE ALIMENTACION

Se realiza un plan de alimentación con apoyo de un nutriólogo, para el Sr. M.T.B. el cual tiene diagnostico de Diabetes mellitus y Tuberculosis. Peso de 70 kilos y talla de 166cm., T/A 120/70

Plan de alimentación de 1800 kcal

Proteínas 75g.

Lípidos 57g

Carbohidratos: 267g.

### Equivalentes

GRUPO	EQUIVALENTES	DESAYUNO	COLACION	COMIDA	COLACION	CENA
Cereales y tubérculos	8	3		3		2
Leguminosas	1			1		
Verduras	5	1	1	1	1	1
Fruta	3	1	1		1	
Alimentos de origen animal	4	1		3		

Leche descremada	1	½				½
Grasas	5	2		2		1
Azúcares	2	2		1		

Alimentos recomendados para personas con diabetes:

Verduras: Calabazas, chayotes, jitomate, lechuga, pepino, ejote, brócoli, coliflor, tomate, nopales, espinacas, acelgas, quelites, col, verdolagas, rábano, berro, hongos, huazontle, germinados, chícharo, haba verde (con cascara), elote, chile poblano, chile serrano, flor de calabaza.

Consumir con moderación: zanahoria, elote y papa.

Evitar: betabel

Frutas: Manzana, guayaba, ciruela, durazno, naranja en gajos con gabazo, capulín, jícama, limón.

Consumir con moderación: melón, tuna, uva, sandía, plátano, mamey, jugo de naranja.

Evitar: frutas en almíbar o preparados con azúcar, jugos envasados.

Cereales y Tubérculos: arroz, avena, pan integral, tortilla de maíz, germen de trigo, pan de centeno.

Consumir con moderación: sopa de pasta, bolillos con migajón, camote, papa y elote

Evitar: pan dulce, galletas, pasteles y panes preparados con azúcar.

Evitar leguminosas: frijol, lentejas, haba, garbanzo, alberjon, alubias y soya

Productos de origen animal: carne de res sin grasa, pollo, pescado, sardina, atún, queso panela, queso Oaxaca, requesón, huevo.

Consumir con moderación: salchicha de pavo, jamón de pavo

Evite: carnitas, mariscos, embutidos (longaniza, chorizo), queso manchego, queso amarillo, queso chihuahua.

Lácteos: leche descremada, leche semidescremada y yogurt natural.

Evite. Leche entera o preparada con azúcar.

Aceites y Grasas: prefiera aceites vegetales (canola, maíz cártamo, girasol, oliva), aguacate, nuez, almendra, avellana, semilla de girasol.

Evite consumir: mantequilla, tocino, manteca de cerdo, chicharrón, queso de puerco, grasa de embutidos (longaniza, chorizo), carnes con alto contenido de grasas.

Sal: disminuir el consumo de sal en la preparación de sus alimentos.

Agua: preferible consumir agua natural o de frutas naturales sin agregar azúcar.

## BIBLIOGRAFIA

- (2010) **Guía para la Atención de personas con tuberculosis resistente a fármacos**, 1ª edición, México
- Alarcón. A. E., (2004)**Guía de enfermería para la implementación y expansión de la estrategia Dots/Taes**, UITER
- Balan G.C., Franco O.M, (2010) "Caracterización de la Filosofía de Virginia Henderson", en **La Teoría de Enfermería. Dimensiones, Conceptos y aplicaciones prácticas** . México, D.F., ENEO-UNAM. (Libro electrónico)
- Berman, Snidey, Kozier, Erb, (2008) **Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Procesos y Practica**, Madrid, Pearson Prentice Hall
- Bernal. B, Pineda, (1996) **Origen de las Practicas de Cuidados**, su influencia en la práctica de enfermería, ENEO-UNAM Mexico.
- Cabrera N. P., Rodríguez C. F., (2005) **Manual de Enfermedades Respiratorias**. 2ª Edición, España
- Caminero. L.J., (2003) **Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas**. Paris Francia, UITER.

- Carpenito. L. **Diagnósticos de Enfermería**, editorial Interamericana, Mc Graw Hill, Madrid España
- Collier, M.F. (1996) **Promover la vida**, 2ª edición, México, McGraw-Hill
- Henderson, A. V., (1994) **La naturaleza de la Enfermería**, Interamericana Mc Graw Hill, México.
- <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias1.htm> consultado el 11 de diciembre 2010
- Phaneuf. M, **El proceso de Atención de Enfermería**, México, Interamericana, Mac Graw-Hill
- Wilkinson. J.M, Arhern. N.R, (2008) **Manual de Diagnósticos de Enfermería**, Novena edición, Pearson, Madrid