



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PACIENTE
ADULTA CON TUBERCULOSIS PULMONAR BASADO EN EL MODELO
DE VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

BERTA AGUIRRE HERNANDEZ

NO. DE CUENTA 408116211

DIRECTORA ACADÉMICA:

LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MÉXICO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 | 5 |
| Objetivos | 6 |
| 1. CAPITULO I | |
| 1.1 Metodología | 7 |
| 2. CAPITULO II | |
| 2.1 Marco teórico | 8 |
| 2.2. Definición de enfermería | 8 |
| 2.3. Proceso atención de enfermería | 8 |
| 2.4. Concepto del proceso atención enfermería | 9 |
| 2.5. Generalidades proceso atención de enfermería | 10 |
| 2.6. Etapas del proceso atención de enfermería | 14 |
| 2.7 Modelo de Virginia Henderson | 25 |
| 2.7.1 Datos biográficos | 25 |
| 2.7.2 Necesidades básicas según Virginia Henderson | 26 |
| 2.7.3 Conceptos básicos de enfermería | 28 |
| 2.7.4 Afirmaciones teóricas | 29 |
| CAPITULO III | |
| 3.1. Aplicación del proceso enfermero | 36 |
| 3.2 Presentación del caso | 37 |
| 3.3. Valoración con las 14 necesidades | 38 |
| 3.4. Valoración de las necesidades alteradas | 40 |
| 3.5 Planeación, diagnósticos, ejecución y evaluación de Enfermería | 41 |

| | |
|---|----|
| 3.6 Plan de alta: programa de educación para la salud | 57 |
| Conclusiones | 59 |
| Sugerencias | 61 |
| Bibliografía | 62 |
| ANEXOS | |
| Anexo 1 Glosario | 64 |
| Anexo 2. Patología | 68 |
| 2.1 Concepto | 68 |
| 2.2 Fisiopatología | 72 |
| 2.3 Estudios de laboratorio y gabinete | 73 |
| 2.4 Manifestaciones clínicas | 74 |
| 2.5 Tratamiento | 74 |
| 2.6 Complicaciones | 76 |

AGRADECIMIENTOS:

A Dios:

Le agradezco a dios por haberme dado la oportunidad de vivir, acompañado y guiado a lo largo de mi carrera por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad por brindarme una vida llena de aprendizajes, y sobre todo por las cosas que me ha dado.

A mi hija:

A mi amada hija por permitirme robarle su tiempo, siempre ha sido y será la fuerza que me impulsa a seguir adelante y ser la madre de ella que merece de todo mi amor gracias.

Al amor de mi vida:

Le doy las gracias por su amor y su paciencia por ser parte muy importante en mi vida por su amor incondicional por confiar y creer en mí. Gracias por existir y por estar a mi lado. TAYTKMRRV

A mis padres:

Gracias, primero Dios por darme la vida después el amor de esta familia. Que me ha apoyado en momentos difíciles y ha sonreído conmigo en los momentos felices y a ustedes padres por enseñarme a llorar y reír. Papá, mamá, nombres tan sencillos de pronunciar pero que siempre enaltecen de orgullo mi hablar por la fortuna de ser su hija
Con todo mi amor y cariño. Por su confianza y apoyo mil gracias.

A mis hermanos:

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar a Noé, Eyeri, Emma, Oyuki por llenar mi vida de alegría y amor cuando más lo he necesitado.

A mi maestra Margarita:

Por compartir conmigo sus conocimientos y darme la oportunidad de crecer profesionalmente. Mi más sincero agradecimiento.

INTRODUCCION

El presente Proceso Atención Enfermero fue aplicado a una paciente con tuberculosis y valorado con las 14 necesidades de Virginia Henderson detectando las necesidades de la persona tratando de aliviar su malestar proporcionando una mejoría para el estado de salud de la paciente haciendo sus diagnósticos y proporcionando un resultado adecuado.

Con el objetivo de aplicar el proceso de atención de enfermería en base a los diagnósticos enfermeros del paciente se identificaran signos y síntomas de la tuberculosis pulmonar dependiendo de las necesidades del paciente.

El cuidado como eje de la práctica profesional de Enfermería y como elemento paradigmático de la disciplina, precisa de un cuerpo de conocimientos y de una visión específica propia, que parte de un pensamiento reflexivo, de actitudes y valores como características del contexto profesional, teniendo como referente diferentes modelos de cuidado.

El proceso de enfermería proporciona el mecanismo por el que el profesional del área de enfermería utiliza sus, conocimientos y habilidades para diagnosticar y cubrir la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud. Define el campo del ejercicio profesional, contempla las normas de calidad, por lo que garantiza la calidad de los cuidados.

Finalmente dentro de sus apartados se encuentran los objetivos, la justificación la metodología el marco teórico que describe el Proceso de Atención de Enfermería y las etapas que lo integran, el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus catorce necesidades, la patología y fisiopatología , plan de cuidados de enfermería, Plan de alta, Conclusiones, Anexos y Bibliografía que pretende servir de apoyo a la docencia y a la práctica profesional que consideran este método una situación compleja.

JUSTIFICACIÓN

La realización de este Proceso de Atención de Enfermería (PAE), además de ser una opción de titulación en la carrera de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, es importante para las enfermeras con la finalidad de brindar atención integral a la paciente.

Aplicar el Proceso de Atención De Enfermería incluye la recolección de datos que se obtienen para garantizar a la paciente cuidados planificados y específicos que alivien el estado de salud en el que se encuentra.

El abordaje que enfermería realiza con la paciente que presenta este problema se centra en el cuidado como eje de la práctica profesional de enfermería y como elemento paradigmático de la disciplina, precisa de un cuerpo de conocimientos y de una visión específica propia, que parte de un pensamiento reflexivo, de actitudes y valores como características del contexto profesional, teniendo como referente diferentes modelos de cuidado. El campo del ejercicio profesional, contempla las normas de calidad, por lo que garantizan los cuidados.

Por lo tanto el interés es un acercamiento a la disminución de la incidencia, prevalencia y mortalidad por tuberculosis pulmonar a través del acceso universal al diagnóstico y tratamiento de acuerdo a los estándares internacionales al 100% de los casos, así mismo disminuir los focos de infección, cortar la cadena de transmisión, y finalmente curar al enfermo.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería y los conocimientos adquiridos para satisfacer las necesidades de la Sra. Julia con un diagnóstico de tuberculosis pulmonar buscando su bienestar y recuperación lo más pronto posible mediante la aplicación del Modelo de Virginia Henderson.

Objetivos Específicos:

- Detectar las necesidades básicas de una paciente adulta a través de la valoración con el Modelo de Virginia Henderson.
- Aplicar los diagnósticos de enfermería a través de los cuidados de enfermería, identificando las necesidades reales y potenciales en relación a su padecimiento.
- Evaluar los resultados de las intervenciones de la paciente con tuberculosis pulmonar con la finalidad de favorecer una recuperación favorable.

CAPITULO I

1.1. Metodología

El presente trabajo se realiza en el Hospital Comunitario Puente de Ixtla Morelos en el servicio de epidemiología durante el tiempo que estuvo en tratamiento. Se inicia la atención a Julia y se solicita su consentimiento, el cual autoriza verbalmente, al aplicarle el PAE se inició su valoración y se recolectaron los datos actuales, históricos, subjetivos y objetivos.

En la primera etapa del proceso se utilizó una guía de valoración para identificar las 14 necesidades, se llevó a cabo el interrogatorio, y la exploración física, identificando las necesidades afectadas, estructurando así la conclusión diagnóstica.

En la segunda etapa se construyeron o establecieron los diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía de la NANDA en orden prioritario se analizó la relación con el Modelo de Henderson. NANDA (2009- 2011).

En la tercera etapa de planeación se elaboró el plan de cuidados con los resultados esperados de (NOC) clasificación de los resultados esperados, las intervenciones de enfermería y las actividades. NOC (2005)

En la cuarta etapa se desarrolla el plan de cuidados aplicando las intervenciones de enfermería así como sus actividades se toma como base NIC (Clasificación de las intervenciones de enfermería). NIC (2005).

En la quinta etapa de evaluación se registraron los resultados esperados con la aplicación del plan de cuidados, individualizado para la paciente. También se realizaron visitas domiciliarias programadas, con seguimiento, verificando si llevo a cabo las indicaciones del tratamiento, se verifico que conociera los signos de alarma para que pudiera detectarlos anticipadamente, se indago si tenía el apoyo familiar de las personas con que vive y si hay responsabilidad compartida.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.2. Definición de enfermería:

Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo en el cual, la enfermera junto con la persona, se benefician de estos cuidados, identifican metas comunes, para realizar y mantener la salud.” Grinspun D. (2006).

Henderson definió la enfermería en términos funcionales: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible. Henderson V.(2012).

Enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia, y comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiológicas. Rodríguez S.B. (2000).

2.3 Proceso atención de enfermería:

Es el método que aplica la base teórica al ejercicio de la profesión; sirve de guía para el trabajo práctico; permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones; proporciona las bases para las investigaciones; contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud de los

individuos, la familia y la comunidad; exige del profesional capacidades consultivas, técnicas y personales para cubrir las necesidades afectadas y permite sintetizar conocimientos técnicos y prácticos.

2.4 Concepto del proceso atención enfermería:

Es la herramienta básica y fundamental para brindar cuidados enfermeros en forma dinámica y sistemática que asegura la calidad del cuidado del paciente individualizando, las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad mediante la utilización del pensamiento crítico y reflexivo para actuar en forma segura y efectiva. Kozier B. (2002).

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Marriner (1983).

Es el instrumento empleado para realizar la interacción mutua entre el enfermero, el cliente y la familia y para identificar los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud. Carpenito (1989).

2.5 Generalidades del proceso de atención de enfermería:

Antecedentes

El proceso ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Johnson, Orlando y Wiedenbach

desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual.

Para la Asociación Americana de Enfermería el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en México, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras y en su aplicación durante la practica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras aun en nuestro país. Rodríguez S.B.(2000).

Características:

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios.

Tiene una finalidad:

Sistemático: Parte de un planteamiento organizado para alcanzar los objetivos.

Humanista: por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Intencionado: porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Dinámico: Responde a un cambio continuo.

Interactivo: Basado en las relaciones reciprocas que se establecen entre la enfermera, paciente, familia y los demás profesionales de salud.

Flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermera en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen conceptos científicos y humanísticos.

Descripción de las etapas:

Etapas de planificación

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer(1989).

Jerarquización de necesidades

Jerarquizar los problemas y necesidades detectadas en la etapa de diagnóstico. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente, es oportuno mencionar aquí, que bajo una concepción holístico –humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca o perpetua la enfermedad. Por lo tanto determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico con el objeto de tomar decisiones respecto a:

Que problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar. Que problemas son su responsabilidad y cuales debe referir a otro profesional.

Que problemas se tratan usando planes estandarizados (p.ej., vías criticas, planes de cuidados estandarizados). Que problemas no están cubiertos por los protocolos

o planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura para el alta se produzca a su debido tiempo.

El mecanismo habitual para la justificación de prioridades es la jerarquía de necesidades básicas de Maslow (1968), quien postulo que todos los seres humanos tenemos necesidades básicas.

Planteamiento de los objetivos

Jerarquizadas las necesidades, se plantean los objetivos de acuerdo a los problemas, teniendo presente que los objetivos sirven para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones en enfermería.

Existen dos tipos de objetivos:

Objetivos de enfermería o criterios de proceso.

Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

Actuaciones de enfermería

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas en las causas de los problemas es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Es necesaria la intervención del paciente y sus familiares, siempre que esta sea posible, para decidir las acciones en común que habrán de tomarse en la consecución de los objetivos. Iyer (1989).

Las actuaciones de enfermería de acuerdo a Iyer (1989) son:

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.

Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería

El registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, es la última etapa del plan de cuidados.

El plan de cuidados de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación.

La finalidad de estos está dirigida a fomentar cuidados de calidad, utilizando para ello los cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados y la evaluación.

Tipos de planes de cuidado

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado:

Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto. Mayer (1983).

2.6 Etapas del Proceso Atención de Enfermería:

Valoración:

Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diferentes fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, expediente clínico, la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente. (Lo cual es necesario para realizar el diagnóstico de enfermería).

Existen dos formas de obtener información en enfermería, Alfaro, (1988) son:

Valoración de datos fundamentales: Recopilación de datos de la persona y de sus procesos vitales Carpenito, (1987) psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio.

Valoración de datos específicos (Aspinal MJ y Tanner C. (1985): Se recogen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto, ya identificados.

Los métodos de recolección de información suponen, en enfermería una forma sistemática y lógica de recoger los datos necesarios para establecer el diagnóstico y el plan de actuación. Los métodos básicos son:

Entrevista.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades que son:

Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

Facilitar la relación enfermera / paciente.

Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.

Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Observación.

La observación empieza en el primer encuentro con el paciente, esta es sistemática e implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno.

Examen físico.

La exploración física: es la actividad final para recolectar datos, esta se centra en determinar con detenimiento la respuesta de la persona al proceso de la

enfermedad, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista y se utilizan cuatro técnicas específicas:

Inspección: Examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.

Palpación: Utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.

Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

Validación de datos

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos) debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. Se consideran datos verdaderos, aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla.

Organización de los datos

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas Maslow, (1972).

Documentación y registro de la valoración.

Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.

Facilita la calidad de los cuidados.

Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.

Prueba de carácter legal.

Permite la investigación en enfermería.

Diagnóstico de Enfermería:

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. En ésta etapa se analizan los datos e identifican problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados.

Los pasos de la etapa de Diagnóstico son cuatro:

1. Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Tipos de diagnóstico

Real: Estado del paciente que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Este consta de tres partes:

Formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

Ejemplo: desequilibrio de la nutrición por exceso de consumo excesivo de hidratos de carbono, grasas y sedentarismo de un sobre peso de 23%.

De riesgo: Es un juicio clínico que no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema, en el individuo, familia o comunidad. Este consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

Ejemplo: Riesgo de traumatismo relacionado con (r/c) marcha inestable y pérdida de la agudeza visual.

Posible: Es un diagnóstico en el cual las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o son insuficientes. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Ejemplo: disposición para mejorar el bienestar espiritual / lactancia materna eficaz.

De síndrome: Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se supone que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada.

Ejemplo: Síndrome por trauma de violación relacionado con ansiedad acerca de problemas de salud potenciales y manifestado por ira, malestar genitourinario y patrones de sueño alterados.

Diagnóstico enfermero de promoción a la salud:

Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción a la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar establecido. Esta disposición se apoya en características definitorias. Las

intervenciones se seleccionen de acuerdo con el individuo, familia o comunidad para asegurar al máximo la posibilidad de alcanzar los resultados esperados.

Componentes de un diagnóstico enfermero

Etiqueta diagnóstica: Proporciona un nombre diagnóstico. Este término es una frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.

Definición: Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características definitorias

Clave o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud.

Factores de riesgo

Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.

Factores relacionados

Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón relacionado con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados con, relacionados con, contribuyentes o coadyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

Definiciones para la clasificación de los diagnósticos enfermeros

Clasificación

Disposición sistemática de fenómenos relacionados en grupos o clases basándose en características que tienen en común. Nivel de abstracción.

Describe la concreción o abstracción de un concepto:

Los conceptos muy abstractos son teóricos, pueden no ser directamente mensurables, no definirse por conceptos concretos ni incluir conceptos concretos, estar asociados de cualquier ejemplo concreto, ser independientes del tiempo y del espacio, tener descriptores más generales, y pueden ser no clínicamente útiles para la planificación del tratamiento.

Los conceptos concretos son observables y mensurables, están limitados en el tiempo y el espacio, constituyen una categoría específica, mas exclusiva, nombran cosas o clases de cosas reales, están restringidos por su propia naturaleza, y pueden ser clínicamente útiles para la planificación del tratamiento.

Nomenclatura

Sistema de designaciones (términos) elaborados según unas reglas preestablecidas American Nurses Association, (1999).

Taxonomía

Clasificación según las supuestas relaciones naturales entre los tipos y subtipos diagnósticos enfermeros NANDA (2009-2011).

Taxonomía II de los Diagnósticos de la NANDA

La taxonomía II tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud. Esta se diseñó para tener una forma multiaxial, lo que mejora sustancialmente la flexibilidad de la nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones y modificaciones.

Es preciso usar el sentido común y el conocimiento enfermero para construir solo aquellos diagnósticos que tienen características definitorias y que, por tanto, son apropiados para su validación.

La taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Por lo tanto está basada en: 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos enfermeros.

Algunos diagnósticos enfermeros se encuentran en más de un dominio y clase, esto ocurre porque la etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias o factores relacionados, en el caso de “riesgo de” permiten colocarlos adecuadamente en más de un dominio y clase.

La NANDA, NOC y NIC pueden utilizarse conjuntamente o por separado. Juntas representan el campo de la enfermería en todos sus entornos y todas sus especialidades. La relación de los tres lenguajes proporciona ayuda a los profesionales y a los estudiantes para elegir los resultados y las intervenciones más adecuadas para sus pacientes, en relación a sus diagnósticos enfermeros.

Intervención de Enfermería

Una intervención de Enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados de la persona.

Actividades de Enfermería

Actividades o acciones específicas de enfermería que realiza el profesional de Enfermería para llevar a cabo una intervención que ayuda al paciente a avanzar hacia el resultado deseado y concreto.

Clasificación de las intervenciones de Enfermería

Es el orden, disposición de las actividades de Enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones de intervenciones a estos grupos.

Taxonomía de las intervenciones de Enfermería (NIC)

Es la organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de la taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campo, clases e intervenciones Bulechek. (2009)

Resultado del paciente susceptible a las intervenciones de Enfermería

Es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de Enfermería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que son utilizados para determinar el estado del paciente NIC (2005).

Indicador de un resultado: Es un estado, conducta o percepción más concreta de un individuo, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado. Los indicadores de los resultados del paciente susceptibles a las

intervenciones enfermeras caracterizan el estado de un paciente, familia o comunidad a nivel concreto.

Medición: A través de la escala Tipo Likert de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo desde el menos al más deseable y proporciona una puntuación en un momento dado.

Taxonomía de Los resultados de Enfermería (NOC)

Es la organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía de la NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas contiene 7 dominios y 31 clases en su estructura, 330 tablas de resultados, 17 escalas de medición y sus indicadores. Este dominio contiene resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población. El ámbito de ejecución de esta clase se modificó de tal manera que las palabras y habilidades se eliminaran de la definición .NOC (2005).

Planeación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. Es la tercera etapa del Proceso Enfermero, que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, consiste en diseñar estrategias y elaborar un plan de cuidados de enfermería; que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Elaboración del plan de cuidados preciso.

- Determinar las prioridades.
- Establecer los resultados esperados.
- Determinar las intervenciones necesarias.

El plan de cuidados puede ser: individualizado, estandarizado con modificaciones o bien computarizado.

Los pasos de la etapa de Planeación son cuatro:

1. Determinar prioridades (jerarquizar).
2. Establecer objetivos.
3. Determinar acciones de enfermería.
4. Documentar el plan de cuidados (fundamentar).

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

TAXONOMIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

Esta edición de la clasificación contiene 542 intervenciones por orden alfabético. Para su uso clínico existen varios métodos disponibles para encontrar la intervención deseada. Por orden alfabético si se saben el nombre de la intervención y se desea ver la lista entera de actividades y su bibliografía. Si desea identificar intervenciones relacionadas en área temática concretas. Intervenciones centrales según la especialidad de enfermería: si se está diseñando un curso o sistema de información para un grupo concreto de especialistas, está un buen lugar para empezar. NIC (2004).

Evaluación:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno

o varios criterios. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

Este proceso de evaluación consta de dos partes:

Recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

2.7 Modelo conceptual de Virginia Henderson



Modelo de función de enfermería:

Sustituta: compensa lo que le falta al paciente.

Ayudante: establece las intervenciones clínicas.

Compañera: fomenta la relación terapéutica con el paciente.

2.7.1. Datos biográficos

Virginia Henderson nació el 30 de noviembre de 1897. Originaria de Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial se despertó en Henderson el interés por la enfermería. En 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército en

Washington D.C. En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

Henderson fue la autora y coautora de otros trabajos importantes. En la convención de 1988 de la American Nurses Asociación (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida.

Henderson falleció de muerte natural el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de enfermería en todo el mundo.

El concepto de Virginia Henderson se cifra en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda. Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez) fomentando, en mayor o menor grado, el auto cuidado por parte del paciente. A ésta teoría se le ubica en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

2.7.2 Necesidades humanas básicas según Virginia Henderson:

1.-Oxigenación: Necesidad del organismo de introducir el oxígeno y expulsar el bióxido de carbono favoreciendo el intercambio gaseoso.

2.-Nutrición/hidratación: Necesidad del organismo de líquidos y nutrientes, necesarios para su metabolismo.

3.-Eliminación: Necesidad del organismo de expulsar las sustancias de desecho.

4.-Movilidad y una buena postura: Necesidad del organismo de ejercer la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso central.

5.-Reposo/sueño: Necesidad del organismo de suspender la actividad física, para permitir la recuperación de las fuerzas.

6.-Vestirse: Necesidad de proteger al cuerpo en función del clima, de las normas sociales, y de los gustos personales.

7.-Termoregulación: Mantener el equilibrio entre la producción del calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

8.-Higiene: Mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y cavidades.

9.-Evitar peligros: Necesidad de protección ante las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

10.-Comunicación: Expresar las propias emociones, necesidades y temores.

11.-Religión/creencias: Necesidad de las personas de realizar actos y tomar decisiones en función de su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas y creencias religiosas o una filosofía de vida que le convenga o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

12.- Trabajo/realización: Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma; utilizar los recursos de que se dispone para asumir roles, ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

13.- Recreación: Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de diversión.

14.- Aprender: Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre si mismo, sobre su cuerpo, sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos.

2.7.3 Conceptos básicos de enfermería

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma principales conceptos y definiciones

Enfermería:

Tiene como única función ayudar al individuo, sano o enfermo a, realizar las actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila, actividades éstas que el paciente realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, para realizarlas con el objeto de conseguir su independencia lo más rápidamente posible.

Salud:

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno:

Henderson nos da una definición propia pero se basa en websters new collegiate dictionary, (1961) y lo define como: el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona (paciente):

Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables.

2.7.4 Afirmaciones teóricas

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto actualización.

Relación enfermera – paciente: Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas. Henderson V.(2012).

Relación entre Virginia Henderson y el Proceso Enfermero.

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de los 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. Sin embargo, para llegar a planificar los cuidados a partir de los conceptos de cuidados de enfermería de Virginia Henderson hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo. La definición del rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora, permite precisar los principales conceptos del modelo dado que esta definición refleja de forma clara, precisa y completa.

En ella encontramos conceptos claves que permiten identificar los siguientes, valores y elementos mayores.

Postulados

Los postulados se refieren únicamente al concepto de persona, estos pueden tener su origen, en el especial interés de Virginia Henderson por destacar una

visión integral del ser humano en contra de la dicotomía cartesiana entre el cuerpo y la mente, dominante en el momento que desarrollo su modelo.

La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona requiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no está “completo”, “entero”, “independiente”.

En los postulados que sostiene el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, 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.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son:

Necesidad Fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia. No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplir en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problemas de dependencia: Cambio desfavorable de orden bio-psicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

Manifestación. Signos observables en el individuo que permite identificar la independencia la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Valores:

Estos hacen referencia exclusivamente al papel de la enfermera, esto se cree que se debe a que Virginia Henderson fue una de las primeras teóricas que, después de Florencia Nightingale, intento marcar los límites que separaban las áreas de competencia medica y de enfermería.

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 de la enfermera, un servicio especial que ningún otro profesional le puede brindar.

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson y esta precisada en su definición.

Si nos referimos al ejercicio de la profesión mencionado anteriormente, este rol fundamental se efectúa en el ejercicio de la profesión de enfermería. Además del rol propio de la enfermera, se añade su participación en el plan médico, aspecto dependiente del ejercicio la profesión. Virginia Henderson dice que si la enfermera no cumple con su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo hará en su lugar. Fernández, (1999)

Elementos mayores

Los elementos mayores del modelo de Virginia Henderson son identificados de la siguiente manera:

Objetivo: Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Paciente: ser Humano que forma un todo completo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial. El paciente debe verse como un todo teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de enfermera: el rol de enfermera es un rol de suplencia. Suplir, para Virginia Henderson significa hacer por el aquello que el mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad y conocimiento, las intervenciones de la enfermera apunta esencialmente hacia la dependencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales y lo más rápidamente posible.

Fuerza de dificultad. Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad: una falta de fuerza, falta de voluntad y falta de conocimiento. Sin embargo en la práctica resulta difícil buscar las causas de dependencia debidas a las faltas de voluntad.

Intervenciones: El centro de la intervención y las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, es decir la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces interviene a nivel de las fuentes de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Así, las acciones de la enfermera consisten en completar o remplazar las acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Secuencias deseadas: es evidente que la enfermera apunta como consecuencia deseadas el cumplimiento del objetivo, es decir la independencia del cliente, la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

El proceso de cuidados a partir de un modelo conceptual no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con el cliente. En efecto, resulta esencial para la enfermera, además de la recogida de datos, de la planificación de los cuidados y de la aplicación de las intervenciones, establecer una relación significativa con el paciente. Por ello, debe presentarse adoptando actitudes de respeto, de comprensión empática, de autenticidad y de consideración positiva. Es cierto que la comunicación eficaz entre enfermera y paciente es muy exigente y exige grandes cuidados y continuados esfuerzos a la enfermera, pero ella sabe que es indispensable para ayudar al paciente a vivir una situación difícil. Fernández, (1999)

Aplicación del modelo de Virginia Henderson.

El modelo de Henderson como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención.

1.- En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta se determina:

- El grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La identificación de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.- En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formación de objetivos de independencia en base a las causas de las dificultades detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

Finalmente en la etapa de evaluación, el modelo de Virginia Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indiquen los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de las puestas en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora, nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotros le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar

dicha independencia por sí mismo, de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

Niveles de dependencia/independencia

| Independencia | | | dependencia | | |
|---|---|--|--|---|--|
| Nivel 0 | Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 | Nivel 4 | Nivel 5 |
| La persona satisface por sí misma las necesidades de modo aceptable que permite asegurar su homeostasis siguen adecuadamente o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis de ayuda. | La persona necesita a alguien para que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasia para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda | La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis. | La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento o pero no puede participar mucho en ello. | La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades para su tratamiento y apenas puede participar en ello. | La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento o y no puede de ningún modo participar en ello. |

CAPITULO III

3.1. Aplicación del proceso enfermero

Valoración

Datos generales

Nombre: Julia B. D.

Expediente: 205

Edad: 62 años

Sexo: femenino

Ocupación: ama de casa

Escolaridad: primaria

Religión: católica

Fecha de nacimiento: 14 de abril 1949

Familiar responsable: hija

Fecha de ingreso: se diagnosticó el 06/12/11 e inicio tratamiento 08/12/11

Nivel socio económico: pobreza extrema

Información: directa (entrevista).

3.2 Presentación del caso

Se trata de mujer adulta mayor de 62 años. La cual acudió a consulta externa acompañada de su hija al Hospital Comunitario de Puente de Ixtla por presentar lo siguiente: Paciente viuda, dedicada al hogar, con estado socioeconómico de pobreza extrema, cocinando toda su vida con leña, con hábitos higiénico dietéticos en mala calidad, baño diario cepillado de dientes diario.

Inicio su padecimiento hace 3 semanas al presentar tos con expectoración de color verde, acompañado de picos febriles vespertinos, nauseas, fatiga, dolor de espalda, polipnea, falta de apetito, pérdida de peso por lo que es valorada y diagnosticada con Infecciones respiratorias agudas. Por lo cual es canalizada al servicio de epidemiología para su seguimiento.

A la exploración física: consiente, orientada, bien hidratada, con palidez de piel y tegumentos signos vitales dentro de los parámetros normales, picos febriles vespertinos no cuantificada, diaforética, nauseosa, tos expectorativa de color verde, fatiga, dolor torácico, tórax con campos hipo ventilados, sin ruidos agregados, tiraje intercostal astenia, pérdida de peso, marcha normal, abdomen blando depresible sin dolor a la palpación, peristaltismo presente, abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación, eliminación urinaria e intestinal no alterado, refiere interrupción del sueño, con facies de angustia por temor a morir.

Laboratorios a solicitar: biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, Baciloscopía, examen general de orina.

Estudios de gabinete: Tele de tórax

Resultados de laboratorio de Baciloscopía positivo +++ y placa radiológica de tórax reportando cavernas a nivel apical.

Dx: Tuberculosis pulmonar.

3.3. Valoración con las 14 necesidades

| NECESIDADES | MANIFESTACIONES |
|--|--|
| 1. Necesidad de oxigenación | <p>Datos objetivos: dificultad para respirar, fatiga, dolor torácico .respiración de 15 por minuto, frecuencia cardiaca de 74 por minuto temperatura de 36.5°C</p> <p>Datos subjetivos: refiere tos productiva de predominación matutina, espesa verdosa, adinamia. Astenia.</p> <p>Fuente de dificultad: dependiente de sus familiares.</p> <p>Grado de dependencia: 2</p> |
| 2. Necesidad de nutrición | <p>Datos objetivos: talla 1.50m, peso 52kg, palidez de tegumentos, sudoración nocturna.</p> <p>Datos subjetivos: pérdida de apetito, ingiere pocos alimentos.</p> <p>Fuente de dificultad: parcialmente dependiente de su hija</p> <p>Grado de dependencia: 2</p> |
| 3. Necesidades de eliminación | <p>Datos objetivos: tos productiva por las mañanas, sudoración por las noches</p> <p>Datos subjetivos: no referido</p> <p>Fuente de dificultad: parcialmente dependiente.</p> <p>Grado de dependencia: 0</p> |
| 4. Necesidad de movilizarse y mantener una buena postura | <p>Datos objetivos: presenta cansancio, dolor torácico inquieta, desesperada, informes verbales de fatiga.</p> <p>Datos subjetivos: refiere cansancio.</p> <p>Fuente de dificultad: parcialmente de un familiar</p> <p>Grado de dependencia: 2</p> |
| 5. Necesidad de descanso y sueño | <p>Datos objetivos: Se encuentra con dolor torácico, fatiga Permanece con reposo absoluto en cama.</p> <p>Datos subjetivos: refiere que amanece A un con cansancio e insomnio.</p> <p>Interrupción del sueño por su estado de salud estrés y cansancio.</p> <p>Fuente de dificultad: parcialmente</p> |

| | |
|---|--|
| | dependiente Grado de dependencia: 2 |
| 6. Necesidad de higiene y arreglo personal | Datos objetivos: no diferido Datos subjetivos: se observa que su modo de vestir es sencillo y cómodo Fuente de dificultad: parcialmente dependiente. Grado de dependencia: 2 |
| 7. Necesidad de termorregulación | Datos objetivos: presenta hipertermia de 38°C Datos subjetivos: no diferido Fuente de dificultad: parcialmente dependiente. Grado de dependencia: 1 |
| 8. Necesidad de higiene y protección de la piel | Datos objetivos: se presenta higiénicamente limpia. Datos subjetivos: refiere aseo y baño diario Fuente de dificultad: parcialmente dependiente. Grado de dependencia: 0 |
| 9. Necesidad de evitar riesgos y peligros | Datos objetivos: realiza medidas preventivas. Datos subjetivos: utiliza Cubrebocas Fuente de dificultad: independiente de su familiares Grado de dependencia: 2 |
| 10. Necesidad de Comunicarse | Datos objetivos: tiene apoyo familiar buena comunicación con amigos y familiares. Datos subjetivos: refiere no tener problemas de comunicación, socializa con vecinos y familiares con un poco de temor a morir por su enfermedad. Fuente de dificultad: parcialmente dependiente Grado de dependencia: 2 |
| 11. Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias y valores | Datos objetivos: expresa impotencia sobre su enfermedad y temor a morir. Datos subjetivos: expresa disponibilidad para su curación y de no abandonar el tratamiento. Fuente de dificultad: parcialmente dependiente. Grado de dependencia: 2 |
| | Datos objetivos: preocupación por no |

| | |
|---|--|
| 12. Necesidad de trabajar y realizarse | poder trabajar Datos subjetivos: manifiesta depresión por su enfermedad y no poder atender su negocio ya que su negocio es vender gordas. Fuente de dificultad: dependiente de sus familiares. Grado de dependencia: 1 |
| 13. Necesidad de recreación | Datos objetivos: se observa tranquila Datos subjetivos: refiere leer por las noches la biblia. Fuente de dificultad: ninguna Grado de dependencia: 1 |
| 14. Necesidad de aprendizaje | Datos objetivos: tiene capacidad auditiva y visual serenidad porque tiene información necesaria de su enfermedad. Datos subjetivos: refiere que recibe información y apoyo de la enfermedad durante su tratamiento, refiere mejoría. Fuente de dificultad: moderado Grado de dependencia: 2 |

3.4. Valoración de las necesidades alteradas

Diagnósticos de Enfermería en adultos con tuberculosis pulmonar

Intolerancia a la actividad física relacionada con oxigenación insuficiente para las actividades de la vida cotidiana manifestado por fatiga y disnea.

Alto riesgo de alteración de la nutrición por defecto relacionada con anorexia secundaria a tratamiento.

Riesgo de impotencia relacionada con el tratamiento de la tuberculosis.

Temor relacionando con la crisis existente manifestado por disminución de la capacidad para solucionar problemas.

Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada con infección manifestada por excesiva cantidad de esputo.

Nauseas relacionado por irritación gástrica manifestado por sensación nauseosa.

Desesperanza relacionado con la perdida de la fe en un poder superior manifestado por disminución de las emociones.

Riesgo de infección relacionado a enfermedad crónica.

Deterioro de la capacidad de recuperación personal relacionado por desórdenes psicológicos manifestado por percepción de mala situación de salud.

Vagabundeo relacionado a estado emocional de ansiedad manifestado por deambulación inquieta.

3.5 Planeación, Diagnósticos, ejecución y evaluación de enfermería.

Necesidad: Nutrición

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión **Código:** (00002)

Diagnóstico:

(00002) Desequilibrio nutricional. **Relacionado con:** Ingesta inferior a las necesidades. **Manifestado por:** Informe verbal de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

Definición: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

NOC Resultados esperados

Dominio: II Funcional Salud

Clase: Nutrición

Estado nutricional (100401)

Definición: Capacidad para que los nutrientes puedan cubrir las necesidades metabólicas.

Indicador:(100401) Ingesta de nutrientes.

Escala: 4

- 1.-Desviación grave del rango normal
- 2.-Desviación sustancial del rango normal
- 3.-Desviación moderada del rango normal
- 4.-Desviación leve del rango normal**
- 5.-Sin desviación del rango normal

NIC Intervenciones de enfermería Manejo de la nutrición (1100).

Definición: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de solidos y líquidos.

Actividades:

- Determinar las preferencias de comidas del paciente.
- Asegurar que la dieta incluya alimentos ricos en fibra, para evitar el estreñimiento.
- Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.
- Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

Evaluación: Modifico sus hábitos alimenticios y mejoro su eliminación.

Necesidad: Respiración

Dominio: 11 seguridad/protección

Clase: 2 lesión física código (33331).

Diagnóstico: Limpieza ineficaz de vías aéreas **relacionado con** infección **manifestado por** excesiva cantidad de esputo.

Definición:

Incapacidad para eliminar secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Planeación

NOC: Resultados esperados

Dominio: Salud fisiológica

Clase: Respuesta inmune

Severidad de la infección cód. (0703)

Definición: Gravedad de infección y síntomas asociados.

Indicador: Abundante esputo purulento

Escala: (1) grave a (4) leve

NIC: Intervención de enfermería

Control de infecciones

Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos

Actividades:

- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos
- Poner en práctica precauciones universales
- Fomentar una respiración y tos profunda
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada
- Fomentar la ingesta de líquidos

- Fomentar reposo
- Administrar terapia de antifúngicos tratamiento acortado estrictamente supervisado.

Evaluación: El paciente expresa verbal y físicamente mejoría en disminución de esputo.

Necesidad: Evitar peligros/seguridad

Dominio: 11 seguridad/protección

Clase: 2 lesión física código: (00043)

Diagnóstico:

(00043) Protección ineficaz **relacionado con** farmacoterapia **manifestado por** insomnio

Definición: disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas intensas y externas, como enfermedades o lesiones.

NOC: Resultados esperados

Dominio: conocimiento y conducta

Clase: conocimiento sobre la salud

Conocimiento: procedimientos terapéuticos (1814)

Definición: grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro del régimen terapéutico

Indicador: (181401) descripción del procedimiento terapéutico

Escala de medición 3 (conocimiento escaso) a 4 (sustancial)

NIC: Intervenciones de Enfermería

Control de infecciones (6540)

Definición: minimizar el contagio de transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte del paciente.
 - Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
 - Limitar el número de visitas.
 - Instruir al paciente acerca de las técnicas correcta del lavado de manos
 - Poner en práctica precauciones universales
 - Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal
 - Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama.
 - Fomentar el reposo
 - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
 -
- Evaluación:** El paciente manifiesta verbalmente seguridad en su cuidado y el de su familia.

Necesidad: trabajar realizarse

Dominio: 9 afrontamiento/tolerancia

Clase: 2 Respuesta de afrontamiento código.(00210)

Diagnóstico:

Deterioro de la capacidad de recuperación personal **relacionado con** desórdenes psicológicos **manifestado por** percepción de mala situación de salud

Definición:

Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas, ante una situación adversa o una crisis.

NOC: Resultados esperados

Dominio: Conocimientos y conducta de salud

Clase. Conducta de salud

Autonomía personal (1614)

Definición: Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.

Indicador: (161410) Afirmar las preferencias personales

Escala: 2 (Raramente demostrado) a 4 (Frecuentemente demostrado)

NIC: Intervenciones ayuda al autocuidado (1800)

Definición:

Ayudar a otra persona a realizar la actividad de la vida diaria.

Actividades:

- La cultura a la paciente al fomentar actividades de autocuidado
- Considerar la edad sobre la paciente al promover las actividades del autocuidado
- Comprobar la capacidad de la paciente para ejercer autocuidado independientes
- Proporcionar un ambiente terapéutico autorizando una experiencia cálida relajante privada personalizada
- Animar a la paciente a realizar actividades normales
- Establecer una rutina de autocuidado

Necesidad: Trabajar/realizarse

Dominio: 5 Percepción/cognición

Clase: 2 orientación código. (00154)

Diagnóstico:

(00154) vagabundeo **relacionado con** estado emocional de ansiedad **manifestado por** deambulación inquieta.

Definición:

Caminar errabundo repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones frecuentemente es incongruente con las fronteras, los límites o los obstáculos.

NOC: Resultados esperados

Dominio: Conocimientos y conducta de salud

Clase: control de riesgo y seguridad

Deambulación segura (1926)

Definición:

Deambulaci3n segura socialmente aceptable sin objetivo aparente de un individuo con deterioro cognitivo

Indicador: 192612 Se distrae f3cilmente

Escala: 2(Raramente demostrado) a 4 (Frecuentemente demostrado)

NIC: Intervenciones de enfermer3a

Distracci3n (5900)

Definici3n: Enfoque intencionado de la atenci3n para alejarla de sensaciones indeseables.

Actividades:

- Enseñar al paciente los beneficios de estimular los sentidos (a trav3s de la m3sica contando viendo la televisi3n y leyendo
- Considerar las t3cnicas de distracci3n como juegos, terapias, leer cuentos, cantar
- Individualizar el contenido de la t3cnica de distracci3n en funci3n de las t3cnicas utilizadas con 3xito anteriormente y de la edad o el nivel de desarrollo
- Fomentar la participaci3n de la familia seres queridos y ensearles, si resulta oportuno.

Necesidad: movilizaci3n

Dominio: 4 actividad/ reposo.

Clase: 3 equilibrio de la energ3a. C3digo (000093) fatiga

Diagn3stico:

(000093) fatiga **relacionado con:** observaci3n con falta de energ3a **Manifestado por:** malestar f3sico (dolor, falta de aliento, tos, nauseas).

Definici3n: sensaci3n sostenida y abrumadora sed agotamiento y disminuci3n de la capacidad para el trabajo mental y f3sico al nivel habitual.

NOC: resultados esperados:

Dominio: salud funcional

Clase: mantenimiento de energía

Nivel de fatiga (0007)

Definición: gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.

Indicador: 00701 agotamiento

Escala: 3

1.-Grave

2.-Sustancial

3.-Moderado

4.-Leve

5.-Ninguno

Nic: intervenciones de enfermería: terapia de actividad (4310)

Definición: prescripción de y asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen/ frecuencia o duración de la actividad de un individuo.

Actividades:

- Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.
- Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto actividades
- Ayudar al paciente a identificar sus actividades significativas
- Disponer una actividad motora que alivie la tensión muscular

Evaluación: la paciente expresa verbalmente que con la ayuda de sus familiares y con las actividades realizadas se aumento su mejoría.

Necesidad: comunicarse

Dominio: 9 afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase: 2 respuestas de afrontamiento

Diagnóstico:

(00148) temor **relacionado con:** informes de sentirse asustado. **Manifestado por:** separación de sistema de soporte en una situación potencialmente estresante ejemplo: hospitalización, procedimientos hospitalarios).

Definición: respuesta a la percepción de dicha amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

NOC: Resultados esperados:

Dominio: salud psicosocial

Clase: autocontrol

Autocontrol del miedo (1404)

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud Secundarios a una fuente identificable.

Indicador: (140403) Busca información para reducir el miedo.

Escala: 3

- 1.-Nunca demostrado
- 2.-Raramente demostrado
- 3.-A veces demostrado**
- 4.-Frecuentemente demostrado
- 5.-Siempre demostrado.

NIC: Intervenciones de enfermería: Apoyo emocional (5270)

Definición: proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo
- Abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle el apoyo
- Animar al paciente que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuestas habituales a los miedos
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones

Evaluación: la paciente expresa que ha disminuido la sensación de miedo gracias a que fue favorable la conversación con amigos y el apoyo que le brindan.

Necesidad: oxigenación

Dominio: 12 confort

Clase 1 confort físico

Diagnostico

(00132) dolor agudo **relacionado con:** cambio en la frecuencia respiratoria.

Manifestado por: agentes lesivos, biológicos, químicos, físicos y psicológicos.

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado y previsible y una duración inferior a 6 meses.

NOC: Resultados esperados:

Dominio: conocimiento y conducta de salud

Clase: conducta de salud

Control del dolor (1605)

Definición: acciones personales para controlar el dolor

Indicador: (160511) refiere dolor controlado

Escala: 3

- 1.-Nunca demostrado
- 2.-Raramente demostrado
- 3.-A veces demostrado**
- 4.-Frecuentemente demostrado
- 5.-Siempre demostrado

NIC: Intervenciones de enfermería: manejo del dolor (1400)

Definición. Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
- Explorar con los pacientes los factores que alivian el dolor.
- Proporciona una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.

Evaluación: la paciente refiere que con los periodos de descanso sueño adecuado aliviaron el dolor.

Necesidad: termorregulación

Dominio: 11 seguridad/ protección

Clase: termorregulación

Diagnóstico:

00007 hipertermia **relacionado con:** aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal. **Manifestado por:** deshidratación.

Definición: elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.

NOC: Resultados esperados:

Dominio: Salud fisiológica

Clase: regulación metabólica

Termorregulación (0800)

Definición: equilibrio en la producción, la ganancia y la pérdida de calor.

Indicador:(080019) hipertermias

Escala: 4

- * Grave
- * Sustancial
- * Moderado
- * Leve
- * **Ninguno**

NIC: Intervenciones de enfermería: regulación de la temperatura (3900)

Definición: consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.

Actividades:

- Favorecer una ingesta nutricional de líquidos adecuadamente
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

Evaluación: la paciente refiere mejoría con los cuidados físicos que se le recomendaron.

Necesidad: de descanso y sueño

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 1 reposo/sueño

Diagnóstico:

(00095) insomnios. **Relacionado con:** el paciente informa de insatisfacción con el sueño. **Manifestado por:** temor.

Definición: trastornos de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

NOC Resultados esperados:

Dominio: salud funcional

Clase: mantenimiento de la energía

Sueño (0004)

Definición: suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Indicador:(000406) sueño interrumpido

Escala: 1

1.-Grave

2.-Sustancial

3.-Moderado

4.-Leve

5.-Ninguno

NIC Intervenciones De Enfermería: manejo de la energía (0180).

Definición: regulación del uso de energía para tratar o evitar fatiga y mejorar las funciones.

Actividades:

- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/ ser querido.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Limitar los estímulos ambientales (luz, ruido) para facilitar la relajación.
- Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.
- Instruir al paciente y/o a los seres queridos sobre la fatiga, sus síntomas comunes y las recurrencias latentes.

Necesidad de evitar peligros

Dominio: 9 afrontamiento de estrés

Clase: 2 respuesta de afrontamiento

Código (00148)

Diagnóstico: Temor.

Relacionando con la crisis existente manifestado por disminución de la capacidad para solucionar problemas.

Definición: Respuesta de la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

NOC: Resultados esperados

Dominio: Salud Psicosocial

Clase: Autocontrol

Autocontrol de miedo (1404)

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos incapacitante de aprensión tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.

Indicador (140403) busca información para reducir el miedo

Escala No. 3 (A veces demostrado) 4 (frecuentemente demostrado)

NIC: Intervención de Enfermería (5880)

Técnica de relajación (5880)

Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.

Actividades:

- Mantener contacto visual con el paciente.
- Sentarse y hablar con el paciente
- Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo
- Identificar a los seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente
- Reafirmar al paciente la seguridad personal.

Evaluación: El paciente expresa verbal y físicamente más tranquilo

Necesidad: Religión creencias impotencia

Dominio: 6 autopercepción

Clase: 1 auto concepto cód. (00125)

Diagnóstico:

(00124) Desesperanza relacionado con la pérdida de la fe en un poder superior manifestado por disminución de las emociones

Definición: estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

NOC: Resultados esperados

Dominio: Salud psicosocial

Clase: 1 autocontrol

Autocontrol de la depresión (1409)

Definición: acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos

Escala 2 (raramente demostrado) a 4 (frecuentemente demostrado)

NIC: Intervenciones de Enfermería:

Facilitar el crecimiento espiritual (5426)

Definición: facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente que identificara comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, Consuelo, fuerza y esperanza en su vida.

Actividades:

- Mostrar asistencias y consuelo pasando tiempo con el paciente con la familia del paciente y otras personas significativas
- Fomentar la conversación que ayude al paciente a separar los intereses espirituales.
- Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores.
- Proporcionar un entorno que favorezca una actividad meditativa contemplativa para la autorreflexión
- Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu
- Remitir a la atención pastoral o cuidadores espirituales como garantía de resultado.
-

Evaluación: el paciente manifiesta verbal y físicamente sentirse más tranquilo,

3.6 Plan de alta: programa de educación para la salud

Consiste en una serie de recomendaciones que se le dan a conocer de forma oral y escrita ya que es una herramienta fundamental de tal forma que sea comprendida por la paciente.

Educación Para la Salud

Es una herramienta útil para modificar una serie de condiciones tales como el medio y los entornos en mejoramiento de las condiciones personales y la reorientación de los servicios sanitarios hacia una atención integral con base en las siguientes acciones:

Informar a la población sobre la existencia, prevención, riesgo de contagio, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

Sensibilizar a la población sobre la importancia de la aplicación de vacuna BCG.

Orientar sobre el desarrollo de actividades de saneamiento básico a nivel familiar, a fin de mejorar las condiciones sanitarias de la vivienda y promover el desarrollo de hábito nutricional, de acuerdo con las posibilidades y características de cada región.

Prevenir a la población sobre el riesgo ambiental en el trabajo, como polvos, fibras, humos o trabajar en contacto con animales bovinos enfermos, etc. Que pueden asociarse con contagio de tuberculosis pulmonar.

Promover la demanda de atención en los servicios de salud, ante la aparición de signos y síntomas que incluyen tos y flemas por dos semanas.

Asegurar que el paciente comprenda la importancia de la adherencia al tratamiento hasta completarlo según la prescripción médica, a fin de disminuir el riesgo de abandono y la aparición de fármaco resistencia.

Participación Social.

Se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades y grupos organizados para influir en la disminución de los factores de riesgo y favorecer el control de la tuberculosis con base en las siguientes actividades.

Promover la participación de voluntarios, familiares y grupos organizados para que colaboren en la búsqueda de casos nuevos y aseguren la toma de los medicamentos de los pacientes diagnosticados.

Involucrar a las autoridades líderes comunitarios para apoyar las acciones de prevención, control y seguimiento de casos.

Recomendaciones:

- Fomentar los conocimientos y la aplicación del proceso de atención de enfermería, con el objetivo de elevar la calidad en la atención de enfermería al paciente tuberculoso hospitalizado, así como elevar la satisfacción en el trabajo y la profesionalidad del personal de enfermería.
- Incrementar la participación del personal de enfermería en la educación sanitaria del paciente tuberculoso y sus familiares.
- Lograr una mayor participación de todos los miembros del equipo de salud del grupo básico de trabajo en la atención integral al paciente tuberculoso hospitalizado.
- Lograr observaciones de enfermería correctas, que se correspondan con el grupo de enfermería que brinda cuidados a los pacientes tuberculosos hospitalizados.
- Realizar una labor persuasiva en el personal de enfermería, con el fin de estabilizar el carácter dinámico, sistemático, interactivo y flexible que exige el proceso de atención de enfermería, y demostrar que éste constituye un valioso instrumento de trabajo que facilita su labor, eleva su profesionalidad, la calidad de los servicios y disminuye la estadía de los pacientes en el hospital, así como el número de complicaciones de los mismos.
- Motivar a todo el personal de enfermería en el conocimiento del programa nacional de control de la tuberculosis, haciendo énfasis en la enfermera como componente esencial e imprescindible de éste.

Informe de valoración de enfermería al alta, tiene como finalidad el documentar de forma escrita las acciones realizadas en el proceso de su enfermedad y estancia ambulatoria hospitalaria durante su tratamiento.

Como recomendación al paciente y a la familia del plan de cuidados se recomienda que realice las siguientes actividades:

- Protegerse siempre que tosa con pañuelos desechables.
- Lavado de manos después de toser
- Utilizar mascarillas en áreas comunes
- Restringir visitas a personas no expuestas a la enfermedad
- Ventilación adecuada del lugar de residencia (cuarto del paciente).

CONCLUSIONES

A través del Proceso de Atención de Enfermería se brindan cuidados con fundamento científico, sistematizado, interactivo, dinámico y flexible para la enfermera y el paciente lo que facilita el ejercicio profesional cotidiano, en cualquier nivel socioeconómico y cualquier ámbito con esta metodología he podido detectar las necesidades para proporcionar y propiciar cuidados integrales que permitan satisfacer sus necesidades así como acciones preventivas o de riesgo.

El uso del Proceso de Enfermería contribuye a garantizar la calidad del cuidado que ofrece, y la razón principal para el uso de este método es que se evidencia un mayor grado de interacción entre el enfermero y el usuario.

La aplicación del proceso como método para otorgar cuidado de enfermería, es un proceso flexible, en espacio y tiempo. Puede adaptarse a cualquier situación, y sus fases pueden desarrollarse de forma sucesiva o concurrente, conforme a la práctica, y experiencia se pueden ejecutar más de una etapa a la vez.

Las pacientes requieren de un equipo multidisciplinario competente que sean capaces de aplicar con éxito sus conocimientos y aprovechar al máximo los recursos existentes dentro de las instituciones de salud, para llegar así a la elaboración de diagnósticos y tratamientos oportunos.

Particularmente en la paciente de este proceso, su recuperación resultó favorable con el tratamiento; se trataron sus problemas y durante la intervención no surgieron complicaciones.

Es importante en la puesta en marcha del plan de cuidados, evaluar los resultados, de forma continua, manteniendo en todo momento la vigencia del mismo, estableciendo los criterios necesarios, con el fin de lograr la calidad en el cuidado que se otorga.

Debido a que en el desarrollo de la práctica, gran parte de los servicios de enfermería, no han logrado sistematizarse un modelo para el cuidado profesional, se hace necesario y contar con un marco de referencia, que permita entender los fenómenos de estudio y promover canales de desarrollo, tanto para la formación como para la práctica, tomando en cuenta que la relación teoría práctica son componentes ligados dentro de la disciplina de enfermería.

Para asegurar una comunicación efectiva entre los profesionales de enfermería, es importante dar continuidad a los cuidados así como incorporar a los planes de cuidados, los lenguajes enfermeros normalizados con los que contamos en la actualidad.

SUGERENCIAS

Promover en las instituciones la capacitación y la actualización continua en la aplicación del Proceso Atención Enfermero (PAE) en el personal de enfermería, ya que está demostrado que es un instrumento para proporcionar al paciente y su familia atención integral científica. Y así mismo aplicarse en cualquier ámbito social intrahospitalario o extra hospitalario, para identificar las necesidades reales de la persona, familia o comunidad. Además brindar un cuidado integral que nos ayude a satisfacer las necesidades de los pacientes, con un saber científico, basado en alguna teoría de enfermería.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es esencial para la actuación con el paciente, de esta forma la enfermera demostrara su profesionalismo y preparación, beneficiando con esto a los pacientes y haciendo que la calidad de la atención sea óptima.

Con ello cada vez que se aplique se tendrá más experiencia hasta llegar a realizar estudios de investigación, con visión futurista en la disciplina, lo que facilitará apropiarnos de una identidad profesional.

BIBLIOGRAFIA

Alfaro R. 2010 “Aplicación del proceso enfermero”. 4ta Edición. (España): Edit. SpringerVerlag. Ibérica

Bulechek Gloria M. 2009 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) .Quinta Edición. Editorial Elsevier E. Barcelona España, S.L.

C.I.E-1971, Virginia Henderson Principios básicos de los cuidados de enfermería 1ª edición Editado por cie PP 63 consultado el 29 de septiembre del 2013 disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/pae/.htm>Books.gogle.es/books

Cisneros F.1986 Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Ed. Manual moderno consultado 2-October-2013 disponible en: [http://artemisa.unicauca.edu.co/pivalencia/Proceso de atención de Enfermeria-PAE.pdf](http://artemisa.unicauca.edu.co/pivalencia/Proceso%20de%20atenci%C3%B3n%20de%20Enfermeria-PAE.pdf).

C.I.E.2006 Definición de enfermería consultado 01-October-2013 disponible en: http://www.indexf.com/las_casas/documentos/lc0164.p.h.p

Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas. Editorial McGraw-Hill. Cuarta edición.

Epidemiología del estado de Morelos
<http://www.morelos.gob.mx/10consejeria/files/PlanesEstatales/Programa-EstSalud2007-2012.pdf> consultado el 13 Octubre del 2013

García A. et al-2004 el modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de valoración del Proceso de Atención de Enfermería consultado el día 3-October-2013

Grinspun, Doris. “Identidad Profesional, humanismo y desarrollo Tecnológico
“Antología Sociedad y Salud P.227

Henderson V. Teorías y modelos para la atención de Enfermería Programa guía Anexo A consultado el día 01 marzo 2012 .pag.55 y 56. Disponible en: www.google.com.mx/Virginia_Henderson.

L.N. Cinthia Ivette Ramos Dr Vicente Delgado López Universidad del valle Atejamac Campus Aguascalientes consultado el día 10- Octubre del 2013

Lineamiento el manejo programático del paciente con tuberculosis fármacos resistentes José caminero Hospital Negria islas canarias España Colombia, 2013 consultado el 14- Octubre del 2013-10-19

Ministerios de protección social República de Colombia Noviembre 2006 consultado el día 08- Octubre-2013

Moorhead Sue, PhD, RN. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC) 2009

NANDA International. Diagnóstico Enfermeros Definiciones y clasificaciones 2009-2011. Edición española. Editorial S.L. Barcelona España. 2010.

NOM-006-SSA2-1993 México D, F a 31 de Enero del 2005.

Programa de Acción Tuberculosis 1ª edición 2001 Secretaria de Salud. Lieja 7 col Juárez 06696 México D.F. (www.sud.gob.mx)

Rodríguez S. Bertha A. 2000 Proceso Enfermero Aplicación Actual Avances Científicos. Editorial Cuellar Aguirre. Zapopan Jal. segunda Edición.

Seguro Social Costa Rica www.ccss.sa.cr/portal page/Gerencia de pensionados consultado el día 07- Octubre-2013

Vázquez G-2008 Generalidades sobre proceso de enfermería consultado el día 4 Octubre-2013 disponible en www.buenastareas.com, Ciencia.

ANEXOS

Anexo I

Glosario

Abandono: A la interrupción del tratamiento contra la tuberculosis, durante 30 días o más.

Baciloscopía: A la técnica de laboratorio que mediante la tinción de ziehl Neelsen preferentemente, permite observar en un frotis Bacilos Acido Alcohol Resistentes (BAAR).

Baciloscopía negativa: a la demostración de ausencia de bacilos acido alcohol resistente, en lectura de 100 campos del frotis de la expectoración o cualquier otro espécimen.

Baciloscopía positiva: a la demostración de uno o más bacilos acido alcohol resistente, en lectura de 100 campos del frotis de la expectoración o cualquier otro espécimen.

Bacilo: Microbio del grupo de las bacterias en forma de bastoncillo, de donde le viene su nombre, Algunos de ellos pueden producir infecciones en el ser humano y otros son causantes de la fermentación. Entre los bacilos patógenos están el de la tifoidea, el tétanos y el bacilo de koch que produce la tuberculosis.

Caso nuevo: Al enfermo en quien se establece por primera vez el diagnostico de tuberculosis.

Caso de tuberculosis: Al paciente en quien se establece el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar o extra pulmonar y se clasifica en caso confirmado o en caso no confirmado, por bacteriología o histopatológica.

Contacto: a la persona que ha estado en relación directa con enfermo de tuberculosis y que ha tenido la oportunidad de contraer la enfermedad.

Contagio. Transmisión de una enfermedad o infección de un individuo a otro; a la transmisión de una infección por contacto directo o indirecto.

Curación: Al caso de tuberculosis que termina su tratamiento, desaparecen los signos clínicos y tiene Baciloscopia negativa en los dos últimos meses o cultivo negativo al final del tratamiento.

Enfermedad. Cualquier estado de comportamiento, causa y pronóstico diferente que requiere intervención.

Epidemiología: A la rama de la medicina que trata de la incidencia, distribución y control de las enfermedades, entre las poblaciones.

Espuito: Materia que procede de las vías respiratorias por expulsión con la tos. Sin ninguna patología pulmonar, su producción es escasa y de tipo mucoso; en inflamaciones e infecciones bronquiales y pulmonares aumenta en cantidad y su composición cambia, se vuelve más purulenta y en ocasiones puede incorporar sangre. El análisis de su composición permite diagnosticar el origen y la patología que lo provoca.

Estudio de contactos: a las acciones dirigidas para diagnosticar personas infectadas o enfermas que conviven o han convivido con enfermos de tuberculosis.

Examen bacteriológico: a la búsqueda de bacilos ácido alcohol resistentes en Baciloscopía o cultivo en muestras de expectoración u otra especímenes.

Factor de riesgo. Al atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución específicamente desfavorable de este proceso.

Flema: Mucosidad que se arroja por la boca, es conveniente analizar para cualquier irregularidad respiratoria, como la tuberculosis.

Fracaso de tratamiento: A la persistencia de bacilos en la expectoración o en otros especímenes al término de tratamiento confirmada por cultivo o a quien después de un periodo de negativización durante el tratamiento tiene Baciloscopía confirmada por cultivo.

Personalización: permite a cada usuario ampliar la experiencia de trabajo de acuerdo a sus necesidades particulares. Esto brinda a los usuarios una interface intuitiva y amigable independientemente del lugar de donde se acceda.

Promoción a la salud: Al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el ciudadano de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

Prueba de tuberculina: prueba que sirve para detectar una infección anterior por Mycobacterium tuberculosis y caracterizada por una reacción inmunitario celular inflamatoria..

Riesgo: A la probabilidad de ocurrencia para una enfermedad, un accidente o un evento dañino.

Tos: Espiración brusca, compulsiva y sonora del aire contenido en los pulmones y es provocada por irritación de la mucosa de la garganta y los bronquios.

Sintomático Respiratorio: persona que tiene tos con expectoración con o sin hemoptisis de más de dos semanas de evolución, en quien debe agotarse todo recurso para el diagnóstico, previo al tratamiento.

Tratamiento Estrictamente Supervisado: al que administra el personal de salud o comunitario capacitado por personal de salud, quien debe confirmar la ingesta y deglución del fármaco para garantizar el cumplimiento del tratamiento.

Tuberculosis: Enfermedad infecciosa generalmente causada por el complejo *Micobacterium*, (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. microti*, *M. africanum* y *M. canettii*) que se transmite del enfermo al sujeto sano por la inhalación de material infectante o a través de la ingestión de leche de vaca contaminada, por dicho complejo, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales bovinos enfermos.

Anexo 2

2.1 Patología

Concepto

Tuberculosis Pulmonar:

La tuberculosis es una enfermedad infecto- contagiosa causada por un grupo de bacterias del orden de actinomicetales de la familia Micobacterium, y el complejo M. tuberculosis se compone por el M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. microti, M. canetti.

Es una enfermedad sistemática que afecta mayoritariamente al sistema respiratorio.

El mecanismo más frecuente de la transmisión es la vía aérea (al toser o al estornudar) por medio de las gotas de flugge que emite una persona enferma con tuberculosis.

Es una enfermedad infectocontagiosa, causada por el Mycobacterium tuberculosis o bacilo de koch. El reservorio principal es el hombre. Se contagia de una persona a otra persona sana por inhalación de gotas de flugge que se esparcen en el aire, se introducen por la nariz o por la boca y llegan hasta los pulmones dando lugar a un proceso inflamatorio local, una neumonitis, una linfangitis y una adenitis, esto se traduce en un cuadro gripal que dura aproximadamente de una a dos semanas, conocida como primo infección tuberculosa.

Antecedentes De La Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad que ha afectado al hombre durante varios siglos, y a pesar de que hace 50 años se consideraba erradicada; en la última década ha cobrado muchas vidas. En la actualidad, cada segundo una persona se infecta con M. Tuberculosis y una persona con la enfermedad activa puede infectar entre 10 a 15 personas por año (Corbett y col (2003). Dye C y col. (1999) Dye C y col (2005)

La tuberculosis se trasmite directamente cuando una persona con tuberculosis pulmonar tose o estornuda, emitiendo un aerosol en donde se

encuentra el bacilo y el sujeto sano lo inhala. Cuando se desarrolla la tuberculosis activa, la localización de la enfermedad y la severidad es muy variable. Primero se desarrolla en pulmones. Pero puede presentarse en otros órganos del cuerpo debido a la diseminación de la bacteria vía hematogena; Por lo que representa la manifestación más seria de la enfermedad (Van Crevel y col. (2002).

La progresión de la tuberculosis está determinada principalmente por la respuesta inmune del hospedero y la eficacia de esta respuesta depende de los diferentes factores tanto de huésped, de la bacteria, como del medio ambiente (Hernández y col. (2004) Smith(2003).

El bacilo puede ser destruido inmediatamente por las células efectoras de la inmunidad innata del hospedero. Una proporción de personas infectadas por M .tuberculosis desarrolla la tuberculosis en forma activa en un tiempo definido de (1 a 3 años), siendo este grupo incapaz de controlar la infección inicial y desarrollar una respuesta protectora adecuada.

Finalmente, la mayoría de las personas infectadas presentan una infección clínicamente latente, pero no se presenta ningún síntoma clínico y tampoco significa riesgo de contagio para la población Flynn y Chan,(2001).

Las actividades de prevención y control de la tuberculosis se iniciaron en México durante la primera década del siglo xx, fundándose así, en el Hospital General de la Ciudad de México, un pabellón para la atención de enfermos.

En 1918 se fundó en el Distrito Federal el primer dispensario anti tuberculosis y en 1928 el Dr. Manuel Gea González presento al Departamento de Salubridad un programa de trabajo para organizar la lucha Anti tuberculosis en el país; consideraba actividades preventivas de docencia asistenciales, así como un proyecto para la producción y aplicación de vacuna BCG.

En 1934 se creó por Decreto Presidencial la Campaña de Lucha contra la Tuberculosis, con un enfoque epidemiológico, estableciendo normas de quimioterapia, y regularizando la prescripción de medicamentos y procedimientos de diagnóstico, en la Secretaria de Salubridad y Asistencia, en 1936 se inició el sanatorio para enfermos de tuberculosis de Huipulco, actualmente conocido como Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

En 1939 se estableció el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis y en 1949 se inauguró el Laboratorio productor de la vacuna BCG, con el auspicio de este Comité.

La Secretaria de Salubridad y Asistencia inicio en 1966 la campaña de vacunación con vacuna BCG indiscriminada a la población escolar, como parte de

esta campaña, se realizaron en el país acciones de pesquisa radiofoto gráfica entre la población.

En 1982 se introdujo el esquema de tratamiento primario de corta duración con la administración de tres fármacos: Isoniacida, Pirazinamida y Rifampicina, con reducción del tratamiento de doce a seis meses. En 1986 se inició tratamiento con fármacos combinados en una sola tableta (Isoniacida, PirazinamidaRifampicina y Etambutol), que comprobó una eficacia del 90% de curación. Flynn y Chan, (2001)

Morbilidad:

De acuerdo con la información disponible en el componente de tuberculosis del SINAVE, en nuestro país se registran cada año cerca de 15 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar y cerca de dos mil defunciones por esta causa, lo que representa una importante pérdida de años potenciales de vida saludable y, por consiguiente, un obstáculo para el desarrollo socioeconómico de México, ya que el promedio de edad de muerte por este padecimiento es de 54 años.

En México en el 2007 se registraron 16,964 casos de tuberculosis en sus formas clínicas, con una tasa de 1603 por cada 100 mil habitantes lo que refleja una disminución de 12.4% respecto a la tasa registrada en el 2000 cuando se identificaron 18,434 casos con una tasa de 18.3% por cada 100 mil habitantes, 14.281 correspondieron a tuberculosis pulmonar, lo que represento una disminución de 15.1% respecto a los 15,649 casos del 2000.

Las tasas de incidencia elevada están en el occidente y Golfo de México y con menor incidencia en los estados del centro. Cabe señalar que Tamaulipas y Baja California duplican la tasa nacional (13.5), y junto con Veracruz, Chiapas, Nuevo León, Jalisco, Sonora, Nayarit, Sinaloa, Guerrero, Oaxaca y Chihuahua concentran 70% de casos identificados en el país.

La TB sigue siendo más frecuentes en varones aunque varía de un estado a otro, lo que puede deberse a factores sociales y de comportamiento.

Del total de casos registrados en el 2007 85% corresponden a la forma pulmonar 5% de forma ganglionar. 1% meníngea y el resto (9%) en otras formas. La mitad de los casos no presentan ninguna enfermedad concomitante, no obstante las más frecuentes asociadas a tuberculosis son; Diabetes Mellitus con 18% (35% en mayores de 40 años) Desnutrición 11.6% (24% en niños alcoholismo 6.8% VIH, SIDA 4%.(Secretaria de salud 2008).

Mortalidad:

En 2006 la mortalidad por tuberculosis fue de 1.8% por cada 100 mil habitantes, al haberse registrado 1,896 defunciones por esta causa, lo que refleja una disminución importante respecto al año de 1997, cuando se registraron 3,663 defunciones con una tasa de 3.9. Comparando el 2006 con el 2000 cuando se registraron 2,850 defunciones y una tasa de 2.8 se advierte un descenso de casi 36%.

Las entidades federativas con mayor número de defunciones por TB pulmonar en el 2006 fueron: Veracruz con (168), Chiapas con (204), Baja California con (234), Jalisco (120), y Nuevo León con (120) que en conjunto concentran 45% de las defunciones. Siendo Chiapas Baja California y Nayarit los más afectados.

Los adultos en edad productiva, en conjunto con los de 65 y más años, concentran 94% de las defunciones con una tasa de 12 defunciones por cada 100 mil habitantes. En general se reconoce una mejora continua en la tasa de detección oportuna y curación. (Secretaría de Salud 2008)

Programa De Acción Contra La Tuberculosis (TAES)

El 26 de Enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM-006-SSA2-1993 para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud. En el mismo año se llevó a cabo la evaluación anual conjunta del Programa de Prevención y control de la Tuberculosis con participación del gobierno de México de la OPS/OMS. Como resultado se recomendó la instrumentación de la Estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) para mejorar las tasas de curación, reducir la morbilidad, la mortalidad y la transmisión del padecimiento, la cual se inició en 1996 en 6 áreas demostrativas, localizadas en los estados de Chiapas, Jalisco, Nayarit, Sonora, Tamaulipas y Veracruz. En Noviembre de 1996y con posterioridad a su evaluación dio inicio la estrategia (TAES) en áreas específicas de las 32 entidades federativas.

La estrategia TAES requiere la participación del personal de salud de las distintas instituciones del sector salud y de la sociedad, garantizar los insumos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de casos, laboratorios y un sistema de información.

El programa se vincula con organismos internacionales y organismos no gubernamentales, como el Comité Nacional de Lucha contra la tuberculosis y

Enfermedades del Aparato Respiratorio, que participa con apoyo financiero para fortalecer las acciones del programa.

Cada año el 24 de Marzo se celebra el “El Día Mundial de la Lucha contra la Tuberculosis fecha correspondiente al descubrimiento del *Micobacterium tuberculosis* por Roberto Koch.

2.2 Fisiopatología

El riesgo de desarrollar tuberculosis pulmonar activa es mayor en pacientes con inmunidad celular alterada. La infección inicia cuando el bacilo alcanza al alveolo pulmonar, lo invade y posteriormente es fagocitada por macrófagos alveolares, donde se replica intracelularmente. El macrófago interactúa con los linfocitos T, lo que resulta en la diferenciación de macrófagos en histiocitos epitelioides, los cuáles juntos con los linfocitos forman granulomas. El bacilo no siempre es eliminado y permanece inactivo causando una infección latente. El sitio de infección primario es el pulmón, llamado foco de Ghon, en ocasiones crece con la progresión de la enfermedad y se resuelve, dejando una cicatriz visible que puede ser densa y presentar focos de calcificación. Durante el estadio temprano de la infección, los microorganismos se diseminan por la vía linfática a la región hilar y mediastino y por la vía hematogena a sitios más distantes. El 5 % de individuos infectados por TB tienen inmune comprometido y la enfermedad activa se desarrolla clínicamente un año después de la infección progresiva primaria. DR Criales Cortés J. México (2009).

Transmisión:

El reservorio de la tuberculosis es el hombre enfermo. Cuando la tuberculosis se localiza en pulmón, los individuos enfermos podrán diseminar el bacilo, ya que al toser, hablar o expectorar eliminarán gotas de saliva (gotas de Flugge) que contienen bacilos, que podrán ser aspirados por individuos susceptibles. Los factores determinantes del contagio incluyen la localización de la tuberculosis (Pulmonar o no), características de la enfermedad (Mayor o menor cantidad de bacilos en el esputo), la duración y frecuencia del contacto entre la persona sana y la enferma, las características del ambiente en que ocurre (inadecuada ventilación) y las condiciones del individuo expuesto (nutrición, enfermedades concomitantes) el 50% de los contactos cercanos de casos de tuberculosis pulmonar con Baciloscopia positiva (pacientes bacilíferas), podrían infectarse, mientras que solo se infectarían el 6% de los contactos cercanos de los enfermos con Baciloscopia negativa.

El paciente con tuberculosis pulmonar permanece infectado mientras no se comienza el tratamiento específico.

Una vez comenzado el tratamiento la tos disminuirá y la cantidad de bacilos en su expectoración (esputo), con lo que disminuirá la posibilidad de contagio; alrededor de determinada la segunda semana de tratamiento, la cantidad de bacilos baja el 1% de la población original

2.3 Estudios de laboratorio y gabinete

Hemoglobina: 12.2

Hematocrito: 27.8

Grupo sanguíneo: "O" RH +

Química sanguínea:

Glucosa: 92mg/dl

Urea sérica 41.2

Creatinina sérica: 1.0

Acido úrico sérico: 3.5

Colesterol: 182

Triglicéridos: 125.2

EGO: normal

Perfil hepático:

Bilirrubina total: 0.6

Transaminasas glutámico oxalacética: 27.2

Proteínas totales: 6.8

Globulina: 3.40

VIH: negativo

VDRL: negativo

2.4 Manifestaciones clínicas

- Fiebre o febrícula por más de dos semanas
- Tos con más de dos semanas
- Pérdida de peso
- Anorexia, hiporexia
- Diaforesis

Todos los órganos pueden desarrollar tuberculosis, las formas frecuentes son. Ganglionar, del sistema nervioso central, renal, genital, peritoneal, cutánea, osteoarticular, miliar, tuberculosis en el oído y perinatal entre otras.

2.5 Tratamiento

El tratamiento es la actividad central de la atención integral del paciente, lo que permite cortar la cadena de transmisión disminuyendo los focos de infección, y a su vez alivia el sufrimiento humano que ocasiona la enfermedad y mejora su calidad de vida logrando la curación.

Todos los fármacos deben administrarse en forma combinada y simultáneamente, ya que facilitan la adherencia, mejoran la eficacia y proporcionan mayor tolerancia.

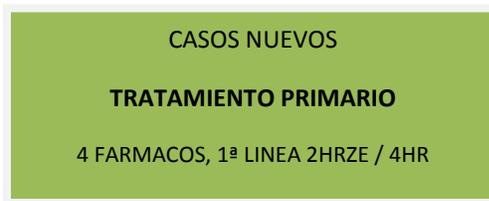
El personal de enfermería es el actor clave y tiene participación importante en este componente del programa, ya que es quien tiene mayor acercamiento durante el proceso y establece comunicación directa con el paciente.

La estrategia para el control de la tuberculosis consiste en proporcionar quimioterapia acortada supervisada a todos los pacientes de tuberculosis con Baciloscopia de esputo positiva. El tratamiento de los casos con la quimioterapia acortada cura la enfermedad e impide la transmisión de los bacilos tuberculosos, es decir la curación es la mejor prevención. El poder de la quimioterapia es tal, que asumiendo que los bacilos sean sensibles a los medicamentos, su administración correcta por el tiempo establecido curará el 100% de todos los casos de tuberculosis. Por lo tanto, a todo caso nuevo de tuberculosis pulmonar se le puede garantizar la curación total.

La administración del tratamiento se realiza supervisando estrictamente la toma de medicamentos y está a cargo del personal de enfermería, promotoras y agentes comunitarios capacitados. La respectiva Administradora (EPS), debe facilitar el mecanismo para que el paciente reciba su Tratamiento Acortado Supervisado cerca a su casa o a su sitio de trabajo, con lo cual se disminuye el riesgo de pérdida o abandono. En la actualidad se dispone de un variado número de medicamentos, entre ellos, los más potentes y conocidos internacionalmente por sus siglas: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), y Etambutol (E).

Esquema de tratamiento.

Primario Acortado (casos nuevos).



Isoniacida (H)
Rifampicina (R)
Pirazinamida (Z)
Etambutol (E)

| | |
|-----------------------|--|
| Fase Intensiva | Diario De Lunes A Sábado 60 Dosis |
| Fármacos | Dosis |
| Rifampicina | 600mg |
| Isoniacida | 300mg |
| Pirazinamida | 1500 A 2000 Mg |
| Etambutol | 1200mg |
| Fase De Sostén | Intermitente, Lunes, Miércoles Y Viernes Hasta Completar 45 Dosis |
| Fármacos | Dosis |
| Isoniacida | 800mg |
| Rifampicina | 600mg |

El tratamiento debe ser ambulatorio en todas las unidades de salud y estrictamente supervisado por el personal de enfermería u otra persona capacitada en la temporalidad del esquema, considerando lo siguiente:

Asegurar el tratamiento completo personalizado para el paciente, anotando su nombre en el exterior de las cajas de ambas faces: intensiva y de sostén.

Contar con área iluminada y con ventilación natural para la administración del medicamento.

El horario debe ser flexible (no hacer esperar el paciente).

Informar al paciente sobre la importancia de la toma del medicamento y la supervisión estricta de este.

El paciente no debe llevar el tratamiento a su casa porque puede olvidar tomarlo.

Los medicamentos deben estar en un lugar seguro de preferencia en el consultorio o en un lugar que proporcione control y resguardo del medicamento así como el respeto de la confidencialidad hacia el usuario

Orientar al paciente y familia sobre el padecimiento y el tratamiento a seguir

Notificar el caso de acuerdo al sistema de información

Registro en la tarjeta de caso y en el cuaderno de seguimiento

Al administrar el medicamento debe tener en cuenta:

- Paciente correcto
- Medicamento correcto
- Dosis correcta
- Horario flexible

2.6 Complicaciones

Ictericia: La Isoniacida, la Rifampicina y la Pirazinamida pueden causar hepatotoxicidad, la ictericia puede presentarse por el consumo de cualquiera de estos fármacos, la ictericia es motivo de valoración médica inmediata y suspensión del tratamiento.

Mareo: Debido a su toxicidad vestibular. Siempre amerita la valoración médica. El Etambutol es el principal causante de neuritis óptica, puede causar escotomas centrales y periféricos, disminución de la agudeza visual y/o alteraciones en la percepción de los colores. La Isoniacida puede causar también neuritis óptica aunque con menor frecuencia.

Convulsiones: Pueden estar asociados a la ingesta de Cicloserina Vomito, dispepsia, epigastralgia, náuseas: Los trastornos gastrointestinales pueden presentarse por la ingesta de medicamentos antituberculosos de primera y segunda línea. Si sospecha que es otra la causa registrarla en observaciones. Es importante el manejo sintomático y preventivo de estas RAFAS. Diarrea: Causada principalmente por el ácido para-amino salicílico (PAS). Mioartralgia: Causada

principalmente por Pirazinamida (relacionada con hiperuricemia) y las fluoroquinolonas.

Rash: Puede deberse especialmente a la Rifampicina, o a cualquiera de los fármacos antituberculosos, debe pasarse a valoración médica todo paciente que presente manifestaciones alérgicas.

Polineuritis (neuralgias): La poli neuropatía periférica es una de las principales manifestaciones de toxicidad por Isoniacida y la Cicloserina, presentan mayor riesgo los pacientes diabéticos, los consumidores de alcohol y los desnutridos, puede iniciarse concomitante con el tratamiento antituberculoso la piridoxina oral, como medida preventiva en estos grupos mencionados, si se sospecha de poli neuropatía, debe el paciente ser valorado de inmediato por personal médico. .

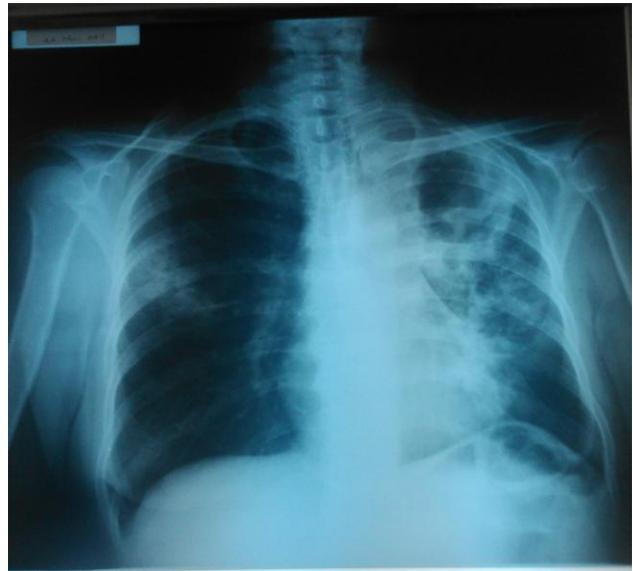
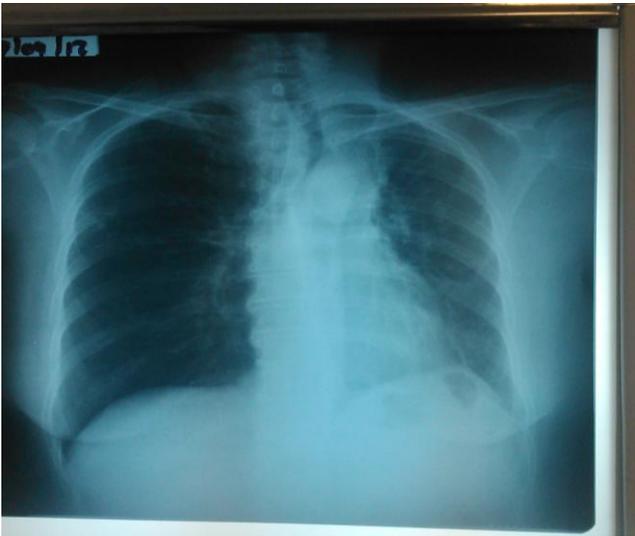
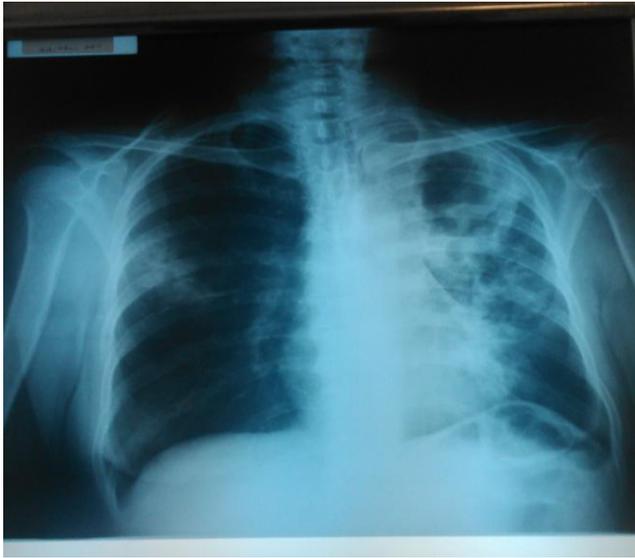
Complicaciones de T.B Pulmonar Adultos.

- Hemoptisis

Que posibles razones se asocian a mala evolución:

- Retardo en solicitar atención medica
- Perdida de oportunidad de quimioprofilaxis
- Falta de tratamiento oportuno
- Criterios diversos para el diagnostico
- Complicaciones propias del tratamiento
- Inadecuada prescripción generadora de fármaco resistencia
- Efectos adversos como hepatitis toxica medicamentosa o neuritis, gastritis.
- Inadecuado seguimiento y estudio epidemiológico que genera permanente ambiente bacilifero.

Tele de tórax de la paciente



Formato tarjeta de registro y control de caso de tuberculosis



TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TUBERCULOSIS

SIS-SS-20-P



UNIDAD: HOSPITAL COMUNITARIO II JURISDICCION: PUENTE DE LEÓN MUNICIPIO: PUENTE DE LEÓN ENTIDAD FEDERATIVA: MORELOS

| DATOS DE IDENTIFICACION | | DIAGNOSTICO | FECHA | TRATAMIENTO |
|-------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|---|
| EXPEDIENTE | | DETECTADO EN: | <u>10/11/11</u> | |
| NOMBRE | <u>BASTISTA DELGADO JULIA</u> | CONSULTA EXTERNA: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | PESQUISA <input type="checkbox"/> | CONTACTO <input type="checkbox"/> |
| CURP | <u>B1A1A10104112M81071L1014</u> | CICATRIZ DE BCG: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | FECHA DE INICIO: <u>10/11/11</u> |
| EDAD | <u>62</u> SEXO: <u>F</u> | LOCALIZACION: PULMONAR <input checked="" type="checkbox"/> MENINGEA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> | | ESQUEMA: |
| OCUPACION | <u>AMA DE CASA</u> | COMPROBACION: BACILOSCOPIA <u>++H</u> | | PRIMARIO <input checked="" type="checkbox"/> |
| DOMICILIO 1 | <u>AGUSTIN MELGARO/N. EL MORELO</u> | CULTIVO <u>+++</u> BIOPSIA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> | | ESTANDARIZADO <input type="checkbox"/> |
| DOMICILIO 2 | | TIPO DE PACIENTE: CASO NUEVO <input checked="" type="checkbox"/> RECAIDA <input type="checkbox"/> | | RETRATAMIENTO <input type="checkbox"/> <u>Do not</u> |
| | | REINGRESO <input type="checkbox"/> FRACASO <input type="checkbox"/> | | FASE DURACION PERIOD. DOSIS |
| | | FARMACORRESISTENCIA <input type="checkbox"/> REFERIDO <input type="checkbox"/> | | INTENSIVA <u>60</u> <u>h, m, v</u> <u>2, 2, 2</u> <u>150 mg</u> |
| | | | | SOSTEN <u>45</u> <u>h, m, v</u> <u>2, 2, 2</u> <u>150 mg</u> |

| CONTROL | | Marque la fecha de cita con una X, al acudir el enfermo a la cita, el personal que administre los medicamentos debera borrar la marca y anotar ahí las iniciales de su nombre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CITAS | ASISTENCIAS | BAAR | | | | | |
|------------|-----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------------|------|-----|----|------|-----------------|-----------------|
| MES | DIA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | | | | |
| DICIEMBRE | | DO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21 | 21 | 6-12-11 (+) | |
| ENERO 2012 | | DO | CUA | BAH | BAH | BAH | BAH | 21 | 26 | 12-01-12 (-) | |
| FEBRERO | | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | 19 | 13/6 | 16-02-12 (-) | |
| MARZO | | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | 17 | 18 | 12-03-12 (-) | |
| ABRIL | | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | 13 | 13 | 27-04-12 (-) | |
| MAYO | | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | BAH | 12 | 13 | 25-05-12 (-) | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-06-12 (-) |

EGRESO: Fecha 31/01/12 CAUSA: Curacion Fracaso Traslado Abandono Defuncion por TB Otro 150



Estudio epidemiológico de tuberculosis

Sem 49 (2)


TB 04-I

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE TUBERCULOSIS

sem 49 clave 19

I DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Afiliación: _____ Folio: _____

NOMBRE: Primitista Delgado Aldia CURP: BADJ4004125430395

FECHA DE NACIMIENTO: 12/04/50 ESTADO: Morlos JURISDICCION: II

MUNICIPIO: Puente de Ixtla EDAD: 61 años 08 meses 2 días SEXO: M F

Ocupación: Amo de casa

ESCOLARIDAD: Ninguna

RESIDENCIA ACTUAL: Agustin Melgar s/n. Col. marcos I Jurisdicción Sanitaria: II

Puente de Ixtla Municipio Puente de Ixtla Localidad

TIPO DE MUNICIPIO: Municipio prioritario TB Municipio población indígena Municipio muy alta marginación
Municipio alta marginación Municipio migración Municipio Arranque Parejo en la Vida

TIEMPO DE RADICAR EN DOMICILIO ACTUAL: Menos de 1 año De 1 a 5 años Más de 5 años

II DATOS DE UNIDAD NOTIFICANTE

III DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de signos y síntomas: 20/10/2011

Signos y síntomas: Puerción to temenim de 74 años que inicia su padecimiento hace 2 meses con fiebre, no acompañada de expectoración, vómitos, dolores a nivel escapular.

Método de diagnóstico: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

1 = Baciloscopia, 2 = Cultivo, 3 = Histopatología, 4 = Clínico, 5 = Radiológico, 6 = Epidemiológico, 7 = Clínico-Epidemiológico, 8 = Otros, 9 = Ignorado

IV LABORATORIO Y GABINETE

| ESTUDIO | RESULTADOS | Fecha de solicitud Día / Mes / Año | Fecha de resultado Día / Mes / Año |
|---------|------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | 3 | 29 / 11 / 11 | 6 / 12 / 11 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1 = Baciloscopia, 2 = Cultivo, 3 = Histopatología, 4 = Rx de tórax, 5 = TAC de cráneo, 6 = PCR, 7 = Citoquímico de LCR, 8 = Otros, Especifique: _____

Resultado de baciloscopia: 1 = BK + (una cruz), 2 = BK ++ (dos cruces), 3 = BK +++ (tres cruces), 4 = BK - (Negativo), 5 = Positivo, 6 = No se realizó, 7 = Muestra inadecuada, 8 = De 1 a 9 bacilos, 9 = Ignorado.

Resultado de cultivo y PCR: 1 = Positivo, 2 = Negativo, 9 = Ignorado.

Resultado para Rx de Tórax, TAC de cráneo, Histopatología y Citoquímico de LCR: 1 = Con datos sugestivos de TB, 2 = Sin datos sugestivos de TB, 9 = Ignorado.

Resultado de otro: 1 = Positivo, 2 = Sugestivo, 3 = Negativo.