



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Clave: 8859-02

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS PROFESIONAL

PACIENTE ADOLESCENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

ELIDET ALEGRIA CARBALLO

ASESORA:

LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY

Coatzacoalcos, Veracruz

Agosto 2022



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.

DEDICATORIA

El esfuerzo y la dedicación en una carrera son un ejemplo y consecuencia de las personas que están detrás y todo lo realizado dentro de este trabajo de investigación va principalmente dedicado a mis padres, por el apoyo a mi educación y por ser los que siempre estuvieron conmigo.

De igual manera, quiero agradecer a mis profesores y personal educativo que fueron los que formaron parte de mi trayecto académico y fueron ejemplo a seguir.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer a todos aquellos que se involucraron en mi trabajo de investigación y a la institución educativa que me permitieron crear una aportación más a lo académico.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestros padres: Alicia Carballo y Juan Luis Alegria, por ser mi contante motivación para concluir mi carrera, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradezco a los docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Sotavento, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión, de manera especial, a la Master Adela Martínez Perry quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente, y directora a cada alumno de la universidad, a quienes a impulsado a ser excelentes profesionales de la salud.

ÍNDICE

1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2 FISIOPATOLOGÍA.....	3
1.3 HISTORIA CLÍNICA.....	8
1.4 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	10
1.6 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	18
1.6.1 EVOLUCIÓN.....	19
1.7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1.1 INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) fue llamada tisis (del latín *phthisis*) por primera vez en la Antigua Grecia por Hipócrates, y su agente causal *Mycobacterium tuberculosis*, descubierto por Robert Koch el 24 de marzo de 1882 y también llamado por ello el bacilo de Koch.¹

La tuberculosis (TBC) es una infección crónica que afecta a los pulmones y otros órganos, producida por el *Mycobacterium tuberculosis*. Actualmente, la TBC sólo designa la enfermedad producida por este bacilo. Es de declaración obligatoria. Es un bacilo aerobio estricto, ácido alcohol-resistente (BAAR) que se transmite de persona a persona por vía aérea.²

La tuberculosis (TB), enfermedad infectocontagiosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, afecta al hombre desde los albores de la humanidad y representa un serio problema de salud a nivel mundial. Infecta con preferencia los pulmones, pero puede localizarse en otros sitios como son la pleura, ganglios linfáticos, sistema osteoarticular, sistema nervioso, abdomen, pericardio entre otros. Es una de las enfermedades infecto-contagiosas más letales y antiguas que afecta al ser humano y que posee una amplia distribución en el mundo; produce cada año la muerte de alrededor de 2 millones de personas.³

La literatura hace referencia también al descubrimiento de la vacuna antituberculosa BCG (Bacilo Calmette-Guerin) por los franceses Albert Leon Charles Calmette y Camille Guérin a principios del siglo XX. La que en 1921 Weill Hallé aplica por primera vez en el ser humano, y al descubrimiento por Selman Waksman de la estreptomycin, primer antibiótico con acción efectiva contra el bacilo de Koch, a partir del cual cambia el pronóstico de la enfermedad.³

Reportes estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran el estimado de la incidencia de TB a nivel mundial, en 2019, se estimaron que 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis, con un estimado de 1.4 millones de muertes por esta infección, de ellas, 208.000 tenían VIH.¹

En las Américas, en 2019, se estimaron 289.000 casos de tuberculosis. La mortalidad estimada para la región fue 22.900, de los cuales el 26% (5.900) corresponde a la co-infección por TB/VIH. También se estimaron 11.000 casos estimados de TB-DR en las Américas para el 2019.

La estrategia para el fin de la Tuberculosis, desarrollada en 2014, la cual también está conforme a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), tiene como principal objetivo poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis. Esta estrategia hace énfasis en los hitos de reducir las muertes por la infección en un 95%, reducir los nuevos casos en un 90% entre 2015 y 2035, y garantizar que ninguna familia enfrente costos catastróficos debidos a la tuberculosis. ³

La enfermedad en el país es notificada, a la secretaria de salud correspondiente para ser tratada, y seguida por las instituciones de salud, pero pesar de todos los avances científico-técnicos, y vigilancia de esta enfermedad, continúa siendo una amenaza para la salud mundial, fundamentalmente a la aparición de cepas multidrogoresistentes al tratamiento, en organismos inmunodeprimidos como pacientes portadores del VIH.⁴

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) ha informado una disminución en la incidencia de la enfermedad en México; sin embargo, se han reportado más de 17 mil casos nuevos y 2,000 defunciones cada año.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó consolidar una estrategia de lucha antituberculosa denominada "estrategia TAES" (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado).³

La tuberculosis es una enfermedad muy antigua y a pesar del avance científico y social alcanzado, continúa siendo un inminente peligro para la salud. Constituye un compromiso político de todas las naciones mejorar y desarrollar programas y servicios de salud para el mejor desempeño en la lucha contra esta enfermedad.⁵

1.2 FISIOPATOLOGÍA

La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Se trata de una enfermedad curable y prevenible.¹

La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos de estos bacilos para quedar infectada.⁴

Se calcula que una cuarta parte de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis, lo que significa que dichas personas están infectadas por el bacilo, pero (aún) no han enfermado ni pueden transmitir la infección. Las personas infectadas por el bacilo tuberculoso tienen un riesgo de enfermarse de tuberculosis a lo largo de su vida de entre el 5% y el 10%. Las personas inmunodeprimidas, por ejemplo, las que viven con el VIH o padecen desnutrición o diabetes, así como los consumidores de tabaco, corren un riesgo mucho mayor de enfermarse.⁵

Las micobacterias son bacilos aerobios pequeños, de crecimiento lento. Tienen como característica distintiva una envoltura celular compleja rica en lípidos responsable de su clasificación como ácido alcohol resistentes (es decir, resistentes a la decoloración por ácido después de su tinción con carbofucsina) y la relativa resistencia a la tinción con la técnica de Gram. La infección micobacteriana más común es la tuberculosis.

La tuberculosis puede ocurrir en 3 etapas:

- Infección primaria
- Infección latente
- Infección activa

En un principio, el bacilo *M. tuberculosis* causa una infección primaria que no suele producir una enfermedad aguda. La mayoría (alrededor del 95%) de las infecciones primarias no produce síntomas y al finalizar ingresa en una fase latente. Un porcentaje variable de las infecciones latentes se reactiva con signos y síntomas de la enfermedad.⁶

La infección no suele transmitirse durante el estadio primario y no contagia en la fase latente.

Infección primaria

La infección requiere la inhalación de partículas bastante pequeñas para que atraviesen las defensas respiratorias altas y se depositen en las regiones profundas de los pulmones, en general en los espacios aéreos subpleurales de los lóbulos medio o inferior. Las gotas más grandes tienden a alojarse en las vías aéreas más proximales y no producen infección. La enfermedad suele originarse en un solo núcleo de gotas, que transporta unos pocos microorganismos. Tal vez un solo microorganismo pueda ser suficiente para causar la infección en personas susceptibles, pero las personas menos susceptibles pueden requerir la exposición repetida para desarrollar la infección.⁵

Para iniciar la infección, los macrófagos alveolares deben ingerir a los bacilos *M. tuberculosis*. Los bacilos no destruidos por los macrófagos se replican dentro de ellos y, por último, matan a los macrófagos que los hospedan (con la cooperación de los linfocitos CD8); las células inflamatorias son atraídas al área, donde causan una neumonitis localizada para formar los tubérculos característicos en el examen histológico.

Durante las primeras semanas de la infección, algunos macrófagos infectados migran a los ganglios linfáticos regionales (p. ej., hiliar, mediastínico), donde acceden a la corriente sanguínea.

Luego, los microorganismos se diseminan por vía hematógica hacia cualquier parte del cuerpo, en especial la porción apicoposterior de los pulmones, las epífisis de los huesos largos, los riñones, los cuerpos vertebrales y las meninges. La diseminación hematógica es menos probable en pacientes con inmunidad parcial debida a la vacunación o a una infección natural anterior con *M. tuberculosis* o micobacterias ambientales.⁶

La **infección latente** ocurre después de la mayoría de las infecciones primarias. En aproximadamente el 95% de los casos, tras alrededor de 3 semanas de crecimiento ilimitado, el sistema inmunitario inhibe la replicación bacilar, generalmente antes de que aparezcan signos o síntomas. Los focos de bacilos en los pulmones u otros sitios se transforman en granulomas de células epitelioides, que pueden tener centros caseosos y necróticos. Los bacilos tuberculosos pueden sobrevivir en este material por años, y el balance entre la resistencia del huésped y la virulencia del microorganismo determina la posibilidad de que la infección resuelva sin tratamiento, permanezca latente o se active. Los focos infecciosos pueden dejar cicatrices fibronodulares en los ápices de uno o ambos pulmones (focos de Simon, que generalmente se generan como resultado de la llegada por vía hematógica desde otro sitio de infección) o pequeñas zonas de consolidación (focos de Ghon). Un foco de Ghon con afectación ganglionar es un complejo de Ghon que, si se calcifica, se llama complejo de Ranke. La prueba de la tuberculina y los ensayos de liberación de interferón gamma en sangre (IGRA) se positivizan durante la fase latente de la infección. Los sitios de infección latente son procesos dinámicos, no del todo inactivos como se creía antes.⁷

Con menor frecuencia, el foco primario progresa inmediatamente y causa una enfermedad aguda con neumonía (a menudo cavitaria), derrame pleural y aumento significativo del tamaño del mediastino o los ganglios linfáticos hiliares (que, en los niños, pueden comprimir los bronquios). Los derrames pleurales pequeños son sobre todo linfocíticos, contienen típicamente pocos microorganismos y resuelven en pocas semanas. Esta secuencia puede observarse con mayor frecuencia en

niños pequeños y en pacientes inmunodeficientes infectados recientemente o reinfectados.

La tuberculosis extrapulmonar puede aparecer en cualquier sitio y manifestarse sin evidencias de compromiso pulmonar. Las adenopatías tuberculosas son la presentación extrapulmonar más común; no obstante, la meningitis es la más temida debido a su elevada tasa de mortalidad en los extremos de la vida.⁵

Enfermedad activa

Las personas sanas que están infectadas por la tuberculosis tienen un riesgo del 5 al 10% de desarrollar la enfermedad activa durante su vida, aunque el porcentaje varía de manera significativa según la edad y otros factores de riesgo.

En el 50 al 80% de las personas con enfermedad activa, la tuberculosis se reactiva dentro de los primeros 2 años, pero ésta puede manifestarse también varias décadas más tarde.⁶

Cualquier órgano sembrado por la infección primaria puede alojar un foco de reactivación, aunque se identifican con mayor frecuencia en los vértices pulmonares, lo que puede deberse a las condiciones más favorables, como la tensión elevada de oxígeno. Los focos de Ghon y los ganglios linfáticos hiliares comprometidos tienen menos probabilidades de reactivarse.

Algunos de los Signos y síntomas de TBP:

- Tos seca
- Tos con flema
- Fiebre
- Diaforesis
- Adinamia
- Cefalea

- Pérdida de Peso
- Rigidez de cuello
- Debilidad muscular
- Nauseas
- Vomito

Las patologías que deterioran la inmunidad celular (que es esencial para la defensa contra la tuberculosis) facilitan significativamente la reactivación. Por lo tanto, los pacientes coinfectados por el HIV que no reciben la Tratamiento apropiado tienen un riesgo del 10% anual de desarrollar la enfermedad activa.⁷

Otras patologías que facilitan la reactivación, pero en menor medida que la infección por HIV, incluyen

- Diabetes
- Cáncer

La tuberculosis lesiona los tejidos a través de una reacción de hipersensibilidad retardada (DHT), que provoca necrosis granulomatosa típica con aspecto histológico de necrosis caseosa. Las lesiones pulmonares suelen ser cavitarias, en especial en pacientes inmunodeficientes con compromiso de la hipersensibilidad retardada. El derrame pleural se encuentra con menor frecuencia que en la tuberculosis primaria progresiva, pero puede aparecer como resultado de la extensión directa de la infección o de la diseminación por vía hematógena. La rotura de una lesión tuberculosa grande en el espacio pleural puede causar un empiema con o sin fístula broncopleural, y a veces neumotórax.⁷

1.3 HISTORIA CLÍNICA

Adolescente de 15 años, estudiante, residente del municipio de Cosoleacaque, que convivió en casa de su padre, familiar alcohólico enfermo de tuberculosis pulmonar, quien no recibió tratamiento por falta de diagnóstico oportuno y falleció en noviembre del 2020. A finales del mes de abril del 2021, comienza con síntomas respiratorios dado por tos con expectoración amarillo-verdosa generalmente por la tarde y noche, fiebres que no sobrepasaban de 38,5 °C y aparecían al caer la tarde. Acompañan a este cuadro la pérdida del apetito y de peso, así como decaimiento. Consulta al médico de medio particular y le impone tratamiento con Amoxicilina. Continuaba, con los síntomas y acude nuevamente al médico particular donde en esta ocasión se le realizan exámenes de laboratorio de BAAR seriado. La madre decide acudir al IMSS, el médico familiar le recibe la muestra de medio particular de BAAR seriado, y manda a realizar Tele de tórax.

Examen físico en sala

Febril: Temperatura de 37,8 o C.

Mucosas hipocoloreadas y húmedas.

Adelgazamiento marcado: Peso anterior 68 kg peso Actual 52 kg y Talla 160 cms.

Respiratorio: Murmullo vesicular disminuido notablemente hacia la mitad superior del hemotórax izquierdo, crepitantes algo gruesos en un área limitada, con cierta matidez percutoria, y frecuencia respiratoria de 18 x min.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos ni roces, frecuencia cardíaca 67 x min.

Presión arterial 110/70.

Resto sin alteraciones de interés.

Complementarios realizados en sala

Prueba rápida de VIH: no reactiva.

Espudo BAAR 1: ++

Espudo BAAR 2: ++

Radiología simple del Tórax PA: Radiopacidad no homogénea en lóbulo superior del pulmón izquierdo con áreas de cavitación.

Conclusiones diagnósticas

Tuberculosis pulmonar activa.

Tratamiento

Se iniciará tratamiento Antifímico con 2 fases.

NOM-006- SSA2-2013 Para la prevención y control de la tuberculosis

Tratamiento individualizado de primera línea consta de 2 fases:

Fase de intensiva: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, estreptomicina y etambutol.

(Dosis, de lunes a sábado, hasta completar 60 dosis, administración en una sola toma)

Fase de sostén:

Isoniacida y Rifampicina

(Intermitente 3 veces por semana lunes, miércoles y viernes, hasta completar 5 dosis).

Baciloscopia mensual por 6 meses

Seguimiento y notificación por Epidemiología para el (TAES) tratamiento acortado estrictamente supervisado.

1.4 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Masculino adolescente de 15 años, estudiante, residente del municipio de Cosoleacaque, habita en casa de material con 2 recámaras con su mamá y su hermana, paciente refiere antecedentes familiares de Tuberculosis.

A la interrogación refiere tener actividad física, descanso y sueño fisiológico, a la inspección Céfalo - Caudal se encuentra piel ligeramente pálida, uñas y dedos íntegros, mucosas orales hipocoloreadas y húmedas, cuello cilíndrico, no se palpan nódulos, tórax se encuentra simétrico, a la auscultación hay murmullo vesicular disminuido con crepitaciones, abdomen asignológico sin presencia de masas, ruidos y movimiento peristáltico presentes, evacuaciones y uresis presente, aparente pérdida de peso, genitales de acuerdo a su edad y sexo, miembros torácicos y pélvicos íntegros.

Signos Vitales:

T/A: 110/70 mmHg

FC: 67 x´

FR: 15x´

Temp: 37.8

Spo2: 97%

Peso: 52 Kg

Talla: 1.60 cms

Inicia sintomatología a finales del mes de abril del 2021 con tos con flema, pérdida de peso, debilidad muscular, pérdida del apetito, así como decaimiento.

1.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS	TIPO DE DIAGNÓSTICO	DOMINIO	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETIOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
-Tos -Expectoración amarilla- verdosa -Fiebre -Mucosas hipocoloreadas y húmedas -Murmullo vesicular disminuido notablemente hacia la mitad superior del hemotórax izquierdo crepitantes gruesos en área limitada	Real	04: Actividad/ Reposo	Patrón respiratorio ineficaz	Deterioro musculoesquelético	Disminución de la capacidad vital	Patrón respiratorio ineficaz, R/C Deterioro musculoesquelético M/P Disminución de la capacidad vital

NANDA / NOC

NOMBRE: X	EDAD: 15	GÉNERO: M	PESO: 52 kg	TALLA: 1.60
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Tuberculosis pulmonar			FECHA: X	
NIVEL: 1ER NIVEL	ESPECIALIDAD: EPIDEMIOLOGIA		SERVICIO: X	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD.)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO: 04 Actividad/ Reposo	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
CLASE: 04 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	DOMINIO: 02 Salud fisiológica	41501 Frecuencia respiratoria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave de rango normal 2. Desviación sustancial de rango normal 3. Desviación moderada de rango normal 4. Desviación leve de rango normal 5. Sin desviación del rango normal 	AUMENTAR: 4
00032: Patrón respiratorio ineficaz, R/C deterioro musculoesquelético M/P disminución de la capacidad vital	CLASE: E cardiopulmonar	41502 Ritmo respiratorio		
	RESULTADO: 0415 estado respiratorio	41503 Profundidad de la inspiración		
		41504 Ruidos respiratorios auscultados		
		41507 Capacidad vital		
		41522 Sonidos respiratorios		REAL: 2
		41530 Fiebre		
		41531 Tos		

NIC

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	BIBLIOGRAFÍA
--	---------------------

(NIC)		
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES		
CAMPO: 02 FISIOLÓGICO: COMPLEJO	CLASE: K CONTROL RESPIRATORIO	<p>1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. España S.L.U. 2015</p> <p>2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 5ª Edición. Editorial Elsevier, España S.L 2014</p> <p>3.- Bulechek H. K. Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ª Edición. Editorial Elsevier, España 2014</p>
ACTIVIDADES		
<p>323001 Determinar la presencia de contraindicaciones para el uso de fisioterapia torácica</p> <p>323002 Determinar segmentos pulmonares que contienen secreciones excesivas</p> <p>323005 Golpear el tórax de forma rítmica y en sucesión rápida utilizando las manos ahuecadas sobre la zona que se va a drenar durante 3 a 5 minutos evitando la percusión sobre la columna.</p> <p>323012 Animar al paciente a que tosa durante y después del procedimiento</p> <p>323014 Realizar fisioterapia torácica al menos 2 horas después de comer</p> <p>323015 Explicar al paciente la finalidad y los procedimientos usados en la terapia</p> <p>323018 Monitorizar la cantidad y características de las secreciones.</p> <p>323019 Aplicar sistemas neumáticos, acústicos o eléctricos de persecución torácica</p>		
ELABORÓ: Elidet Alegría Carballo	ASESORÓ: Lic. Adela Martínez Perry	AGOSTO 2022

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS	TIPO DE DIAGNÓSTICO	DOMINIO	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETIOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
Pérdida de apetito Pérdida de peso Decaimiento Fatiga Caída de cabello	Real	02: Nutrición	Clase 1: Ingestión desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades	Factores biológicos	Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal	Desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades R/C factores biológicos, M/P peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal

NANDA / NOC

NOMBRE: X	EDAD: 15	GÉNERO: M	PESO: 52 kg	TALLA: 1.60
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Desequilibrio nutricional			FECHA: X	
NIVEL: 1ER NIVEL	ESPECIALIDAD: EPIDEMIOLOGIA		SERVICIO:X	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD.)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO: 2 Nutrición	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
CLASE: 01 Ingestión 00002: Desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades R/C factores biológicos, M/P peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal	DOMINIO: 02 salud fisiológica CLASE: k Digestión y Nutrición RESULTADO: 1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos	100801 Ingestión alimentaria oral 100802 Ingestión de líquidos orales 100804 Administración de líquidos (i.v.) 100805 Administración de líquidos con nutrición parenteral	1. Inadecuado 2. Ligeramente Adecuado 3. Moderadamente Adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado	AUMENTAR: 4 REAL: 2

NIC

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		BIBLIOGRAFÍA
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES		
CAMPO: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO	CLASE: D APOYO NUTRICIONAL	
ACTIVIDADES		
<p>124001 Ayudar a la realización del diagnóstico</p> <p>124004 Observar si hay náuseas o vómitos</p> <p>124006 Administrar medicamentos para reducir las náuseas y el dolor antes de comer si es necesario</p> <p>124008 Controlar los niveles séricos de albumina, linfocitos y electrolitos</p> <p>124009 Fomentar el aumento de ingesta de calorías</p> <p>124011 Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados para poder seleccionar algunos</p> <p>124013 Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas si es necesario</p> <p>124018 Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida</p> <p>124019 Servir las comidas de forma agradable y atractiva</p> <p>124024 Reconocer que la pérdida de peso puede formar parte de del proceso natural de una enfermedad terminal</p> <p>124025 Enseñar al paciente y a los miembros de la familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso</p>		<p>1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. España S.L.U. 2015</p> <p>2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 5ª Edición. Editorial Elsevier, España S.L 2014</p> <p>3.- Bulechek H. K. Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ª Edición. Editorial Elsevier, España 2014</p>
ELABORÓ: Elidet Alegría Carballo	ASESORÓ: Lic. Adela Martínez Perry	AGOSTO 2022

1.6 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

- ✓ En toda persona con tos productiva ≥ 2 semanas se debe sospechar TBP, por lo tanto, se requiere efectuar el estudio integral y la búsqueda intencionada de *M. tuberculosis*.
- ✓ El manejo supervisado verificando la ingesta de los medicamentos logra una tasa elevada de curación.
- ✓ Es indispensable efectuar el seguimiento clínico y radiológico en forma estrecha, para detectar en forma oportuna complicaciones o fracaso terapéutico que requieran de otro tipo de intervenciones.
- ✓ Cada Institución de Salud que prescribe tratamiento antifímico, debe contar con un sistema que brinde supervisión de la toma de medicamentos y apoyo para el conocimiento de la enfermedad y la importancia del apego del paciente al tratamiento.
- ✓ Todos los pacientes con tuberculosis pulmonar deben ser monitorizados para evaluar la respuesta terapéutica mediante el estudio microscópico del esputo, al menos dos muestras al completar la fase inicial (dos a tres meses), a los 5 meses y al término del tratamiento.⁸

1.6.1 EVOLUCIÓN

El paciente es enviado al área de Epidemiología para su revaloración, esta, entrega indicaciones sobre el tratamiento específico para la tuberculosis pulmonar, que consta de seis meses con 1 baciloscopia mensual y bajo la vigilancia de dicho tratamiento llamado TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado).

Así también se le notificó al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), como esta establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

1.7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Milton Jam Rivero, Yusbiel J. León Valdivies, Dianelys P. Sierra Martínez, Blas Clemente Jam Morales Revista cubana de Medicina General Integral Vol. 3 página: 321-330. [Internet]. Cien Fuegos, Cuba. [Citado en: 2017] [Consultado el día 15 de octubre 2021] Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2017/cmi173e.pdf>

2.- Silvia Lozano Alonso. Centro de Salud Barbastro Organización Mundial de la Salud Ginebra: OMS; 2018 Temas de salud. Tuberculosis. Varma-Basil M., Nair D. Molecular epidemiology of tuberculosis: Opportunities & challenges in disease control. Indian J Med Res. 2017 Jul; 146 (1): 11-14. [Internet]. [Citado el: 26 de Enero de 2018] [Consultado el día 20 octubre 2021] Disponible en:

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/fisiopatologia-y-diagnostico-de-la-tuberculosis/#:~:text=En%20la%20TBC%20pulmonar%20los,radiograf%C3%ADa%20de%20t%C3%B3rax%20presenta%20cavernas.>

3.- Ena Paneque Ramos, Liana Yanet Rojas Rodríguez, Maritza Pérez Loyola. Vol.17 no.3 [Internet]. La Habana, Cuba. [Citado en: mayo.-jun. 2018] [Consultado el día 10 de noviembre 2021] Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300353

4.- OMS, Organización Panamericana de la Salud [Internet] EE. UU.[Consultado el día 20 noviembre 2021] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>

5.- Organización Mundial de a Salud [Internet] Suiza, Europa [Citado el: 14 de octubre del 2021] [Consultado el día 15 enero 2022] Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

6. Dylan Tierney, Edward A. Nardell, Manual MSD. Global Tuberculosis Report 2017: Executive Summary [Internet] [Citado el: 05 de Abril 2018] [Consultado el día 20 Enero 2022] Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis>

7.- Dra. Lisset Méndez Fleitas, Dra. Yanet Carmona Denis, Dra. Carmen Escalona Robaina, Dr. Luis Moreno Peña, Dr. Juan Alberto Ortega Peñate, Rev.Med.Electrón. Vol.40 no.2. [Internet]. Matanzas, Cuba. [Citado el: Marzo - Abril. 2018] [Consultado el 25 enero 2022] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200010

8.- Guía práctica clínica, IMSS-070-08, Tuberculosis Pulmonar [Internet] [Consultado el día 01 Febrero 2022] Disponible en: http://www.imss.gob.mx/guias_practicaclinica?field_categoria_gs_value=All&page=18