



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

---

---

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

**APLICADO A UNA PACIENTE CON ALTERACIÓN EN  
LOS PROCESOS FAMILIARES SECUNDARIO A  
TUBERCULOSIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**TERESA VELÁZQUEZ NAVA**  
No. DE CUENTA: 402101631

**DIRECTORA DE TRABAJO  
MTRA. MA. DEL PILAR SOSA ROSAS**

**MEXICO, D.F. 2007**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MIS PADRES**

*Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi Carrera Profesional siendo para mí la mejor herencia.*

*A mi madre que es el ser más maravilloso del mundo. Gracias por el apoyo moral, su cariño y comprensión que desde pequeña me ha brindado, por guiar mi camino y estar siempre junto a mí en los momentos más difíciles.*

*A mi padre porque desde pequeña ha sido para mí un hombre grande y maravillosos que siempre he admirado. Gracias por guiar mi vida con energía, esto es lo que ha hecho de mí lo que soy.*

*Con amor, respeto y admiración.*

**TERESA**

## ÍNDICE

|   | Pág. |
|---|------|
| I.- Introducción.....                             | 1    |
| II.- Objetivos.....                               | 2    |
| III.- Marco Teórico                               |      |
| 3.1.- Cuidado.....                                | 3    |
| 3.2.- Historia de Enfermería en México.....       | 5    |
| 3.3.- Patrones Funcionales de Marjory Gordon..... | 11   |
| 4.- Proceso de Atención de Enfermería (PAE)       |      |
| 4.1.- Antecedentes Históricos.....                | 17   |
| 4.2.- Concepto del PAE.....                       | 19   |
| 4.3.- Etapas del PAE                              |      |
| 4.3.1.- Valoración.....                           | 20   |
| 4.3.2.- Diagnóstico.....                          | 20   |
| 4.3.3.- Planeación.....                           | 21   |
| 4.3.4.- Ejecución.....                            | 23   |
| 4.3.5.- Evaluación.....                           | 23   |
| IV.- Presentación del caso.....                   | 25   |
| V.- Instrumento de valoración.....                | 26   |
| VI.- Plan de cuidados.....                        | 38   |
| VII.- Plan de alta.....                           | 51   |
| VIII.- Evaluación.....                            | 53   |
| IX.- Conclusiones.....                            | 55   |
| Bibliografía.....                                 | 56   |
| Anexos  |      |
| Tuberculosis Pulmonar.....                        | 57   |

## **I.- INTRODUCCIÓN**

**El Proceso Atención de Enfermería (PAE), es el método mediante el cual se aplica la práctica de enfermería. Es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.**

**El proceso de enfermería como instrumento en la práctica profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención; individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Ofrece ventajas para el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional y le proporciona información para investigación; al paciente le permite participar en su propio cuidado, le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada, continua y de calidad, de acuerdo a la priorización de sus problemas.**

**El uso del Proceso atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto en atención.**

**La implementación del PAE se realizó mediante un instrumento de valoración basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon el cual dio como resultado los diagnósticos de enfermería para posteriormente realizar el plan de cuidados. El PAE se llevará a cabo en una paciente con alteración en los procesos familiares secundario a Tuberculosis Pulmonar que es una enfermedad infectocontagiosa que además de ocasionar que la paciente sea rechazada por las personas, ya que temen contagiarse, también provoca en la paciente problemas emocionales que posteriormente alteran sus patrones de vida.**

## **II.- OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

**Aplicación del Proceso Atención de Enfermería a una paciente con alteración en los procesos familiares realizando la valoración mediante un instrumento basado en los patrones funcionales para identificar la presencia de alteraciones.**

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**Identificar las etapas del Proceso Atención de Enfermería y desarrollarlas con base a la información obtenida para poder brindar una atención de mayor calidad a la paciente.**

**Brindar los cuidados adecuados a la paciente de acuerdo a los patrones alterados y a los diagnósticos encontrados de tal forma que puedan ser aplicados de manera individualizada y así mismo mejorar su estado de salud.**

### III.- MARCO TEÓRICO

#### 3.1.- CUIDADO

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que ésta pueda persistir. Los hombres, han tenido siempre la necesidad de cuidados.<sup>1</sup>

Cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: del individuo, del grupo, de la especie.

Antes los cuidados no eran propios de un oficio, ni de una profesión simplemente eran actos que cualquier persona podía realizar, pero siempre con el fin de ayudar a alguien a asegurar lo necesario para mantener la vida.

La historia de los cuidados se deriva de dos orientaciones entre las cuales hay una estrecha relación, la primera consiste en asegurar la continuidad de la vida, ya sea del grupo o de la especie teniendo en cuenta lo que es indispensable para asumir las funciones vitales. Con esta necesidad, se da lugar a un conjunto de actividades de las que se harán cargo hombres y mujeres. Pero para la organización de estas actividades se toma en cuenta la complejidad de las mismas por lo que se da una división sexual marcando el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica.

*Cuidar* es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo.

---

<sup>1</sup> Françoise Collière, Marie, *Promover la vida*, Ed. Interamericana McGraw-Hill, Madrid 1995, p. 5.

***Cuidar y vigilar* representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.<sup>2</sup>**

Después de esta orientación y para poder mantener la vida, surgen preguntas sobre lo bueno y lo malo, para permitir que prosiga la vida de los individuos y del grupo. Con la aparición de cuestiones como estas surge la orientación metafísica que intenta discernir el origen del bien y del mal, interpreta y designa las fuerzas benéficas y maléficas, y por tanto, de la enfermedad y la muerte. Esto nace y es apoyado por las constataciones que se hacen a partir de lo que han vivido los hombres y mujeres en el universo físico que habitan, y al mismo tiempo descubrir lo desconocido de éste, que es prodigioso y amenazante a la vez, que da miedo. Con todo esto los grupos ratificaron las prácticas de sus cuidados habituales de acuerdo a lo permitido y lo prohibido.

Todo esto se ha ido transformando conforme avanza la historia de la humanidad, dando lugar al nacimiento de nuevos descriptores del mal, los médicos. El médico aparece como un especialista mediador de los signos y síntomas indicadores de un mal determinado, del que el enfermo es portador. Pero aún así para finales del siglo XIX tanto los métodos de investigación como las terapias médicas seguían siendo someras y precarias, así como también eran limitados los cuidados y tratamientos médicos.

Aprender la práctica de los cuidados exige volverlos a centrar en su principal finalidad: permitir que la vida continúe y se reproduzca. Por ello, hombres y mujeres escrutan el universo que les rodea, intentando conciliarlo, al mismo tiempo que se esfuerzan en alejar el mal. Pero no basta con alejar el mal, con separar del grupo a aquel que es juzgado como portador del mal, de la falta o del pecado. Es posible producir “una separación física del mal”, e intentar erradicar aquello que puede matar, con el riesgo de no poner atención en lo que aún vive, en lo que puede hacer vivir, en lo que da sentido a la vida.

---

<sup>2</sup> Ibid., p.7.

Los cuidados médicos sustituyen a los cuidados para el mantenimiento de la vida y a los cuidados curativos. Cuidar se convierte en tratar la enfermedad. Todo esto ha influido en el discurrir de la enfermería y ha contribuido a dificultar la identificación de los cuidados de enfermería.

La historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por mujeres, explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de la práctica curativa ejercida por mujeres en el sentido hospitalario y en los dispensarios de pueblos y barrios, pasando a denominarse “*CUIDADOS DE ENFERMERÍA*”.

### 3.2.- HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO

La medicina azteca la enseñaba el padre al hijo que quisiera seguir la misma profesión. Los cirujanos eran hábiles en componer fracturas, sabían hacer tracciones y entablar los miembros. Cortés fue atendido con éxito por un cirujano tlaxcalteca que le suturó una herida en la cabeza. Usaban mucho el baño de vapor llamado *temazcalli* o hipocausto mexicano: en un horno muy grande de forma abovedada con una entrada baja al frente, metían al enfermo colocándolo desnudo sobre una esfera. El enfermo sudaba copiosamente y para refrescarlo se le daban, a intervalos, bebidas de hierbas medicinales. Al terminar la sesión se le sacaba bien envuelto a un departamento contiguo. Los españoles, viendo los buenos efectos de este tratamiento en determinadas enfermedades, lo conservaron durante mucho tiempo.

El médico indígena tenía ciertos conocimientos de anatomía porque presenciaba los sacrificios humanos. Usaba términos definidos para las partes del cuerpo, para las funciones fisiológicas y para muchas enfermedades.

El cirujano manejaba hábilmente las navajas de obsidiana de extraordinario filo. La trepanación fue muy común en México. Se han encontrado cráneos con trepanaciones circulares y rectangulares, ya con regeneraciones de tejido óseo, lo que prueba el éxito de la operación.

*Ticitl* era el nombre dado a las parteras, que vigilaban a su paciente durante el embrazo y después del parto. Su habilidad sorprende cuando descubrimos que sabían hacer versión en caso de la mala posición del feto. Su trabajo era acompañado de largo ritual que variaba con el sexo del niño y su estado social. Al bañarlo le decían: “Este baño te lavará las manchas que sacaste del vientre de tu madre, te limpiará el corazón y te dará una vida buena y perfecta”. Seguía un largo discurso para la madre.<sup>3</sup>

Pedro de Gante en 1530 fundó el Hospital Real de Naturales, llamado también Hospital Real de San José de los Naturales, en cuyos archivos se citan entre el personal un cirujano, enfermero mayor y enfermeras. Fue un centro de estudios médicos y quirúrgicos que llegó a tener cupo para mil pacientes y dio servicio hasta 1822.

El obispo Zumárraga, fundó en 1540, el Hospital del Amor de Dios para enfermos venéreos, al cual siguieron otras fundaciones de asilos, colegios y más hospitales.

Los indios eran muy sensibles a enfermedades desconocidas para ellos. “Una horrible peste picó entre los naturales en 1576, que para curarla no bastaron los muchos médicos que había, y aunque estos se hubieran multiplicado, no hubieran sido de provecho, siéndoles incógnita la causa y sus remedios. No perdonó sexo ni edad y causaba horror entrar en las casas de los apestados y hallar a los moribundos niños entre los cuerpos de sus difuntos padres. En el Hospital Real, por orden del arzobispo don Pedro Moya de Contreras, se hicieron disecciones de cadáveres por el Dr. Juan de la Fuente; pero nada determinaron.

---

<sup>3</sup> Sister Charles, Marie Frank, *Desarrollo histórico de la enfermería*, Ed. La prensa Médica Mexicana, México 1987, p. 170.

Viendo esto el arzobispo llamó a los superiores de los religiosos y les encomendó el cuidado de los apestados. Los padres franciscanos, dominicos, agustinos y jesuitas, se distribuyeron por los barrios de los indios de esta manera: los unos llevaban alimentos y medicinas; otros oían sus confesiones, les administraban el Viático y la Extremaunción y los exhortaban a morir cristianamente; en seguida venían otros que sacaban de las casa los muertos y los llevaban a enterrar a las iglesias vecinas. Ayudaron en el piadoso trabajo los seculares; pero sobre todo las mujeres, las matronas e hijas de los españoles que se mostraban en esta ocasión madres de los desvalidos indios. Corrían acompañadas de sus criadas de casa en casa por aquellos barrios, limpiando las horrruras de los enfermos, conociendo, como era verdad, que la incuria y desaseo eran causa de tanto mal. Los proveían de ropa limpia y les suministraban los alimentos delicados que su caridad les sugería, y como para el cuidado de los enfermos estaban dotadas de particular gracia, a muchos les libraron de la muerte”.

Carlos V especificaba en su cédula del 7 de octubre de 1541: “encargamos y mandamos a nuestros virreyes, audiencias y gobernadores que con especial cuidado provean que en todos los pueblos de españoles e indios, de sus provincias y jurisdicciones, se funden hospitales donde sean curados los pobres enfermos, y se ejercite la caridad cristiana”.

El primer concilio eclesiástico de México, en 1555, ordenó que al lado de cada iglesia se edificara un hospital para refugio de enfermos pobres y para que los sacerdotes pudieran visitarlos fácilmente y administrarles los sacramentos. El tercer obispo de México, don Pedro Moya de Contreras (1572), pudo escribir: “En todos los pueblos que son cabeceras de indios, hay hospitales hechos con el trabajo, costa y limosna de los mismos indios”.

Los franciscanos y los agustinos fueron los que más se distinguieron en la fundación y dirección de los hospitales. Los indios y sus mujeres se alternaban por semanas en el servicio de los enfermos, dejando al final una ofrenda al hospital, según sus medios, ofrenda que consistía en cereales, animales, lienzos y vestidos. Enfermeros y enfermeras, en horas de descanso, hacían trabajos de mano que se vendían para aumentar el patrimonio del hospital.

También en los hospitales de los agustinos servían los indios por turnos semanales y el reglamento exigía de las mujeres que vistieran con sencillez y modestia, prescindiendo de todos aquellos vistosos adornos a los cuales eran tan afectas. Mientras servían en el hospital, se ajustaban a un programa diario de oraciones casi monacal, régimen que pretendía elevarlos a una alta espiritualidad con el ejercicio conjunto de la oración y la caridad al prójimo. Un doble fin se perseguía: sanar a los enfermos y adoctrinar a los sanos. Las limosnas y la contribución de su trabajo enseñaban al indio el espíritu de fraternidad y solidaridad.

La obra hospitalaria de don Vasco de Quiroga es de gran valor. En 1532 fundó en México el Hospital de Santa Fe, verdadero pueblo hospital, con un conjunto de edificios destinados a suplir las necesidades de los naturales. La jornada de labores era de seis horas y el producto del trabajo se distribuía entre todos, según las necesidades, dejando un excedente para los enfermos, las viudas y los huérfanos. Al cuidado de los enfermos estaba un médico, un cirujano, un boticario y el grupo de semaneros en turno.

Bernardino Álvarez, rico español de vida turbulenta y aventurera, arrepentido de sus culpas, empezó a vestirse de sayal y servir como enfermero en el Hospital de Jesús. Viendo que los pacientes eran enviados a su casa aún convalecientes, fundó en 1567 el Hospital de Convalecientes, donde dos años después se originó la primera orden religiosa mexicana; los Hermanos de la Caridad de San Hipólito, la intención de Bernardino no había sido fundar esta orden religiosa, sino solamente un hospital para convalecientes y demente; pero ayudado

en sus tareas hospitalarias por varios clérigos regulares y otros hombres de bien, su vida común les sugirió la idea.

El abad de la Nacional Basílica de Guadalupe, don Antonio Plancarte y Labastida, fundó también, en 1872 la Congregación de las Hijas de María Inmaculada de Guadalupe. Dedicadas primero solo a la enseñanza, comprendieron las necesidades en el campo de la enfermería e iniciaron su obra hospitalaria en 1897.

Sor Inés María Gasca, Hija de la Caridad, estaba muy enferma en 1847 cuando su congregación fue expatriada y tuvo que quedarse en México con sus familiares. Apremiada por la caridad de cristo y viendo las necesidades del país, fundó en 1913 las Hijas de la Caridad de María Inmaculada para el cuidado exclusivo de los enfermos.

La Congregación de las Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado ha contribuido de modo notable al desarrollo de la enfermería moderna en nuestro país. En 1885 empezaron sus labores primero en el campo de la educación de la niñez atendiendo varios planteles en distintos puntos de la República. Las primeras hermanas enfermeras empezaron a trabajar en 1931 en el Sanatorio de San Salvador de la ciudad de Monterrey. En 1934 tomaron cargo del Hospital Muguerza en la misma ciudad en 1940 fundaron ahí la primera Escuela de Enfermeras incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México. En 1943 fueron llamadas para dirigir los servicios de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología donde fundaron desde luego la Escuela de Enfermería adjunta. Merece citarse especialmente la labor sostenida y constante de la Madre Guadalupe Cerisola por elevar el nivel de enfermería en México. A ella se debe la fundación de las Escuelas de Enfermería del Hospital Muguerza y del Instituto Nacional de Cardiología; fue también una de las fundadoras de la Asociación Mexicana de Enfermeras y del Colegio de Enfermeras de Micaela Ayans.

Le sucedió como Directora del Servicio de Enfermería en el Instituto Nacional de Cardiología, la Madre Felicitas Villegas quien impulso el adelanto de la Escuela y logró que un grupo de enfermeras mexicanas asistiera por primera vez al Congreso Internacional de Enfermería y Asistentes Médico Sociales, que se celebra periódicamente en distintos países.<sup>4</sup>

La Madre María de la Luz Rodríguez, de la misma congregación, fundó en 1951 la Escuela de Enfermeras del Sanatorio de Metepec, a cargo de las Hermanas. La Escuela incorporada a la Universidad de Puebla, tiene como finalidad impartir su enseñanza, completamente gratuita, a las hijas de los obreros que trabajan en las fábricas textiles de esa región.

Aunque el movimiento científico de México sufriera una crisis durante el siglo XIX, que fue el de nuestra guerra libertadora y las demás luchas por el establecimiento del nuevo régimen de gobierno, hubo mentes elevadas y corazones entusiastas que trabajaron por afirmar con bases más sólidas, según las nuevas ideas imperantes, la Escuela de Medicina. Al hablar de la enfermería en México, tenemos que recordar primero a todos aquellos maestros de la ciencia médica que fueron los que directa o indirectamente fueron impulsando su evolución hasta llegar a colocarla en el plano profesional que tiene al presente.

En 1894, el coronel director del Hospital Militar de la ciudad de México, doctor Fernando López y Sánchez Román, fundó la primera Escuela de Enfermeras. Los médicos del hospital impartían gratuitamente la enseñanza. El plan de estudios para enfermería había sido formulado en 1906; el requisito de entrada era el certificado de primaria, disposición de acuerdo con el nivel educacional de la mayoría de las jóvenes en aquel tiempo. Todas las alumnas eran internas, y el programa de estudios y prácticas tomaba de las 7 a.m. a las 20 p.m., alternando turnos de noche que empezaban a las 20 p. m. para terminar a las 7 a.m. del día siguiente.

---

<sup>4</sup> Ibid., p. 200.

Lo que se pretendía era que los enfermeros tuvieran servicio las 24hrs.

Se exigía a las alumnas mucha pulcritud y limpieza en su persona y uniforme, el cual era dado por la institución, además de una pequeña remuneración mensual según el año que cursará la alumna. Se daba importancia a las celebraciones sociales; el día de la enfermera se empezó a celebrar por iniciativa de los doctores Gregorio Salas y Pablo Mendizábal, desde el año de 1921.

El doctor Liceaga siguió orientando la dirección de la escuela y, para despertar el entusiasmo de la sociedad por la enfermería, paseaba por las calles a sus alumnas perfectamente uniformadas.

La Escuela Militar de Enfermeras se fundó en 1937 para el servicio de Sanidad Militar del Ejército Mexicano. Funciona dentro del Hospital Central Militar y confiere el grado de Cadete a sus estudiantes, quedando así afiliadas al ejército. El ideal que se propone a una cadete es llegar a ser modelo de disciplina física y mental, y saber sacrificarse cuando llegue el momento, por el honor de su grado y el respeto a sus insignias que la obligan a una superación constante como mujer, como militar y como enfermera.<sup>5</sup>

Una importante etapa en el desarrollo de la enfermería en nuestro país, es el establecimiento, en 1945, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia a la que siguen otras escuelas, incorporadas todas a la Universidad Nacional Autónoma de México.<sup>6</sup>

En 1947 nació la Asociación Mexicana de Enfermeras (A.M.E.), representativa de la enfermería nacional ya protocolizada y legalmente reconocida, la cual funciona bajo una organización basada en los derechos que otorga el Código Civil para el Distrito y Territorios Federales, y en los lineamientos que forman la enfermería internacional.

---

<sup>5</sup> Ibid., p. 207.

<sup>6</sup> Ibid., p. 208.

La A.M.E. es una agrupación apolítica y arreligiosa que se propone lograr el más alto nivel de las enfermeras mexicanas, fomentar la ética profesional, procurar el progreso educacional y estrechar los lazos entre las agrupaciones nacionales y extranjeras de enfermería, así como mantener relaciones con el Consejo Internacional de Enfermeras.<sup>7</sup>

En 1956 quedó constituido, registrándolo ante la Dirección General de Profesiones, el Primer Colegio de Enfermeras “Micaela Ayans”, con personalidad jurídica, cuyas funciones son técnico legales y culturales.

La creación del Colegio de Enfermeras constituye una meta de madurez que la enfermera profesional lucha por alcanzar. La enfermera mexicana, como profesionista, va adquiriendo una conciencia cívica que implícitamente contribuye a colocar la profesión en su más alto nivel.<sup>8</sup>

### 3.3.- PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Marjory Gordon es una pionera en diagnósticos de enfermería, la primera presidente de NANDA y profesora Emérita en la universidad de Boston. Es autora de los diagnósticos de enfermería, procesó y uso, el manual de diagnósticos de enfermería y los patrones funcionales de la salud. Estableció 11 patrones funcionales en el marco de un sistema holístico-humanista de salud.

El término patrón está definido como una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo. En medicina la palabra función se usa para describir un proceso fisiológico, como la función respiratoria, cardíaca o mental. El eje del diagnóstico se basa en la función de las células, órganos y sistemas y no en la función integrada del individuo en su conjunto.

---

<sup>7</sup> Ibid., p. 208.

<sup>8</sup> Ibid., p. 210.

El patrón es más que las partes que lo forman; el patrón de salud es una manifestación de un todo. Cada patrón es una expresión biopsicosocialespiritual.<sup>9</sup>

A mediados de los setenta Marjory Gordon identificó las áreas de los patrones para enseñar la valoración y el diagnóstico de Enfermería en la Escuela de Enfermería de Boston. Menciona en su libro “Diagnóstico Enfermero: Proceso y Aplicación” que las áreas de los patrones de salud proporcionan un formato de valoración estándar para un base de datos básica con independencia de la edad, el nivel de cuidados o el trastorno médico del cliente. Además dice que dichas áreas tienen ventajas adicionales:

- ❖ No deben ser continuamente aprendidas. Su aplicación se extiende al igual que el conocimiento clínico se acumula dentro del ámbito enfermero o de la especialidad.
- ❖ Conduce directamente al diagnóstico enfermero.
- ❖ Consigue una aproximación holística a la valoración funcional humana en cualquier marco y en cualquier grupo de edad, en todos los puntos del *continuum* salud-enfermedad.  
Incorporan los conceptos de interacción cliente-entorno, etapa de desarrollo, salud-enfermedad y cultura en la idea holística de patrones de vida dinámicos.
- ❖ Guían la recolección de la información de vida del cliente, familia o comunidad y su experiencia de los sucesos y problemas relacionados con la salud.

Ella maneja de la siguiente manera los conceptos de interacción: Salud y enfermedad.- Además de las alteraciones en los patrones funcionales secundarias a la enfermedad, pueden darse patrones disfuncionales aún cuando no exista evidencia clínica de enfermedad, es decir, que un paciente encontrado médicamente sano, puede requerir

---

<sup>9</sup> Gordon, Marjory, *Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación*, 3ª ed., Mosby / Doyma, México 1996, p. 75

**cuidados enfermeros para resolver la disfunción ya que si éstos patrones no son resueltos pueden incrementar la susceptibilidad a varias enfermedades.**

**Cliente-entorno.- La interacción entre el cliente y el entorno es esencial y es el hilo conductor entre todos los patrones funcionales. A partir de esta interacción se desarrollan los patrones. La interacción cliente-entorno es una parte integrante de la recolección de información en cada patrón. Marjory da mucha importancia a esta interacción porque dice que una evaluación superficial puede ocasionar que no se esté tratando adecuadamente al problema o bien que no haya sido identificado.**

**Edad-desarrollo.- Las enfermeras están involucradas en el desarrollo humano. Cualquier estructura para una valoración enfermera debe tener en cuenta el desarrollo. Los patrones de salud son un producto de factores de desarrollo.**

**Cultura.- Es una influencia muy importante a nivel personal y socioambiental en el desarrollo de los patrones de salud. La cultura basada en la edad, el desarrollo y normas de género puede ser importante para entender los patrones de salud.**

**La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero. Para llevar a efecto esta valoración se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales.**

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- ☉ Patrón I.- Manejo de la salud.- Este valora el motivo del ingreso, información de su enfermedad y percepción de la misma, historia de enfermedades y antecedentes quirúrgicos, alergias, hábitos: consumo de alcohol, tabaco, drogas, consumo de fármacos: medicación habitual.
- ☉ Patrón II.- Nutricional-metabólico.- Valoramos el modelo de ingesta de sólidos y líquidos: si come sólo o necesita ayuda, si tiene prescrita alguna dieta especial, apetito y preferencias, modelo habitual de alimentación en su domicilio, ganancias y / o pérdidas de peso, disfagia creciente, deglución dolorosa, dolor subesternal, dolor de garganta, sensación de plenitud, pirosis, regurgitación después de las comidas, náuseas y / o vómitos, halitosis, dentición, anorexia, etc.

Hábitos: comidas calientes, frías, alteración del sentido del gusto.

Medición y valoración de datos antropométricos.

**Valoración de la piel y mucosas.**  
**Necesidad de ayuda para higiene: frecuencia y hábitos de ducha y / o baño, pliegue cutáneo, hidratación general y sequedad de la piel, palidez, sensación de sed, malestar generalizado, presencia de signos y síntomas de alteraciones de piel y mucosas.**

- ☉ **Patrón III.- Eliminación.- Valorar el patrón habitual de evacuación urinaria e intestinal: frecuencia, características, sudoración, menstruación, hemorroides, deposiciones involuntarias, control de esfínteres, etc.**

**Presencia o no de signos y / o síntomas de alteraciones.**

- ☉ **Patrón IV.- Actividad-ejercicio.- Valoración del estado cardiovascular: frecuencia cardíaca o tensión arterial (TA) anormales en respuesta a la actividad, cambios electrocardiográficos que reflejen isquemia o arritmia, etc.**

**Valoración de estado respiratorio: valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente ecológico laboral, tabaquismo, disnea o molestias de esfuerzo, tos nocturna asociada a regurgitaciones.**

**Expectoración, indicación verbal de fatiga, etc.**

**Valoración de la movilidad y actividades cotidianas: Debilidad generalizada, cansancio, estilo de vida (sedentario, activo), actividades de la vida diaria (AVD) que realiza, encamamiento, etc.**

- ☉ **Patrón V.- Sueño-descanso.- Valorar los signos y síntomas de sueño insuficiente: Nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente, letargia, apatía, bostezos frecuentes, cambios posturales, etc.**

**Valorar modelo habitual de sueño / descanso.**

**Factores que afectan el sueño:**

**Internos: Síntomas de la enfermedad; despertar por la noche debido al dolor, tos o regurgitaciones, estrés psicológico, etc.**

**Externos: Cambios ambientales, estímulos sociales, etc.**

**Antecedentes de trastorno del sueño.**

- ☉ **Patrón VI.- Cognitivo-perceptual.-** Valorar la presencia de indicadores no verbales de dolor como: expresión facial agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa.

**Valoración del dolor:** comunicación verbal, intensidad, (utilizar una escala), descripción del dolor, localización, carácter, frecuencia y signos y síntomas asociados: náuseas, insuficiencia respiratoria, etc.

**Medidas de alivio utilizadas.**

**Fármacos utilizados.**

**Valoración sensorial y reflejos:** déficit sensorial, cognitivo, dificultades de aprendizaje, desorientación, alteración del proceso de pensamiento, conflicto de decisiones.

- ☉ **Patrón VII.- Autopercepción-autoconcepto.-** Valoración del grado de ansiedad: observar la aparición de signos de ansiedad, angustia y temor, nerviosismo, cefaleas, tensión muscular, movimientos inquietos, mareos, hipoventilación, insomnio, somnolencia, cansancio, etc.

**Valoración del conocimiento y percepción de su enfermedad, solicitud de información.**

- ☉ **Patrón VIII.- Rol-relaciones.-** Valoración de la comunicación y patrón de interacción social: Ambiente familiar, ambiente laboral, etc. Valoración de cambios de conducta: dependiente, retraída, exigente, manipuladora, etc.

- ☉ **Patrón IX.- Sexualidad-reproducción.-** Número de hijos, abortos, etc.; Preguntar, si procede y en el momento adecuado, por algún trastorno en las relaciones sexuales.

**Mujer:** uso de anticonceptivos, menarquía, última menstruación, menopausia, revisiones periódicas, autoexamen de mama, etc.

**Hombre.-** problemas de próstata.

- ☉ Patrón X.- Adaptación-tolerancia al estrés.- Afrontamiento de la enfermedad: verbalización de la incapacidad de afrontamiento o de pedir ayuda.

Alteración en la participación social, cansancio, cambio de los patrones de comunicación, manipulación verbal, tabaquismo excesivo, consumo excesivo de bebida, falta de apetito, uso excesivo de tranquilizantes prescritos, alteración de las conductas de adaptación, grupos de apoyo: familia, amigos.

- ☉ Patrón XI.- Valores-creencias.- Interferencias de la enfermedad o de la hospitalización en: prácticas religiosas habituales, prácticas o creencias habituales, tradiciones familiares, etc.

Deseo de contactar con el capellán del hospital o con sacerdotes de su religión.

### **3.4.- PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA**

#### **3.4.1.- Antecedentes históricos**

En la época de los cristianos la práctica de la asistencia sanitaria se basaba en sentimientos de desprendimiento y de amor al prójimo que propiciaban interés por las necesidades de las personas enfermas. Las acciones que se dedicaban a auxiliar a los demás estaban dirigidas a tratar de aliviar a los enfermos de manera que pudieran llevar una vida más sana y feliz. Las personas que practicaban la asistencia sanitaria recibían escasa educación formal, realizándose el aprendizaje a través de la práctica junto a personas experimentadas que constituían un modelo a imitar, y de cuyos juicios dependía la manera de entender y realizar la práctica sanitaria.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> H.Yura, M. Walsh, *El Proceso de Enfermería*, Ed. Alambra, España 1981, p. 2.

En el Medioevo eran muchas las personas que se dedicaban al cuidado de los enfermos; éstas respondían, a través de su interés por el bienestar de los demás, a las fuerzas de sociales de su época, preocupándose por satisfacer las necesidades humanas básicas de los enfermos. Durante los dos últimos siglos de la Edad Media se produjeron innumerables cambios. Estos cambios afectaron a la práctica de la asistencia sanitaria, pasando ésta por distintas fases de proceso y retroceso, logrando superar múltiples adversidades y alcanzar la Edad Moderna.

Fue preciso esperar a la época de Florencia Nightingale (1820-1910) para que la asistencia sanitaria comenzara a adquirir cierta consistencia estructural orientada hacia la realización de acciones deliberadas. A pesar de su temperamento rebelde, su capacidad de previsión le permitió alcanzar logros admirables y establecer algunas bases firmes en las que la práctica sanitaria continúa apoyándose en la actualidad. Florencia Nightingale no tenía una opinión favorable de los técnicos sanitarios masculinos, y no prestó atención alguna al proceso de asistencia sanitaria.<sup>11</sup>

La segunda guerra mundial originó numerosos cambios en todo el mundo. Se produjo un aumento de las demandas tecnológicas, y el impacto se dejó sentir en las profesiones médicas, y principalmente en la asistencia sanitaria.

Quince años siguientes al término de la guerra tuvieron como consecuencia la aparición de los cambios más rápidos y extensos que se hubieran producido en la asistencia sanitaria. El ciudadano se hizo más consciente de aquello que constituye una buena atención de la salud, la población aumentó y la economía se transformó y creció.

---

<sup>11</sup> Ibid., p. 2.

Durante la postguerra se oía mucho: “La enfermera debe prestar una asistencia total al paciente”.<sup>12</sup> Se pensaba, que las enfermeras debían serlo todo para sus enfermos, y aunque existían otros miembros del equipo sanitario, las enfermeras se resistían a renunciar a la idea de asistencia total al paciente, o no sabían como abandonar aquellos aspectos de la asistencia que quedaban fuera de su cometido. El informe presentado por Esther Lucile Brown en 1948 constituyó un documento crucial en el progreso de la asistencia sanitaria.

Al igual que Florencia Nightingale, Esther Brown expresó su preocupación porque las enfermeras percibieran una remuneración adecuada a la calidad de los servicios que debían prestar. Las discusiones acerca de la remuneración nunca se realizaban de forma aislada, sino que solían asociarse a la mención de la responsabilidad de proporcionar un servicio eficiente. Esto constituye una de las justificaciones principales para emplear el proceso de asistencia sanitaria. Mediante una acción sanitaria organizada y deliberada, las posibilidades de proporcionar una asistencia eficiente son mayores, y resulta posible evaluar la calidad de tal asistencia.

Durante los últimos años de la década de los cincuenta se hicieron intentos para definir las funciones de la asistencia sanitaria en relación con las actividades profesionales. Las enfermeras manifiestan una constante preocupación porque la asistencia sanitaria se ajuste a los criterios de una profesión; sin embargo, se presta mayor atención a la actuación sanitaria y al paciente, que es el receptor de esta actuación que a la propia enfermera como agente de la práctica sanitaria.

El punto de vista generalizado entre las enfermeras es el de que la asistencia sanitaria es una profesión y como grupo de profesionales su mayor preocupación radica en proporcionar una asistencia de calidad a los pacientes, para lo cual se esfuerzan por establecer las mejores condiciones para prestar la mejor asistencia posible.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Ibid., p. 4.

<sup>13</sup> Ibid., p. 5.

Las décadas de los sesenta y setenta han traído agitación y cambios. El desafío que supone el tomar conciencia del clima complejo en el que las enfermeras se desenvuelven hoy es realmente fascinante y presenta grandes alicientes. Entre los numerosos hechos que han ido sucediéndose, hay uno que ha crecido y florecido: el proceso de asistencia sanitaria, y ello hace esperar que se produzca un desarrollo incesante en este campo.

#### **3.4.2.- Concepto del Proceso Atención de Enfermería**

El proceso atención de enfermería (PAE) es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente.

#### **3.4.3.- Etapas del Proceso Atención de Enfermería**

##### **3.4.3.1.- VALORACIÓN**

La primera fase es la de recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas –presentes, potenciales o posibles- y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro.

La recolección de la información se llevará a cabo mediante un instrumento de valoración de acuerdo a los patrones funcionales de M. Gordon, teniendo como fuentes de información, al paciente, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio. Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

### **3.4.3.2.- DIAGNOSTICO**

El diagnóstico de enfermería es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el paciente que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.<sup>14</sup> Es esencial porque es un juicio que encadena la recolección de la información con el planteamiento del cuidado.

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en:

- **Diagnóstico de bienestar.-** Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.
- **Diagnóstico real.-** Es el que describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales.
- **Diagnóstico potencial o del alto riesgo.-** Es el que describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más

---

<sup>14</sup> Carpenito, Lynda J., *Manual de Diagnósticos de Enfermería*, McGraw-Hill Interamericana, México 1993, p.6.

vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.

- **Diagnóstico posible.-** Señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.

Los diagnósticos de enfermería se realizarán mediante el formato: Problema, Etiología y Signos y síntomas (PES) en donde.-

El enunciado del problema es el que describe el problema de salud o la respuesta del paciente en estudio.

La etiología comprende el probable factor que origina o mantiene el problema de salud del paciente. Pueden ser comportamientos del paciente, elementos del entorno o una interacción de ambos.

Los signos y síntomas son características definitorias manifestadas por el paciente.

### **3.4.3.3.- PLANEACIÓN**

Es el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

La planeación incluye las siguientes etapas:

- **Establecimiento de prioridades.-** Durante ésta etapa, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuales de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el

suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos.

- **Determinación de objetivos.-** Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el paciente.
- **Planeación de las intervenciones de enfermería.-** Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el paciente y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el paciente y el equipo de salud.

#### **3.4.3.4.- EJECUCIÓN**

Es la operacionalización del planteamiento de la atención de enfermería.<sup>15</sup>

**Consta de varias actividades:**

- **Validación del plan de atención.-** En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes: ¿el plan está orientado a la solución de respuestas humanas del paciente?

---

<sup>15</sup> Ibid., p. 60.

**¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el paciente se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.**

- **Documentación del plan de atención**
- **Continuación con la recolección de datos.- A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evaluación del paciente.**

#### **3.4.3.5.- EVALUACIÓN**

**Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.**

**Esta fase consta de tres partes:**

- **Evaluación del logro de objetivos.- Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.**
- **Revaloración del plan.- Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.**

- **Satisfacción del paciente.-** Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el paciente no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla.

#### **IV.- PRESENTACIÓN DEL CASO**

**Paciente femenina de 25 años de edad, originaria y residente de Córdoba, Veracruz, casada, religión católica, ocupación ama de casa.**

##### **Antecedentes personales**

- **Diabetes Mellitus diagnosticada hace 5 años, tratado con glibenclamida y metformina.**
- **Antecedentes de Tuberculosis Pulmonar (TBP).**

##### **Antecedentes familiares**

- **Madre.- Diabética**
- **Abuelos maternos.- Diabéticos**
- **Padre.- Portador de TBP Multidrogorresistente (MDR).**

**Al realizar la valoración de la paciente mediante los Patrones Funcionales de Marjory Gordon se encontró:**

**Alteración del Patrón Cognitivo-Perceptual ya que la paciente refiere presentar dolor de cabeza de tipo punzante y con frecuencia de una vez al día a causa del efecto de un medicamento el cual no ha identificado.**

**Alteración del Patrón Autopercepción-Autoconcepto.- La paciente dice sentir que ya no puede hacer nada, ya que si realiza diversas actividades siente fatiga, además refiere estar triste porque su familia ya no se quiere acercar a ella desde que saben que tiene Tuberculosis y tiene miedo de perder a su pareja ya que no llevan la misma relación íntima de antes.**

**Alteración en el Patrón Rol-Relaciones.-** Dice tener problemas con su familia ya que no se acercan a ella por el padecimiento que presenta y no puede estar tan cerca de su esposo e hija como ella quisiera, además de referir que no tiene amigos cercanos.

**Alteración del Patrón Sexualidad-Reproducción.-** Refiere tener una vida sexual inactiva lo cual le preocupa porque no sabe que va a pasar con su relación ya que ella quisiera estar más cerca de su esposo.

## **V.- INSTRUMENTO DE VALORACIÓN**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

### **INSTRUMENTO DE VALORACIÓN INDIVIDUAL**

#### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

**Nombre: Verónica**

**Edad: 25 años**

**Sexo: Femenino**

**Ocupación: Hogar**

**Lugar de procedencia: Córdoba, Veracruz**

**Cuenta con afiliación a una Institución de Salud: No**

**PATRÓN I**  
**PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD**

|  |   |
|--|---|
| 1.- ¿Cómo percibe su estado de salud? Regular por padecimiento que tiene.                                    | 2.- ¿Acude usted al médico? Si<br>¿Cada cuánto? Cada que se acaba su medicamento.                                 |
| 3.- ¿Qué actividades realiza que le ayuden a mantener su salud? Caminar 20min. Por la mañana y por la tarde. | 4.- ¿Se lava los dientes? Si<br>¿Cuántas veces al día? 3 veces al día   |
| 5.- ¿Con qué frecuencia se baña? Diario  | 6.- ¿Cada cuando se cambia de ropa? Diario cuando se baña   |
| 7.- ¿Asiste a reuniones sociales (amigos, familiares, grupo)? No   | 8.- ¿Usted fuma? No   |
| 9.- ¿Consume o ha consumido alguna droga? No   | 10.- ¿Toma bebidas alcohólicas? No  |
| 11.- ¿Conoce usted actualmente su tratamiento? Si  | 12.- ¿Normalmente realiza el tratamiento médico completo? Sólo cuando tiene completos sus medicamentos.           |
| 13.- ¿Utiliza medicamentos sin indicación médica? No   | 14.- ¿Tiene alguna alergia? Ninguna   |
| 15.- ¿Tiene animales domésticos? No<br>¿Cuáles?  | 16.- ¿Tiene plantas en el interior de su casa? No   |
| 17.- ¿Existe algún factor de riesgo para su salud, en:<br>Casa: No<br>Trabajo: No trabaja<br>Comunidad: No   | <b>OBSERVAR:</b><br>Aseo personal: Bueno<br>Postura: Erguida<br>Vestido: Pijama del hospital<br>Expresión: Triste |

**PATRÓN II  
NUTRICIONAL – METABÓLICO**

|   |  |
|---|--|
| <p>1.- ¿Cuántas comidas realiza al día?<br/>5<br/>¿Dónde acostumbra comer? En su casa</p>   | <p>2.- ¿Cuáles son los alimentos de su preferencia? Las frutas y las verduras en general.</p>  |
| <p>3.- ¿Qué líquidos consume? Agua<br/>¿En qué cantidad? 2 litros al día</p>  | <p>4.- ¿Es alérgico algún medicamento? No</p>  |
| <p>5.- ¿Durante su estancia en el hospital ha seguido la dieta? Si<br/>¿Cuál es la razón? Porque nos dan la dieta adecuada al padecimiento</p>  | <p>6.- ¿Le está prohibido algún alimento? No, pero restricción en alimentos que contengan azúcares, grasas,</p>  |
| <p>7.- ¿Le satisface la dieta que se le proporciona? Si, porque es variada y queda satisfecha</p>   | <p>8.- ¿Ha recibido orientación sobre su dieta? Si<br/>¿Qué tipo de información? Asiste con un nutriólogo</p>  |
| <p>9.- ¿Actualmente presenta alguno de éstos síntomas?<br/>Pérdida del apetito: No<br/>Náuseas: No<br/>Vómito: No<br/>Agruras: No<br/>Polidipsia: No<br/>Regurgitación del alimento: No<br/>Dificultad para comer: No<br/>Calambres: No<br/>Dolor abdominal: No<br/>¿A que lo atribuye?</p> <p><b>VALORAR:</b></p> <p>Mucosas: Hidratadas<br/>Peso y talla: 52 Kg.<br/>1.64m.</p> | <p>10.- ¿Ha notado cambios de?<br/>Piel: Ligera palidez<br/>Sequedad: No<br/>Lesiones: No<br/>Cambio de color: No<br/>Otros:<br/>Las heridas tardan en cicatrizar: No<br/>Cabello: Limpio y brillante<br/>Reseco: No<br/>Se le cae constantemente: No<br/>Casma: No<br/>Cambios de color: No<br/>¿A qué lo atribuye?<br/>Uñas: Largas, limpias<br/>Cambio de color: No<br/>Quebradizas: No<br/>Manchas: No<br/>Descamación: No</p> |

**PATRÓN III  
ELIMINACIÓN**

| <b>URINARIA</b>  | <b>INTESTINAL</b>   |
|--|---|
| <p>1.- Frecuencia al día.- 5-6 veces al día<br/>Características: amarillo claro, transparente</p>  | <p>2.- Frecuencia (día/semana) antes de la hospitalización: 1-2 veces/día<br/>Características: formada, color café<br/>Durante la hospitalización: 2 veces al día<br/>Características: formada, color café</p>  |
| <p>3.- ¿Presenta alguna de estas manifestaciones:<br/>Disuria: No                      Nicturia: No<br/>Tenesmo vesical: No<br/>Urgencia para orinar: No<br/>Oliguria: No                      Poliuria: No<br/>Polaquiuria: No                  Hematuria: No<br/>Proteinuria: No                  Piuria: No<br/>Glucosuria: No<br/>Retención urinaria: No<br/>Incontinencia: No</p> | <p>4.- ¿Presenta usted alguno de los siguientes problemas:<br/>Esfuerzo para defecar: No<br/>Flatulencia: No<br/>Dolor al defecar: No<br/>Constipación: No<br/>Distensión abdominal: No<br/>Urgencia para defecar: No<br/>Hemorroides: No<br/>Fístulas rectales: No</p> |

**PATRÓN IV**  
**ACTIVIDAD – EJERCICIO**

|  |   |
|--|---|
| <p>1.- ¿Tiene alguna dificultad para movilizarse? Ninguna</p>  | <p>2.- ¿Su marcha es estable? Si<br/>¿Su equilibrio es estable? Si</p>  |
| <p>3.- ¿Tiene algún trastorno?<br/>Muscular: No      Articular: No<br/>Parálisis: No</p>   | <p>4.- ¿Su fuerza en las extremidades superiores e inferiores es:<br/>Normal: Fuerte      Disminuida:</p>   |
| <p><b>VALORAR:</b><br/>Capacidad percibida en el paciente para:<br/>Comida / bebida: 0<br/>Baño: 0<br/>Vestido / arreglo personal: 0<br/>Uso del WC: 0<br/>Movilidad en cama: 0<br/>Traslado: 0<br/>Deambulación: 0</p>  | <p>0= Independiente<br/><br/>1= Aparato de apoyo (muletas)<br/><br/>2= Ayuda de otra persona<br/><br/>3= Ayuda del personal o familiares<br/><br/>4= Supervisión<br/><br/>5= Incapaz o dependiente</p>  |
| <p>Función cardiaca: Frecuencia: 107 latidos por minuto<br/>Identificar presencia de:<br/>Bradicardia: No      Taquicardia:<br/>Tensión arterial: 100/70mmHg<br/>Identificar presencia de:<br/>Cefalea: Si<br/>Desvanecimiento: No<br/>Palidez: Ligera      Sudoración: No<br/>Debilidad: No      Fosfenos: No<br/>Acúfenos: No<br/><br/>Especificar: Cefalea diario aparentemente por efecto del medicamento.</p> | <p>Función respiratoria: Frecuencia: 24 respiraciones por minuto<br/>Identificar presencia de:<br/>Tos: Si, productiva con expectoración de blanquecina a amarillenta<br/>Taquipnea: No<br/>Disnea: Si, de grandes esfuerzos<br/>Cianosis: No<br/>Aleteo nasal: No<br/>Tiraje intercostal: No<br/>Retracción xifoidea: No<br/>Estertores: No      Sibilancias: No<br/>Respiración por la boca:<br/>Especificar:<br/>Identificar presencia de: No<br/>Traqueotomía: No<br/>Oxigenoterapia: O2 por puntas nasales, intermitente a 2 litros por minuto<br/>Apoyo ventilatorio: No<br/>Otro: No</p> |

**PATRÓN V  
SUEÑO – DESCANSO**

|  |  |
|--|--|
| 1.- ¿Habitualmente cuántas horas duerme? 9 horas   | 2.- ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? No                            |
| 3.- ¿Tomaba siestas? Si<br>¿Cuándo? Por las tardes<br>¿Cuánto tiempo? 1-2 horas                  | 4.- ¿Se siente descansado después de dormir? Si                              |
| 5.- ¿Lo anterior se ha modificado con la hospitalización? Si<br>¿De qué forma? Duerme más tiempo | 6.- ¿Qué factores interfieren con el sueño? La tos que le da por las noches. |

**PATRÓN VI  
COGNITIVO – PERCEPTUAL**

|  |   |
|--|---|
| 1.- Estado mental:<br>Alerta: X                      Somnolencia: No<br>Confusión: No                      Estupor: No<br>Coma: No                      Afasia receptiva: No<br>Afasia expresiva: No | 2.- Lenguaje:<br>Normal: X                      Incoherente: No<br>Balbuceo: No<br>Dificultad para hablar: No                                   |
| 3.- Capacidad auditiva:<br>Normal: X                      Deteriorada:<br>Hipoacusia: No<br>Sordera: No<br>Equilibrio(función vestibular):<br>Vértigo: No  | 4.- Capacidad visual:<br>Derecha: Normal<br>Izquierda: Normal<br>Usa lentes: No<br>Tipo de anteojos:  |
| 5.- Interacción social.<br>Tipo de comunicación que el paciente establece con:<br>Familia: 1<br>Equipo de salud: 1   | 1.- Actitud abierta (espontánea).<br>2.- Actitud reservada (responde sólo a preguntas).<br>3.- Actitud cerrada (dificultad para comunicarse).   |
| Dolor: Si: X                      No:<br>Localización: Cabeza<br>Tipo: Punzante<br>Frecuencia: 1 vez al día<br>Intensidad (escala 0-10): 6   | Factores desencadenantes Cuando tiene fiebre , efecto del medicamento<br>Factores mitigantes: Con el medicamento para la fiebre o recostándose. |

**PATRÓN VII**  
**AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO**

|  |   |
|--|---|
| <p>1.- ¿Cómo se describe a sí misma? Como una persona que lucha a pesar de su padecimiento, valiente ante la gente, pero cobarde ante algunas situaciones.</p>   | <p>2.- ¿Recientemente se han producido cambios en su cuerpo? Si ha tenido pérdida de peso</p>   |
| <p>3.- ¿En las cosas que puede hacer se han producido cambios? Si ¿Cuáles? Ya no puede hacer las cosas como antes.</p>   | <p>4.- ¿Los cambios representan un problema para usted? Si ¿Por qué? Porque ya no puede realizar las mismas actividades de antes.</p>   |
| <p>5.- ¿Sus sentimientos por sí mismo han cambiado? Si, siente que ya no puede hacer nada.</p>   | <p>6.- ¿Algún evento de su vida le ha provocado cambios en sus emociones? Si el padecimiento que tiene en la actualidad.</p>  |
| <p>7.- ¿La alteración de la salud le ha provocado problemas emocionales? Si ya no puede llevar la misma relación con su familia, se siente triste porque ya no se quieren acercar a ella por el padecimiento que presenta.</p> | <p>8.- ¿Cuál de los siguientes estados de ánimo son más frecuentes en usted?<br/>         Enfado: X                      Miedo: X<br/>         Tristeza: X                    Alegría: X<br/>         Aburrimiento: X<br/>         ¿Con qué lo relaciona? Con su padecimiento y con el trato que tiene de sus familiares.</p> |

**PATRÓN VIII**  
**ROL – RELACIONES**

|  |   |
|--|---|
| 1.- ¿Cuántas personas integran su familia? 3 personas, esposo, hija y yo (paciente)  | 2.- ¿Cómo considera su relación con la familia? Buena con su familia nuclear pero distanciada con el resto de su familia. |
| 3.- ¿Ha ocurrido algún problema familiar que le haya sido difícil de tratar? No, he tratado de solucionar el distanciamiento familiar.                                     | 4.- ¿Con quién comenta sus problemas: Con su esposo   |
| 5.- ¿Cómo soluciona sus problemas? Platicando con su esposo y los dos toman una decisión.  | 6.- ¿La familia u otros dependen de usted para alguna cosa? Su hija que tiene 5 años                                      |
| 7.- ¿Qué cambios ha experimentado por su situación actual de salud? Ha tenido problemas con su familia y no puede estar tan cerca de su esposo e hija por el padecimiento. | 8.- ¿Tiene amigos cercanos en quién pueda confiar? No<br>¿Quién?  |
| 9.- ¿Cómo se relaciona con sus compañeros de trabajo o escuela? No trabaja ni estudia.   | 10.- ¿Participa activamente en las actividades de su comunidad? No  |
| 11.- ¿Se siente parte del barrio donde vive? Si  | 12.- ¿Pertenece a algún grupo social de ayuda? No   |

**PATRÓN IX  
SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN**

|  |  |
|--|--|
| 1.- ¿Tiene vida sexual activa? No, desde hace aproximadamente 10 meses, cuando inicio mi padecimiento. | 2.- ¿Problemas menstruales? No, ciclo regular cada 28X3 días   |
| 3.- ¿Conoce algún método de planificación familiar? Si   | 4.- ¿Qué método utiliza? Ninguno   |
| 5.- Fecha de última citología: Agosto de 2006<br>Resultado: Negativo                                   | 6.- Fecha de último examen de mama: Agosto de 2006<br>Resultado: Negativo  |
| 7.- ¿Su enfermedad le ha generado preocupación sobre su sexualidad? Si                                 | ¿Por qué? Porque por lo mismo de la enfermedad ya no puede estar cerca de su esposo como ella quisiera y no sabe que va a suceder después. |

**PATRÓN X  
ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS**

|   |   |
|---|---|
| 1.- ¿Cualquier problema por pequeño que sea le causa tensión? No, a pesar del distanciamiento con mi familia he tratado de estar tranquila.                       | 2.- ¿Cuál es su reacción ante los problemas? Piensa en el problema se tranquiliza y luego lo resuelve con la ayuda de su esposo |
| 3.- ¿Quién le resulta de más ayuda para hablar de sus problemas? Su esposo  | 4.- ¿Se encuentra a su disposición ahora? No  |
| 5.- ¿Qué cambios le ha provocado la presencia de su enfermedad en su cuerpo y sus actividades cotidianas? Se cansa más rápido y no puede hacer lo mismo de antes. | 6.- ¿Siente haber perdido el control de las cosas que pasan en su vida? No<br>¿Por qué? Porque tiene el apoyo de su esposo      |

**PATRÓN XI  
VALORES – CREENCIAS**

|   |  |
|---|--|
| <b>1.- ¿Qué tipo de religión profesa usted? Católica</b>  | <b>2.- ¿Qué tan importante es la religión en su vida? Muy importante</b> |
| <b>3.- ¿La religión le brinda ayuda ante las dificultades? Si, mucha</b>  | <b>4.- ¿Sus prácticas religiosas interfieren con su tratamiento? No</b>  |
| <b>5.- ¿Requiere en éste momento de alguna persona que le brinde ayuda espiritual? No porque diario platica con Dios.</b> |  |

**Fuente: Academia de Fundamentos de Enfermería**

## **EXPLORACIÓN FÍSICA**

### **1.- Datos clínicos:**

**Edad.- 25 años**

**Estatura.- 1.64m.**

**Peso.- 52kg**

**Temperatura.- 37oC**

### **2.- Respiratorio**

**Frecuencia.- 24respiraciones x' Superficial**

**Tos con expectoración de blanquecina a amarillenta**

**Tórax con apleción y amplexación conservada, ruidos respiratorios un poco disminuidos en región apical derecha, percusión normal.**

### **3.- Circulatorio**

**Frecuencia.- 107latidos x' rítmico, fuerte.**

**Pulsos pedio derecho e izquierdo fuertes**

**Tensión arterial.- brazo derecho 90/60**

**brazo izquierdo 100/70**

### **4.- Tegumentaria.- Piel con ligera palidez**

**Temperatura.- caliente**

**Turgente, hidratada, sin alteraciones aparentes.**

**Pelo brillante**

**Uñas rosadas, limpias, largas**

**Boca**

**Encías hidratadas, coloración rosada, sin lesiones aparentes**

**Dentadura completa, coloración un poco amarillenta, higiene regular**

**Lengua roja, no presenta alteraciones.**

**Abdomen**

**Ruidos intestinales presentes, blando depresible, presencia de cicatriz por cesárea.**

**5.- Neurosensorial**

**Ojos**

**Pupilas iguales, reactivas a la luz, sin alteraciones.**

**Oídos**

**Sin alteraciones aparentes**

**6.- Músculo esquelético**

**Amplitud del movimiento completa, equilibrio y marcha estable, presión con las manos fuerte.**

**Músculos de las piernas fuertes.**

## VI.-PLAN DE CUIDADOS

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA   | FUNDAMENTACIÓN DEL DIAGNOSTICO  | OBJETIVO   | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA   | FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA  | EVALUACIÓN   |
|---|---|--|--|--|--|
| <p>Alteración de los procesos familiares relacionado con rechazo familiar manifestado verbalmente “ya no se acercan a mí”</p> | <p>La unidad familiar es un sistema basado en la interdependencia entre los miembros y los patrones que proporcionan estructura y apoyo. La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa cuya principal forma de contagio es por contacto directo, mediante gotitas que salen al toser o estornudar lo que ocasiona que la persona que la padece sea rechazada por temor de que al acercarse a ella se puedan contagiar. La presencia de una enfermedad</p> | <p>Ayudar a la paciente a mejorar su relación familiar y así mismo su estado de salud.</p> | <p>*Proporcionar apoyo a la paciente, platicando con ella cada vez que se pueda creando un ambiente de interés y comprensión de su situación y su impacto en su familia.</p> <p>*Localizar a los familiares para hablar con ellos sobre la paciente y su padecimiento.</p> | <p>Mostrando interés y preocupación por la situación de la paciente facilitaremos que ella tenga la confianza para expresar sus sentimientos.</p> <p>Esto es para que los familiares estén bien informados sobre el padecimiento de la paciente y todo lo ésta conlleva.</p> | <p>Después de realizar el interrogatorio para la realización del PAE refirió que todo esto le había ayudado a desahogarse porque no había tenido la oportunidad de platicar con nadie todo lo que conlleva su enfermedad.</p> <p>Sólo se pudo contactar al esposo y a una tía, pero se les dio la información necesaria y se les sugirió que le dieran la información al</p> |

|  |   |  |  |   |  |
|--|---|--|--|---|--|
|  | <p><b>infectocontagiosa en un miembro de la familia puede provocar grandes cambios haciendo que la familia corra un gran riesgo de desadaptación.</b></p> |  | <p><b>*Facilitarle información a la paciente y a sus familiares sobre el padecimiento, dándoles una explicación breve y sencilla. Proporcionarles folletos que contengan información sobre el padecimiento y los nuevos tratamientos que existen. El más reciente es el Tratamiento Acortado</b></p> | <p><b>Si le proporcionamos la información necesaria sobre su enfermedad ayudaremos a que la paciente y sus familiares tengan los conocimientos necesarios sobre la enfermedad y así comprender que aunque es una enfermedad contagiosa si se pueden acercar a ella teniendo los cuidados adecuados.</b></p> | <p><b>resto de los familiares tratando de que ellos comprendan que a pesar del padecimiento que presenta la paciente si se pueden acercar a ella.</b></p> <p><b>Como la paciente ya tenía conocimientos previos sobre la enfermedad la comprensión de la información fue más rápida pudiendo así ella explicarle a su esposo y a su tía.</b></p> |
|--|---|--|--|---|--|

|  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  | <p><b>Estrictamente Supervisado o TAES que consiste en la administración de fármacos: como la isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E). aproximadamente durante 25 semanas, hasta completar 105 dosis, dividido en dos etapas:</b></p> <p><b>Fase intensiva.- 60 dosis (diario de lunes a sábado con HRZE).</b></p> <p><b>Fase de sostén.- 45 dosis (intermitente, 3 veces a la semana con HR, con fármacos en combinación fija y etambutol separado, o separados si el paciente pesa menos de 50Kg.).</b></p> |  |  |
|--|--|--|---|--|--|

|  |  |  |   |   |  |
|--|--|--|---|---|--|
|  |  |  | <p><b>Como su nombre lo dice deben ser supervisados (por el personal de salud o personal comunitario capacitado), ya que la supervisión ofrece completa seguridad y asegura la curación.</b></p> <p><b>*Después de la explicación y de que hayan leído la información proporcionada preguntarles si tienen alguna duda o preocupación y aclararlas.</b></p> | <p><b>Si aclaramos las dudas que puedan surgir, la información proporcionada será más completa y se darán cuenta de la existencia de tratamientos que pueden ser más cortos y seguros siempre y cuando se sigan como son prescritos, dándoles así más seguridad para poder acercarse a la paciente y podrán comprender que deben apoyarla</b></p> |  |
|--|--|--|---|---|--|

|  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  | <p><b>*Explicarle a la paciente y a los familiares las medidas que deben tomar para poder interactuar como son:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar cubrebocas</li> <li>- Lavarse las manos</li> <li>- No permanecer mucho tiempo con la paciente cuando la enfermedad esté en fase activa.</li> </ul> <p><b>*Explicarle a la paciente la necesidad de la utilización del cubrebocas por parte de ella y de los familiares, siempre que entren a su habitación.</b></p> | <p><b>durante su tratamiento.</b></p> <p><b>Esto ayudará a que la familia comprenda que a pesar de que la enfermedad es contagiosa si llevan a cabo las medidas pertinentes podrán estar cerca de la paciente, con menor posibilidad de contagio.</b></p> <p><b>Explicarle a la paciente la utilización del cubrebocas ayudará a que la paciente comprenda que no es una forma de rechazo por parte de su familia, sino que es una medida de protección.</b></p> | <p><b>La paciente, su esposo y la tía que la visita ya sabían de las medidas que se debían tomar para poder entrar a la habitación de la paciente, pero al resto de la familia no se le pudo contactar, ya que la paciente es de Córdoba y haya se encuentra el resto de su familia.</b></p> <p><b>Se le dio la explicación a la paciente y comprendió la necesidad de la utilización de éste.</b></p> |
|--|--|--|---|--|--|

|   |  |   |  |  |   |
|---|--|---|--|--|---|
| <p><b>Transtorno de la autoestima relacionado con padecimiento actual manifestado verbalmente por ella “siento que ya no puedo hacer nada”.</b></p> | <p><b>La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa cuya principal forma de contagio es por contacto directo, mediante las gotitas que sales al toser o estornudar lo que ocasiona que la persona que la padece sea rechazada por temor de que al acercarse a ella se puedan contagiar creando problemas emocionales en la paciente.</b></p> | <p><b>Mejorar la autoestima de la paciente de tal manera que esto ayude a mejorar su estado de salud.</b></p> | <p><b>*Estimular a la paciente por medio de platicas y mostrando interés en ella a expresar sus sentimientos y preocupaciones sobre su enfermedad.</b></p> <p><b>*Ayudarla a identificar estrategias para aumentar la independencia como: jerarquizar las actividades que realiza, usar dispositivos para moverse, si es necesario, tener períodos de descanso.</b></p> <p><b>*Fomentar la higiene, el acicalamiento y</b></p> | <p><b>Esto ayudará a que la paciente se desahogue y obtenga los conocimientos necesarios sobre su enfermedad, además de que la tranquilizará.</b></p> <p><b>Un importante componente de la autoestima es la capacidad de realizar las funciones esperadas, disminuyendo así la independencia y la necesidad de la participación de los demás.</b></p> <p><b>La participación en los cuidados personales y la</b></p> | <p><b>Gracias a estas actividades la paciente mostró la confianza suficiente para poder expresar lo que siente ante la presencia de su enfermedad, refiriendo que la platica le ayudo a desahogarse.</b></p> <p><b>Se le explicaron las formas en que ella podía aumentar su independencia y ella se mostró interesada.</b></p> <p><b>Cada que se realizaba algún cuidado la paciente</b></p> |
|---|--|---|--|--|---|

|  |  |  |   |   |  |
|--|--|--|---|---|--|
|  |  |  | <p>demás actividades de autocuidados, de forma regular, permitir que la paciente tome decisiones sobre sus cuidados y que participe en la planificación de los mismos.</p> <p><b>*Reconocer y elogiar los logros obtenidos.</b></p> | <p>planificación facilita una buena adaptación al cambio.</p> <p>Reconociendo los logros de la paciente fomentamos pensamientos positivos acerca de sí mismo y de lo que puede hacer.</p> | <p>se le pedía opinión sobre como quería que fuese este haciendo que se sintiera más cómodo y si ella lo podía realizar que mejor.</p> |
|--|--|--|---|---|--|

|  |   |  |   |   |   |
|--|---|--|---|---|---|
| <p><b>Alteración de la sexualidad relacionada con falta de intimidad manifestada por preocupación.</b></p> | <p><b>Las necesidades sexuales incluyen mucho más que la mera necesidad de procrear y éstas se vuelven más importantes cuando se vive en pareja, por lo que la falta de intimidad provoca distanciamiento de la misma llegando a ocasionar la separación.</b></p> | <p><b>Favorecer el acercamiento entre la paciente y su pareja para que mejoren su relación íntima.</b></p> | <p><b>*Decirle a la paciente que platique con su pareja acerca de sus preocupaciones y que le de tiempo para acostumbrarse a los cambios.</b></p> <p><b>*Tranquilizar a la paciente y a su pareja, diciéndoles que sus preocupaciones y miedos son normales y esperados.</b></p> <p><b>*Explicarle a la paciente y a su pareja las formas de contagio de la</b></p> | <p><b>La conversación ayudará a que aclaren sus dudas y preocupaciones ya que si reprimen sus sentimientos provocarán que su relación se afecte negativamente.</b></p> <p><b>Es normal que la presencia de una enfermedad infectocontagiosa cause miedo en una pareja al tener intimidad, y la tranquilidad que se proporcione puede ayudar a reducir la ansiedad y facilitar un afrontamiento positivo.</b></p> <p><b>Es importante que conozca las formas de contagio ya que esto disminuirá el</b></p> | <p><b>No hubo la oportunidad de conversar mucho sobre sexualidad con la paciente ya que era poco el tiempo que permanecía con ella y este es un tema muy extenso como para platicarlo en unos minutos, pero algunas actividades se le comentaron.</b></p> |
|--|---|--|---|---|---|

|  |  |  |   |   |  |
|--|--|--|---|---|--|
|  |  |  | <p><b>enfermedad.</b></p> <p><b>*Animar a la pareja a identificar conductas sexuales alternativas que puedan usar para la expresión sexual durante períodos de exacerbación de la enfermedad (tocarse, abrazarse, darse masaje, etc.).</b></p> <p><b>*Remitir a la paciente a un asesor de salud sexual, si así lo desea.</b></p> | <p><b>temor de contagiarse y ayudará a que tomen las medidas adecuadas al tener intimidad.</b></p> <p><b>La expresión sexual no se limita al coito sino que engloba diversos modos de placer para uno mismo y para su pareja.</b></p> <p><b>Ciertos problemas sexuales requieren una terapia continuada y los conocimientos expertos de un terapeuta.</b></p> |  |
|--|--|--|---|---|--|

|   |   |  |   |   |  |
|---|---|--|---|---|--|
| <p><b>Intolerancia a la actividad relacionada con padecimiento actual manifestado por referir fatiga.</b></p> | <p><b>La tolerancia a la actividad depende de la capacidad que tiene la paciente de adaptarse a las necesidades fisiológicas de una mayor actividad, esta adaptación exige una óptima función cardiopulmonar, vascular, neurológica y músculoesquelética. La tuberculosis es una enfermedad crónica que provoca debilidad y fatiga al realizar algunas actividades.</b></p> | <p><b>Aumentar la tolerancia a la actividad de la paciente a través de diversas actividades.</b></p> | <p><b>*Aumentar las actividades de autocuidado de la paciente desde un autocuidado parcial a uno completo.</b></p> <p><b>*Fomentar el progreso en el nivel de actividad de la paciente: -</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>aumentar el tiempo que la paciente pasa fuera de la cama.</b></li> <li><b>- dejar que la paciente establezca su ritmo de deambulación.</b></li> <li><b>- fijar una distancia de deambulación cada vez mayor.</b></li> </ul> | <p><b>La participación de la paciente en el autocuidado mejora su funcionamiento fisiológico y reduce la fatiga por la inactividad y además mejora su sensación de autoestima y bienestar.</b></p> <p><b>La tolerancia a la actividad cada vez mayor depende de la capacidad de la paciente de adaptarse a las necesidades físicas del aumento de la actividad. El aumento gradual hacia objetivos realistas y mutuamente establecidos puede promover el cumplimiento y prevenir el ejercicio excesivo.</b></p> | <p><b>Se le mencionaron las actividades que podía realizar para que aumentará su tolerancia pero fue muy poco el tiempo que permanecí con la paciente como para poder ver resultados sobre las mismas.</b></p> |
|---|---|--|---|---|--|

|  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <p><b>*Planificar períodos de descanso según el horario de la paciente.</b></p> <p><b>*Enseñar a la paciente a ahorrar energía durante las actividades de la vida diaria (AVD).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- decirle que es necesario que tenga períodos de descanso antes y después de determinadas actividades.</li> <li>- decirle que interrumpa las actividades en caso de fatiga.</li> <li>- sentarse siempre que sea posible cuando realice AVD.</li> <li>- alternar tareas fáciles y difíciles a lo largo del día.</li> <li>- distribuir las</li> </ul> | <p><b>Los períodos de reposos dan al cuerpo un período de bajo gasto energético aumentando la tolerancia.</b></p> <p><b>El ahorro de energía evita que las necesidades de oxígeno excedan del nivel que puede cubrir el corazón.</b></p> <p><b>Puede evitarse un gasto energético excesivo distribuyendo las actividades y dejando suficiente tiempo para recuperarse entre una y otra actividad.</b></p> |  |
|--|--|--|--|---|--|

|   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|--|
|   |   |   | <b>actividades a lo largo del día.</b>  |   |  |
| <b>Déficit de actividades recreativas relacionado con hospitalización manifestado por referencias verbales de aburrimiento.</b> | <b>La estancia en el hospital limita la realización de aficiones habituales, ya que los niveles de actividad anteriores y la motivación influyen en la respuesta de la paciente a la reducción de los niveles de actividad.</b> | <b>Disminuir o eliminar el aburrimiento que manifiesta la paciente.</b> | <p><b>*Identificar junto con la paciente sus gustos y áreas de interés.</b></p> <p><b>*Elaborar una lista de las actividades que pueda realizar la paciente de acuerdo a sus necesidades (leer, escuchar música, ver televisión, bordar, escribir, etc.).</b></p> <p><b>*Hablar con la familia acerca de las actividades que quiere realizar la paciente.</b></p> <p><b>*Planificar las actividades con períodos de</b></p> | <p><b>Al conocer los gustos y las áreas de interés de la paciente podremos identificar las actividades a realizar y esto ayudará a que las realice con agrado.</b></p> <p><b>La elaboración de una lista ayudará a que la paciente pueda elegir que actividades realizar cada día.</b></p> <p><b>Esto ayudará a que podamos conseguir el material necesario para realizar las actividades.</b></p> <p><b>La planificación de las actividades nos ayudará a reducir el</b></p> | <p><b>Se platicó con la paciente acerca de éstas actividades y mostró interés en ellas y aunque no contaba con el material necesario pudo realizar algunas de ellas refiriendo disminución en su aburrimiento.</b></p> <p><b>Sus familiares no la visitaban muy seguido como para que pudiera platicar con ellos, pero cuando había alguien con ella, se mostraba un poco más animada.</b></p> |

|   |  |  |   |  |   |
|---|--|--|---|--|---|
|   |  |  | <p>descanso.</p> <p><b>*Decirle al personal y a las visitas que comenten con la paciente sus experiencias, viajes y temas de interés o controvertidos.</b></p>                                  | <p>aburrimiento pero de tal manera que la paciente no termine fatigada.</p> <p><b>Al iniciar estas conversaciones se comprueba que el paciente tiene intereses y opiniones y también le hace participar en temas ajenos a las cuestiones personales.</b></p> |   |
| <p><b>Dolor relacionado con efecto del medicamento manifestado verbalmente.</b></p> | <p><b>Algunos medicamentos antituberculosos como la pirazinamida, proteonamida y etambutol pueden provocar efectos secundarios como fiebre, cefalea, mareos, dolores musculoesqueléticos, etc.</b></p> | <p><b>Disminuir o eliminar el dolor de la paciente con la ayuda de diversas actividades.</b></p> | <p><b>*Valora y anotar la descripción, localización, duración y características del dolor de la paciente.</b></p> <p><b>*Reducir o eliminar los efectos secundarios de los medicamento.</b></p> | <p><b>El dolor es una experiencia personal y la enfermera debe confiar en la descripción que hace la paciente para poder tratarlo eficazmente.</b></p> <p><b>Eliminar los factores causantes reduce la incidencia del dolor.</b></p>                         | <p><b>Se le propusieron las diferentes actividades logrando que al realizar algunas de ellas disminuyera un poco el dolor, no disminuyó del todo pero ya era menos intenso.</b></p> |

|  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <p><b>*Utilizar técnicas de distracción como leer, realizar ejercicios de respiración lenta, etc.</b></p> <p><b>*Proporcionar estimulación cutánea como masajes.</b></p> <p><b>*Enseñar a la paciente técnicas de relajación, como tensor y relajar grupos musculares o respirar de forma rítmica.</b></p> | <p><b>Distrayendo la atención del paciente del dolor se consigue reducir la percepción del mismo.</b></p> <p><b>La estimulación cutánea alivia el dolor ya que bloquea los impulsos que viajan a lo largo de las delgadas fibras nerviosas por la sinapsis del asta dorsal.</b></p> <p><b>Las técnicas de relajación potencian los efectos de otras terapias contra el dolor, reducen la ansiedad y alivian la depresión.</b></p> |  |
|--|--|--|--|---|--|

Kozier, ERB, Olivieri, *Enfermería Fundamental*, 4ª ed., Ed Interamericana McGraw-Hill, Tomo 2, México 1993, pp. 1597.

Carpenito, Lynda Juall, *Planes de cuidados y documentación en Enfermería*, Ed. Interamericana McGraw-Hill, México 1994, pp. 754.

## VII.- PLAN DE ALTA

La enseñanza para el fomento de la salud es un componente indispensable de la asistencia de enfermería y se orienta a fomentar, conservar y restaurar la salud, así como a la adaptación a los efectos residuales de la enfermedad.<sup>1</sup> Ayuda a que la persona se adapte a su enfermedad, coopere con el tratamiento prescrito y aprenda a resolver problemas cuando enfrente situaciones nuevas.

El objetivo de la educación para la salud es enseñar la manera de vivir en el estado más sano posible; es decir, esforzarse por lograr el máximo potencial de salud, pero también puede ser el objetivo del plan de alta.

1.- Explicarle a la paciente que la tuberculosis es una enfermedad contagiosa y que tomar los medicamentos es la mejor forma para prevenir la transmisión.

2.- Indicarle que tome los medicamentos con el estómago vacío o una hora antes de las comidas, ya que el alimento dificulta la absorción de los fármacos.

| Medicamento           | Dosis      | Vía  | Horarios            |
|-----------------------|------------|------|---------------------|
| Proteonamida<br>259mg | 3 tabletas | Oral | Cada 24hrs<br>8a.m. |
| Pirazinamida 500mg    | 3 tabletas | Oral | Cada 24hrs<br>8a.m. |
| Etambutol 400mg       | 3 tabletas | Oral | Cada 24hrs<br>8a.m. |

3.- Explicar el riesgo de desarrollar resistencia farmacológica si no hay apego total al régimen.

---

<sup>1</sup> Bruner, Suddart, *Enfermería Médico Quirúrgica*, 7ª ed., Ed. Interamericana, Vol. I, México 1994, p. 45-46.

**4.- Valorar la capacidad de la paciente para continuar con el tratamiento en casa.**

**5.- Enseñar a la paciente y a su familia procedimientos para el control de infección:**

**- Demostrando y destacando la importancia de la técnica correcta del lavado de manos.**

**- Indicando a la paciente que:**

**- Utilice cubrebocas todo el tiempo.**

**- Cubra su boca cuando tosa o estornude.**

**- Use pañuelos desechables y los introduzca en bolsas de papel para desecharlos.**

**- Decirle a sus familiares que utilicen cubre bocas cuando visiten a la paciente.**

## VIII.- EVALUACIÓN

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) como todo trabajo de investigación puede presentar dificultades en su realización. Creo que pude llevar a cabo la aplicación del PAE a mi paciente con gran satisfacción ya que identifique cada una de sus etapas y las fui desarrollando; Para realizar la valoración utilice un instrumento basado en los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon mediante el cual realice un interrogatorio y una exploración física, teniendo como principal fuente de información a la paciente, además de contar con el personal de salud y algunos registros clínicos. Posteriormente revise el instrumento de valoración para detectar que patrones se encontraban alterados y así redactar los diagnósticos en base a éstos, para redactar los diagnósticos utilice el formato Problema, Etiología y Signos y Síntomas (PES), después de tener los diagnósticos inicie con el Plan de Cuidados tratando de buscar los cuidados adecuados para eliminar o minimizar los problemas que causaban la alteración de dichos patrones, para poder realizar adecuadamente el plan de cuidados tome en cuenta: el patrón alterado, la prioridad de los diagnósticos y la determinación de objetivos. En cuanto a la ejecución a mí criterio creo que el plan que realice fue de mucha ayuda para la paciente y para poder alcanzar los objetivos propuestos al inicio del PAE. Finalmente en la evaluación puedo decir que a lo mejor no se cumplieron todos los objetivos propuestos en el plan de cuidados, pero si la mayoría, además la paciente refirió gran satisfacción durante y después de la realización de éste trabajo, ya que pude brindar los cuidados de manera individualizada para mejorar su estado de salud.

La aplicación de los Patrones Funcionales de Salud proporciona un formato de valoración estándar para una base de datos básica, independientemente de la edad, el nivel de cuidados o el trastorno médico del paciente. Su utilización permite un valoración enfermera

**sistemática y premeditada con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente, de una manera ordenada lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos. Además la valoración por Patrones Funcionales de Salud enfoca su atención en 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.**

**En lo personal, a mí no se me dificultó mucho la aplicación del PAE por Patrones Funcionales de Salud, ya que el instrumento de valoración que utilice ya lo había manejado con anterioridad, lo que si me constó trabajo fue la realización del plan de cuidados porque es difícil encontrar los cuidados adecuados para cada uno de los diagnósticos encontrados, pero gracias a la buena interacción y a lo abierta que es la paciente a pesar del padecimiento que presenta, pude concluir mi trabajo con satisfacción y nuevos conocimientos.**

## **IX.- CONCLUSIONES**

**El P.A.E., con todas las dificultades que puede presentar en la realización, forma al profesional de enfermería, ya que al aplicar cuidados individualizados de una forma integral y continua, consiguiendo o no los objetivos propuestos, aporta nuevos conocimientos.**

**Gracias a la realización de éste trabajo tuve la oportunidad de desarrollar de una mejor manera cada una de las etapas del PAE aunque la planeación fue la que más trabajo me costó realizar ya que se deben encontrar los cuidados necesarios para la paciente pero de una forma individualizada, porque aunque sea el mismo diagnóstico no necesariamente son los mismos cuidados para todo paciente, pero finalmente pude concluir de manera satisfactoria todas las etapas.**

**Finalmente pude brindar los cuidados necesarios a mi paciente de acuerdo a los patrones alterados y a los diagnósticos encontrados aunque algunas actividades sólo fueron comentadas con la paciente ya que el tiempo no fue suficiente para poder realizarlas y ver resultados, pero me queda la satisfacción de haber podido realizar la mayoría de los cuidados, además de recibir comentarios positivos de la paciente sobre éstos y poder constatar en un papel mis conocimientos mismos que serán aplicados en un futuro como profesional.**

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Françoise Collière, Marie, *Promover la vida*, Ed. Interamericana McGraw-Hill, Madrid 1995, pp.
- 2.- Sister Charles, Marie Frank, *Desarrollo histórico de la enfermería*, Ed. La prensa Médica Mexicana, México 1987, pp. 354.
- 3.- Gordon, Marjory, *Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación*, 3ª ed., Mosby / Doyma, México 1996, pp. 457.
- 4.- H.Yura, M. Walsh, *El Proceso de Enfermería*, Ed. Alambra, España 1981, pp. 222.
- 5.- Carpenito, Lynda J., *Manual de Diagnósticos de Enfermería*, McGraw-Hill Interamericana, México 1993,
- 6.- Kozier, ERB, Olivieri, *Enfermería Fundamental*, 4ª ed., Ed Interamericana McGraw-Hill, Tomo 2, México 1993, pp. 1597.
- 7.- Carpenito, Lynda Juall, *Planes de cuidados y documentación en Enfermería*, Ed. Interamericana McGraw-Hill, México 1994, pp. 754.
- 8.- Bruner, Suddart, *Enfermería Médico Quirúrgica*, 7ª ed., Ed. Interamericana, Vol. I, México 1994, pp. 1023

## ANEXOS

### TUBERCULOSIS PULMONAR

Enfermedad infecciosa y crónica producida por *Mycobacterium tuberculosis* que se caracteriza por la formación de granulomas en los tejidos. Aunque se trata principalmente de una enfermedad pulmonar, también puede afectar a los restantes órganos. Es una enfermedad sistémica que afecta mayormente al sistema respiratorio.

Ataca al estado general y si no es tratada oportuna y eficientemente, puede causar la muerte a quien la padece y se estima que puede contagiar de 15 a 20 personas más por año.

### ETIOLOGÍA

*Mycobacterium tuberculosis* es un bacilo descubierto por Roberto Koch en 1882. La denominación bacilo tuberculoso incluye dos especies, *M. Tuberculosis* y *M. Bovis*, capaces de producir esta enfermedad. *Mycobacterium tuberculosis* es una bacteria aerobia, no esporulada, que precisa de un tiempo muy prolongado (15-20 horas) para su multiplicación y que puede sobrevivir con facilidad en el medio intracelular. Es una bacteria que necesita mucho tiempo (3-5 semanas) para crecer en los medios de cultivo.

### PATOGENIA

La infección inicial o primoinfección tuberculosa se produce cuando los bacilos tuberculosos (al parecer 1-3 bacilos sería suficientes) consiguen alcanzar los alvéolos pulmonares. Estas bacterias, quizá por efecto sólo mecánico, alcanzan preferentemente los lóbulos más declives que son los inferiores, aunque también pueden afectar al lóbulo medio, la língula y los lóbulos superiores. Desde estas áreas la infección puede

quedar contenida en el pulmón o diseminarse a distintos puntos del organismo.

La lesión inicial pulmonar suele ser periférica, ya que afecta los alvéolos. Desde allí, los bacilos tuberculosos sufren una depuración por el sistema linfático pulmonar y la infección drena hacia los ganglios del hilio pulmonar. Si la infección queda contenida aquí, sólo habrá una lesión cicatricial pulmonar, no siempre visible en la radiografía de tórax, y una adenopatía hilar, que pueden calcificarse, dando lugar a lo que se conoce como “complejo de Ghon”. En otras ocasiones la infección, en lugar de quedar limitada a los ganglios, se extiende por vía hematógica a otras áreas del pulmón y a otros órganos (diseminación hematógica). En el pulmón, la infección afectará, sobre todo, los segmentos posteriores de los lóbulos superiores, ya que *M. Tuberculosis*, es un microorganismo aerobio con preferencia con las áreas pulmonares mejor ventiladas. Lo que suceda después de esta diseminación hematógica inicial dependerá de los dos factores que gobiernan siempre la infección tuberculosa: por un lado, del tamaño del inóculo bacteriano y, por otro, de la respuesta inmunitaria del huésped.

Tanto en el pulmón como en los restantes órganos, las lesiones tuberculosas diseminadas durante este período de primoinfección cicatrizarán como lo hizo la lesión pulmonar inicial, pero continuarán siendo fuentes potenciales de reactivación de la enfermedad, ya que *M. Tuberculosis* puede persistir viable intracelularmente durante muchos años. Todo individuo con infección, es decir, que entró en contacto con *M. Tuberculosis*, corre el riesgo de desarrollar enfermedad, es decir, síntomas de tuberculosis, en cualquier momento de su vida siempre que se reactive la infección.

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad crónica que evoluciona con reagudizaciones. Las partes del pulmón más afectadas son los segmentos apicales y posteriores de los lóbulos superiores, y los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. La infección pulmonar tiene generalmente un comienzo insidioso. Cuando el paciente presenta los primeros síntomas, la enfermedad puede estar ya muy avanzada desde el punto de vista radiológico. Se piensa que la tuberculosis pulmonar puede alcanzar su extensión completa al cabo de pocas semanas. La evolución de los pacientes es variable durante años, con periodos de recrudescencia de la enfermedad que puede seguir un curso muy prolongado sin tratamiento, si bien la mayoría de los pacientes terminarán falleciendo si no se tratan en un período de 2 a 3 años. La tos crónica es el principal síntoma de la tuberculosis pulmonar. El esputo suele ser escaso y no purulento. Es bastante frecuente que se produzca hemoptisis, generalmente en forma de esputo hemoptoico y en raras ocasiones como hemoptisis masiva. La auscultación pulmonar puede ser inespecífica; es típica la existencia de matidez en los vértices, con presencia de crepitantes que cambian con la posición.

Cuando existen grandes cavidades pulmonares, puede auscultarse lo que se denomina un ruido anfórico, bastante característico de la tuberculosis. Cuando progresa la enfermedad pulmonar, se produce necrosis caseosa de las lesiones con aparición de lesiones satélites y cavidades o cavernas que pueden ser fuente de hemoptisis, sobre todo si han sido colonizadas por hongos (aspergiloma) o si hay arterias pulmonares terminales dentro de la cavidad (aneurisma de Rasmussen). Puede haber focos de neumonía tuberculosa por apertura directa de un ganglio al parénquima pulmonar. La infección pulmonar va alterando progresivamente la arquitectura del pulmón, produciendo una reacción fibrosa con retracción y pérdida del volumen, en especial en los vértices.

Cuando se ha producido una lesión cavitaria o ulceronecrótica importante, la respuesta al tratamiento es mucho más tardía. Con frecuencia transcurren meses antes de que pueda apreciarse cierta mejoría a pesar de un tratamiento correcto.

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico definitivo de tuberculosis sólo puede establecerse cuando se cultiva *M. tuberculosis*. Sin embargo, existen otras pruebas diagnósticas.

- ☉ **Pruebas microbiológicas:** Las características tintoriales de *M. tuberculosis* permiten su rápida visualización (baciloscopia) en muestras clínicas mediante el uso de diferentes técnicas de tinción. El escaso número de bacilos presente en la mayoría de estas muestras hace generalmente necesario el estudio de más de una antes de que pueda alcanzarse un diagnóstico definitivo. La presencia de abundantes ácidos grasos en la pared de *M. tuberculosis* la hace ser ácido-alcohol-resistente. Es decir, que tiene la propiedad de retener ciertos colorantes de anilina a pesar de ser tratados con un ácido y alcohol.
- ☉ **Radiografía de tórax:** Aunque los hallazgos radiográficos son importantes, no es posible hacer el diagnóstico de tuberculosis pulmonar solamente por la radiografía. Porque otras enfermedades pueden simular la misma apariencia radiográfica que la tuberculosis. La lesión más frecuente es la afectación ganglionar multinodular acompañada de la cavitación en lóbulos superiores. La calcificación de lesiones pulmonares a parece varios años después de la infección.
- ☉ **Prueba tuberculínica:** Es una reacción cutánea de hipersensibilidad que indica la existencia de infección tuberculosa previa. La prueba se lleva a cabo con un extracto proteico purificado (PPD) de *M. tuberculosis*.

Las reacciones deben leerse midiendo el diámetro transversal de la zona de induración a las 48-72 horas. Se considera positiva a partir de 5mm. La prueba puede ser positiva si el paciente ha tenido contacto con otras micobacterias no tuberculosas.

En los vacunados, la reacción se considerará positiva cuando sea mayor de 14mm.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento antituberculoso tiene que cumplir una serie de requisitos imprescindibles. En primer lugar, dado que existe cierto riesgo de que *M. tuberculosis* se haga espontáneamente resistente a cualquiera de los fármacos utilizados, será necesaria la combinación de al menos dos fármacos para reducir este riesgo. En segundo lugar, con largos periodos de inactividad metabólica intracelular, el tratamiento antibiótico deberá ser siempre muy prolongado. Por último debe considerarse que la respuesta inmunitaria del huésped esencial en el control de la infección, por lo que el tratamiento debería modificarse según la enfermedad de base del paciente. Los antibióticos utilizados en el tratamiento de la tuberculosis pueden dividirse en fármacos de primera línea que son los más eficaces y se consideran esenciales para los tratamientos cortos, y los fármacos de segunda línea que son mucho menos eficaces y producen más efectos secundarios.

## **TRATAMIENTO ACORTADO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO (TAES)**

Se administra en cualquier localización de la enfermedad. Los tratamientos deben ser estrictamente supervisados (por el personal de salud o personal comunitario capacitado), ya que la supervisión respecto a la ingestión de fármacos es el único procedimiento que ofrece completa seguridad y asegura la curación.

Los fármacos que se utilizan en el tratamiento primario acortado de la tuberculosis, son: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Estreptomicina (S) y Etambutol (E).

### FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS

| Fármacos                         | Clave        | Presentación                         | Dosis diaria:    |                    |                  | Dosis intermitentes (a) |                            |  |
|----------------------------------|--------------|--------------------------------------|------------------|--------------------|------------------|-------------------------|----------------------------|--|
|                                  |              |                                      | Niños mg/kg peso | Adultos mg/kg peso | Dosis máxima/día | Niños mg/kg             | Adultos dosis total máxima | Reacciones adversas  |
| Isoniacida (H)                   | 2404         | Comp. 100 mg                         | 10 – 15 mg       | 5 - 10 mg          | 300 mg           | 15-20 mg                | 600-800 mg                 | Neuropatía periférica<br>Hepatitis                             |
| Rifampicina (R)                  | 2409<br>2410 | Caps. 300 mg<br>Jarabe 100 mg x 5 ml | 15 mg            | 10 mg              | 600 mg           | 15 - 20 mg              | 600 mg                     | Hepatitis<br>Hipersensibilidad<br>Interacciones medicamentosas |
| Pirazinamida (Z)                 | 2413         | Comp. 500 mg                         | 25 – 30 mg       | 20 - 30 mg         | 1.5 - 2 g        | 50 mg                   | 2.5 g                      | Gota<br>Hepatitis  |
| Estreptomicina (S)<br>(b)<br>(c) | 2403         | Fco. Amp. 1 g                        | 20 – 30 mg       | 15 mg              | 1 g              | 18 mg                   | 1 g                        | Vértigo<br>Hipoacusia<br>Dermatosis                            |
| Etambutol (E)<br>(d)             | 2405         | Comp. 400 mg                         | 20 – 30 mg       | 15 - 25 mg         | 1200 mg          | 50 mg                   | 2400 mg                    | Alteración de la visión  |

El TAES se instituye a todo caso nuevo que nunca ha recibido tratamiento y al que lo reanuda posterior al primer abandono.

Se debe administrar aproximadamente durante 25 semanas, hasta completar 105 dosis, dividido en dos etapas:

- Fase intensiva.- 60 dosis (diario de lunes a sábado con HRZE).
- Fase de sostén.- 45 dosis (intermitente, 3 veces a la semana con HR, con fármacos en combinación fija y etambutol separado, o separados si el paciente pesa menos de 50Kg.).

El tratamiento primario acortado estrictamente supervisado (TAES), de la tuberculosis, incluye los siguientes fármacos: isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E). Combinación fija: Gragea RHZ (R 150mg, H 75mg y Z 400mg) y cápsula HR (H 200mg y R 150mg), en niñas y niños se debe administrar fármacos en presentación separada, de acuerdo con las dosis indicadas.

## TRATAMIENTO PRIMARIO ACORTADO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Fase intensiva:</b>                             | <b>Diario, de lunes a sábado, hasta completar 60 dosis.</b>                                    | <b>Administración en una toma.</b>                                   |
| <b>Fármacos:</b>                                   | <b>Separados (dosis)</b>   | <b>Combinación fija clave 2414 (presentación)<br/>4 grageas de:</b>  |
| <b>Rifampicina<br/>Isoniacida<br/>Pirazinamida</b> | <b>600mg<br/>300mg<br/>1500mg a 2000mg</b>   | <b>150mg<br/>75mg<br/>400mg</b>                                      |
| <b>Etambutol (a)</b>                               | <b>1200mg</b>  | <b>Clave 2405 (presentación)<br/>3 tabletas de:<br/><br/>400mg</b>   |
| <b>Fase de sostén:</b>                             | <b>Intermitente, 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes, hasta completar 45 dosis.</b> | <b>Administración en una toma.</b>                                   |
| <b>Fármacos:</b>                                   | <b>Separados (dosis)</b>   | <b>Combinación fija clave 2415 (Presentación)<br/>4 cápsulas de:</b> |
| <b>Isoniacida<br/>Rifampicina</b>                  | <b>800mg<br/>600mg</b>   | <b>200mg<br/>150mg</b>   |

### CONTROL

Se llevará a cabo cada mes, o en menor lapso cuando la evolución clínica del enfermo lo requiera.

**Control clínico.-** Control con revisión del estado general del enfermo, evolución de los síntomas, verificación de ingesta y deglución del fármaco.

**Control bacteriológico.-** Baciloscopia mensual. Será favorable cuando sea negativa desde el tercer mes de tratamiento, o antes, y persista negativa hasta terminar las dosis requeridas para cada esquema; y desfavorable,

cuando persista positiva desde el cuarto mes del tratamiento (sospecha de fracaso o farmacorresistencia) o presente baciloscopias positivas en meses consecutivos, confirmados por cultivo después de un período de negativización.

**Control radiológico.-** La curación del enfermo ocurre muy frecuentemente con persistencia de lesiones cicatriciales evidentes en la radiografía de tórax, por lo que el control debe basarse en la evaluación clínica y bacteriológica.

## **EVALUACIÓN**

Al completar el esquema de tratamiento, el caso debe clasificarse como: curado, término de tratamiento o fracaso. Los casos que no terminan el tratamiento deben clasificarse como: defunciones, traslados o abandono.

## **COMPLICACIONES**

- ❖ **Tuberculosis miliar.-** Si un complejo de Ghon necrosado perfora un vaso sanguíneo, gran cantidad de bacilos penetran en el torrente sanguíneo y se diseminan por todo el organismo. Este proceso se denomina TB miliar o hematógena.
  
- ❖ **Derrame pleural y empiema.-** Un derrame pleural está causado por la liberación de material caseoso en la cavidad pleural. El material que contiene bacilos pone en marcha una reacción inflamatoria y un exudado pleural rico en proteínas. Una forma de pleuritis denominada pleuritis seca, en consecuencia de una lesión tuberculosa, superficial que afecta a la pleura. El empiema es más raro que el derrame y aparece cuando un gran número de bacilos penetran en la cavidad pleural, normalmente como consecuencia de la rotura de una cavidad.
  
- ❖ **Neumonía tuberculosa.-** La neumonía aguda es el resultado de la penetración en el pulmón o ganglios linfáticos de grandes cantidades de bacilos procedentes de una lesión cavitada.
  
- ❖ **Otras afectaciones sistémicas.-** Aunque los pulmones son la localización primordial de la TB, otros órganos pueden estar afectados. Las meninges, los huesos y el tejido articular también se ven involucrados en el proceso infeccioso, así como los riñones, las glándulas suprarrenales y el aparato genital femenino y masculino.

