



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A ADULTO MAYOR
CON TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORRESISTENTE CON
EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA

EFIGENIA SORIANO PARIENTE

No. DE CUENTA 40811729-4

DIRECTORA ACADÉMICA:

MAESTRA MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

México 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACION 7

OBJETIVOS 8

CAPITULO I

Metodología 9

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.2 Definición de enfermería 10

2.3 Definición Proceso de Atención en Enfermería

2.4 Características del Proceso de Enfermería 11

Etapas del Proceso de Enfermería 12

Valoración 13

Componentes de un diagnostico enfermero: Taxonomía, planeación, ejecución del plan 14

Modelo de Virginia Henderson 18

Datos biográficos de Virginia Henderson 18

Definición, 18

Necesidades básicas 19

Concepto básico de enfermería 20

Afirmaciones Teóricas 21

Niveles de dependencia e independencia	23
Antecedentes de tb Pulmonar	25
Concepto	26
Morbilidad, Mortalidad	27
Fisiopatología de tuberculosis	28
Transmisión	29
Diagnóstico de la enfermedad tuberculosa	30
DIAGNOSTICO	
Programa de Acción contra la Tuberculosis (TAES)	31
Tratamiento	33
Alimentación	36
Complicaciones	37
Características del adulto mayor	38
APLICACIÓN PROCESO ENFERMERO	
3.1 Presentación dl caso	
3.2 Valoración con las 14 necesidades con el modelo de Virginia Henderson	42
3.3 Jerarquización de los diagnósticos de enfermería con el Modelo de Virginia Henderson	46
Ejecución del Plan de cuidados	
PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA	60
CONCLUSIONES	62
SUGERENCIAS.	63

BIBLIOGRAFÍAS	64
GLOSARIO	66
ANEXO: FORMATOS	67

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo del Proceso de Atención de Enfermería fue aplicado a un adulto mayor con TB pulmonar Multidrogorresistente con el modelo de Virginia Henderson.

Con el objetivo de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería base a los diagnósticos enfermeros del paciente e identificar signos y síntomas de la tuberculosis pulmonar dependiendo las necesidades del paciente.

El tratamiento de una persona infectada por tuberculosis pulmonar requiere de valoración médica inmediata para ser tratada lo más pronto posible para evitar complicaciones e iniciar lo más pronto posible Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado para el éxito de curación.

La realización del Proceso Atención de Enfermería toma en consideración todas las dimensiones como: necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano.

Detecta factores de riesgo, así mismo jerarquiza las necesidades proporcionando una atención de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno individual o externo ambiental, priva a la persona de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería.

Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente que tenga por objeto fundamental la personalización y la adecuada planificación, y ejecución de los cuidados orientados al bienestar de la persona.

Este proceso se realiza para satisfacer las necesidades de una persona y está basado en el modelo de Virginia Henderson la cual conceptualiza a la persona

como un ser único y complejo que para mantener su salud debe satisfacer catorce necesidades, con el fin de adquirir su independencia.

Aplicando el plan de cuidados de una persona con las taxonomías Nanda, Nic y Noc. Finalmente se agregan conclusiones y sugerencias anexando la fisiopatología del problema

JUSTIFICACIÓN

En Morelos se diagnosticaron durante el año 2007, 222 casos nuevos de Tuberculosis todas formas y 26 defunciones por esta causa en el año 2005, el 70% De los casos se presentó en población económicamente activa, de igual forma en Hombres y mujeres, los municipios con mayor incidencia (prioritarios) en base a Incidencia de casos nuevos, mortalidad por tuberculosis y localización de casos Farmacorresistentes son: Cuernavaca, Coatlán del Río, Jiutepec, Emiliano Zapata, Huitzilac, Tepoztlán, Xochitepec, Temixco, Miacatlán, Amacuzac, Jojutla, Puente de Ixtla, Tlaltizapán, Tlaquiltenango, Zacatepec, Cuautla, Ayala, Yautepec Jantetelco, Tlayacapan, Jonacatepec, Totolapan, Yecapixtla, Axochiapan, Atlatlahucan, Ocuituco, Temoac, Tepalcingo y Tétela del Volcán. Las metas para disminuir los casos a corto plazo son alcanzar el 70% de detección de casos BK positiva y la curación del 85% de éstos; así mismo, consolidar la vigilancia epidemiológica de Tuberculosis a través de la Plataforma Única, Modulo: Tuberculosis.

Durante el año 2009 se intensificó la detección en localidades y municipios prioritarios en el Estado, a través de los Detecto móviles, obteniendo el 92.69% de logro en relación a la meta programada (3 504 Sintomáticos Respiratorios estudiados) y 221 casos nuevos de tuberculosis todas las formas, el 61% (135 casos) de tuberculosis pulmonar. (Epidemiología de Morelos 2013)

El caso que para este proceso nos ocupa lleva 5 años en el centro de salud rural de San Gabriel de las Palmas, Municipio de Amacuzac Morelos, y en ese tiempo la complicación más importante es la drogorresistencia a los antituberculosos. Así como disminuir los focos de infección, existió contagio a su hija y esposa logrando la curación en el tratamiento primario tomando como estrategia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

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

OBJETIVOS GENERALES:

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente de 72 años de edad con un proceso infeccioso por Tuberculosis Pulmonar con Multidrogorresistencia mediante la aplicación del modelo Virginia Henderson

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Aplicar un instrumento de valoración para detectar alteraciones del paciente con tuberculosis pulmonar.
- 2.- Elaborar los diagnósticos de enfermería con los datos de la valoración para establecer un plan de cuidados.
- 3.-Elaborar un plan de cuidados a corto mediano y largo plazo con los diagnósticos de enfermería.
- 4.- Ejecutar los cuidados de enfermería al Sr Raymundo con enfermedad de tuberculosis pulmonar.
- 5.- Evaluación de las intervenciones aplicadas en el paciente, para determinar los logros, detectar las limitaciones y reiniciar el proceso.

CAPITULO I

1.1 METODOLOGÍA

El presente trabajo se realizo en el Centro de Salud Rural de San Gabriel de las Palmas Municipio de Amacuzac Morelos, se detectó paciente adulto mayor de sexo masculino de 72 años de edad sintomático respiratorio, con tos productiva, y dolor torácico en consulta externa turno matutino. Inicio el primer paso presentándome y solicitando autorización y consentimiento para aplicarle el Proceso Atención de Enfermería, se informo en que consiste verbalmente y acepto.

En la valoración se realizo una entrevista para obtener datos de importancia, como antecedentes familiares, información general sobre hábitos alimenticios e higiene, además se realizo una exploración física, se le solicito una muestra de esputo, se le sugiere la forma correcta de expectorar para que la muestra de baciloscopia sea adecuada debe provenir del árbol bronquial (de las profundidades del pecho) ser suficiente en cantidad estar colocado en envase adecuado, identificación correcta y posteriormente tendrá que entregar 2 muestras mas a la unidad de salud para ser analizadas en la Jurisdicción Sanitaria No. 2. Por ultimo le pido la oportunidad de hacerle visitas domiciliarias accede se programa el día y la hora de la primer visita.

El objetivo de las visitas es dar seguimiento a la recuperación del paciente para su pronta recuperación. También se orientó sobre las medidas preventivas que deben tomar para evitar el contagio y se realizó el estudio de contactos para verificar que no halla otro caso.

Se da paso a una exploración física observando al paciente con ligera palidez de tegumentos, tos productiva, refiere dolor de espalda y torácico, nauseas anorexia, Afebril se realizaron los diagnósticos de enfermería tomando en cuenta las necesidades del Modelo de Virginia Henderson. De acuerdo con la valoración aplicada al paciente. El plan de cuidados se llevó a cabo con los resultados esperados de la taxonomía Noc En ella se incluyeron los indicadores, escala de medición incluidos en cada diagnostico desarrollado para la ejecución del plan de cuidados se utilizo la taxonomía de la clasificación de las intervenciones Nic.

Para cada intervención las actividades correspondientes al paciente.

En la etapa de la evaluación se determino el resultado de las intervenciones aplicadas al paciente, se realizó un seguimiento a través de diez visitas domiciliarias se valoró en cada una el estado de salud del paciente, el entorno de su hogar y la participación familiar el cumplimiento del tratamiento.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.2 Definición de Enfermería

Es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo familia y comunidad a procesos vitales, problema de salud real o potencial y la colaboración con los demás integrantes de equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiológicas.

(CIE. 2006)

La enfermería abarca los cuidados, autónomo, en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos, y comunidades incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad.

Funciones de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de la salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación (CIE. 2006)

“La función de enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo, a realizar las actividades que contribuye a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma, que se le ayude a conseguir su independencia lo más rápido posible. (Henderson V 1966)

Definición Proceso de Atención de Enfermería

Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de Enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen. (Cisneros F 2006)

Generalidades Proceso Atención de Enfermería.

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigida a obtener un resultado u objetivo particular

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los Cuidados de Enfermería

Su finalidad es reconocer el estado de salud de un paciente y los problemas o necesidades reales o potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. El Proceso de la Enfermería tiene sus elementos integrantes y llevan un orden lógico pero en cualquier momento puede intervenir cada uno de ellos.

Características del Proceso de Enfermería

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de

Cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (Sescam)

Sistemático por estar integrado por cinco etapas por un orden lógico que conduce al logro de resultados. Valoración, diagnóstico, ejecución y evaluación.

Proporciona un método para que las enfermeras utilicen sus conocimientos teóricos y prácticos y para prestar sus servicios a los seres humanos.

Es interpersonal y de colaboración. La enfermera debe compartir con el cliente las inquietudes y problemas así como participar en la participación continua del plan. Esto depende de que exista una comunicación abierta y eficaz.

Su universalidad. Puede aplicarse a clientes de cualquier edad y en cualquier momento del continuo salud enfermedad, es útil en varios ámbitos (ejemplos de colegios, hospitales, clínicas, asistencia a domicilio) y en todas las ramas de especialización (Enfermería ortopédica, pediátrica. Cuidados intensivos, quirúrgica etc.)

El proceso de enfermería es una adaptación del método de solución de problemas y de la teoría de sistemas. En ambos se requiere de Recogida y análisis de datos.

Basan su actuación (intervención y tratamiento) en formulación del problema (diagnóstico de enfermería o diagnóstico médico llevan consigo un componente de evaluación. (Vázquez G. 2008)

Etapas del Proceso Atención de Enfermería

Valoración:

Recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno,
Es la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

- recogida de datos
- Validación
- Organización
- Registro

Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el
Estado de salud del paciente, familia o comunidad, que utiliza:

a) Entrevista clínica b) Observación c) Exploración física

Fuentes primarias: paciente – historia clínica – familia

Fuentes secundarias: bibliografía – artículos – otras referencias.

La recogida de datos debe realizarse teniendo en cuenta un punto de vista
Holístico.

/ Datos objetivos: La enfermera ve – observa - mide

/ Datos subjetivos: La persona – familia o amigos refiere

/ Datos históricos: Antecedentes

/ Datos actuales: Datos sobre el problema de salud actual.

Diagnóstico:

Se trata de identificar los problemas y necesidades que el paciente, la familia o
Comunidad tiene y que son la base del plan de cuidados.

Establecimiento de los Diagnósticos de Enfermería Nanda y Problemas Interdependientes.

Además en esta fase el profesional debe identificar asimismo los recursos

Necesarios para las intervenciones enfermeras. (Esto puede crear confusión porque Podría introducirse en la planificación)

La finalidad de esta etapa

- Reconocer los problemas de salud (Diagnóstico NANDA 2010)
- Prevenir las posibles complicaciones
- Iniciar las acciones para asegurar un tratamiento adecuado y a tiempo

(Alfaro R 2004, M. Luque Del Rio M.C2008)

En esta fase se debe diferenciar entre diagnóstico y problemas

Interdependientes, en relación a que la intervención de enfermería sea autónoma y por tanto la decisión, la acción y los resultados son totalmente responsabilidad del Profesional que lo realiza, o es interdependiente, es decir la decisión se deriva del Juicio clínico de otro profesional, pero la acción y los resultados son responsabilidad del profesional que lo realiza.

Actuaciones que se deben valorar ante un diagnóstico de enfermería o problema Interdependiente:

Diagnóstico Real

- Reducir o eliminar factores contribuyentes
- Promover mayor nivel de bienestar
- Controlar del estado de salud.

Diagnóstico de Riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo
- Prevenir que se produzca el problema
- Controlar el inicio de problemas. Diagnóstico De Bienestar:
- Ayuda y educación en las conductas que permiten conseguir mayor nivel de Bienestar

Problemas Interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente
- Manejar los cambios de estado de salud
- Iniciar actuaciones prescritas por EL MEDICO. (Duque C 2008)

Componentes de un diagnóstico enfermero

Etiquetas Diagnósticas

- La identificación de conceptos diagnósticos ha permitido elaborar un lenguaje común a los cuidados de enfermería, describir y clasificar un cierto número de fenómenos observados por las enfermeras asistenciales, orientar las investigaciones teóricas y clínicas y guiar la práctica profesional

Características definitorias:

Son evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas o subjetivas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica. Son concretas, estas se relacionan a las conductas, signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico.

Signo. Dato objetivo

Síntoma: dato subjetivo.

Factores relacionados:

Relación con el Dx E, son situaciones o circunstancias que pueden Causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico, son los datos que nos llevan a sospechar la presencia de un problema de salud.

Factores de riesgo.

Ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos, elementos químicos, que aumentan la vulnerabilidad de un individuo o una comunidad a la aparición de una respuesta poco saludable.

Clasificación

Disposición sistemática de fenómenos relacionados en grupos o clases basándose en las características que tienen en común. (Duque C 2008)

Nomenclatura:

Sistema de designaciones términos elaborados según unas reglas preestablecidas

Taxonomía:

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

Planeación:

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar reducir o corregirlas respuestas del cliente enfermo.

Los pasos de la planeación establecen prioridades, elabora objetivos determinaciones de enfermería, documenta el plan de de cuidados.

En esta etapa se hace evaluación critica cuando se esta formulando el plan y luego cuando se ha ejecutado para medir los resultados obtenidos.

Los planes se evalúan en dos sentidos

- a) Si son adecuados para el cliente
- b) Si se ajustan a normas preestablecidas

Ya existen textos que proponen planes para ciertos diagnósticos. Cuando se tienen estos planes estándares para compararlos con los planes estándares para compararlos con los planes que se están diseñando es también necesario que se revisen para ver si se ajustan a la situación del usuario es decir que se debe evaluar su individualización.

El hecho de que los planes estandarizados ya están escritos puede tentar a los profesionales a usarlos sin juzgar críticamente si se ajustan al cliente o no

Así la evaluación en la etapa del planteamiento juzga, si los planes propuestas son comparables a los estandarizados y además si tales planes se ajustan a la condición particular del usuario (Duque C 2008)

Ejecución del plan

Comienza una vez que se ha elaborado los planes de los cuidados y esta enfocado al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados

Pasos de la ejecución

Preparación, intervención y documentación.

En esta etapa la evaluación es tan importante como en las otras. La evaluación se centra en tanto en las acciones como en el progreso.

Los resultados en términos del comportamiento del cliente son de esta etapa tan importante como en las dos anteriores planeamiento y diagnóstico. Sin embargo cuando se hace la evaluación a la vez que se realizan las actividades, esto puede tener varios fines adicionales.

1.-Evaluar la capacidad de quienes ejecutan el plan, ya sea por auto evaluación personal por los superiores.

2.-El conocimiento sobre las actividades se puede evaluar observando las intervenciones al tiempo que se ejecutan. Si la ejecución la realiza el usuario entonces tiene que hacerse juicio crítico y lograr fines diagnósticos al identificar si el usuario requiere ayuda.

3.-Determinar los esfuerzos que se requieren para ejecutar las acciones de enfermería. En cada situación puede haber factores que afectan el progreso y la ejecución de cualquier intervención programada. A veces estos factores no se han reconocido durante el planeamiento. Los cambios en las condiciones afectan también el progreso y ejecución y los esfuerzos pueden ser mayores o menores que los previstos. Esto puede retardar o precipitar los resultados e impedir la ejecución de las acciones.

4.- Para asegurar la cooperación y persistencia en las actividades de intervención se requiere evaluar los esfuerzos. Los conocimientos y las habilidades de los ejecutivos. Otro factor que se considera en la evaluación de la ejecución del plan es la evaluación por parte del usuario

Esta evaluación es tan importante como la que hace el profesional de Enfermería de los resultados. El cliente evalúa al personal de enfermería del mismo modo que su actividad personal. Esta evaluación se dirige a la comodidad de los dos participantes y el grado satisfactorio de las expectativas.

Evaluación de los resultados.

Es la última etapa del proceso a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución.

La evaluación de los resultados se dirige a los comportamientos y en la que con más frecuencia se utiliza cuándo se trata de la etapa de evaluación en el PAE.

Cuando los resultados son los que se esperan entonces se juzga que son apropiadas las etapas de diagnóstico planeamiento y ejecución del plan.

Estos resultados son los que se propusieron como resultados esperados en la etapa de planeamiento, Su formulación en forma de conductas objetivamente observables hace posible ese juicio ya que son indicadores del progreso.

Si los resultados están dentro de la dirección deseada se considera que los diagnósticos existentes, los juicios clínicos, las actividades de enfermería y los métodos de intervención permanecerán inmodificados.

En caso de que no se logren los resultados será necesario iniciar nuevamente la recolección de datos adicionales, formular diagnósticos, hacer planes e intervenciones nuevas.

Cuando se hace evaluación concurrente como parte del proceso de enfermería se puede evitar resultados no deseados.

La evaluación de resultados alcanzados sirve para que el profesional de enfermería pueda apreciar la efectividad de sus acciones.

En la evaluación de resultados del cuidado y la mayoría de las autoras coincide en recomendar una comparación entre lo planeado como resultados esperado con los resultados alcanzados en la fecha límite.

Se recomienda en general que la evaluación de los resultados considere los siguientes pasos

Hacer una lista de todos los resultados que se propusieron en el plan con las fechas límites. Valorar al cliente para ver si demuestra cambios en su apariencia en su estado físico. En lo que hace dice según se ha propuesto en el plan al proponer las metas o resultados esperados.

Establecer la comparación en lo que se planeo y lo que se alcanzo en el plazo establecido y condiciones prefijadas.

Discutir con el cliente sus percepciones e ideas respecto a los cambios alcanzados o los que no se lograron

Examinar más detenidamente las metas y el logro.

Si se lograron fácilmente es quizá por que el profesional de enfermería propuso metas a largo plazo que pudiera haberse programado para lograrlas en menos tiempo

Una evaluación cuidadosa crítica y detallada de los diferentes aspectos del cuidado de enfermería es la clave para lograr la excelencia en la provisión de los cuidados y el mejoramiento continuo de los servicios de salud. (Cisneros F 1986).

Modelo de Virginia Henderson

La concepción de Henderson de los conceptos paradigmáticos de la enfermería están presentes en todo el proceso de cuidados y por lo tanto, en la fase de valoración. Estas conceptualizaciones emanan de la definición, que realiza la autora sobre la función propia de la enfermera.



Datos biográficos de Virginia Henderson

Virginia nació en Kansas City (Missoun). Paso su infancia en Virginia durante la primera guerra mundial despertó en ella el interés de la enfermería. En 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del ejército de Washington D. C. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. En 1922 inicio su carrera como docente en enfermería en el colegio de la universidad de Colombia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A en la rama de enfermería. En 1929 Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica de Strong Memorial Hospital de Rochester N.Y. Regreso al teacher Collegue en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y practicas hasta 1948. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos a su concepto de enfermería.

Definición

La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo. Enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza de voluntad o conocimientos necesarios.

Igualmente corresponde a la enfermera a la enfermera cumplir con esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarlo lo más pronto posible (García A.2004)

Necesidades Básicas

Para Henderson cada persona se configura como ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, tienen 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

Las cinco primeras se consideran vitales.

1.- Necesidad de respirar normalmente

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardiaco y al control de oxigenación.

2.- Necesidades de comer y beber adecuadamente

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad

3.- Necesidad de eliminar por todas las vías.

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4.- Necesidad de moverse y mantener la debida postura

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención den úlceras por decúbito e incluye la rehabilitación.

5.- Necesidad de dormir y descansar

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos

6.- Necesidad de seleccionar la ropa adecuada, y a vestirse y desvestirse

7.- Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, por medio de ropas adecuadas y la modificación de la temperatura ambiente.

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8.- Necesidades de mantenerse limpio aseado y proteger la piel.

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima también introduce el conocimiento sobre esterilización.

10.- Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores o sensaciones.

En la medida en que se fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que se han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11.- Necesidad de practicar su religión

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores, secreto profesional.

12 Necesidad de trabajar en algo que de la sensación de utilidad aceptación del rol de cada uno

13.- Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo.

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14.- Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad, afán que conduce al desarrollo normal de la salud

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. Es una función prioritaria de enfermería.

Conceptos básicos de enfermería

Virginia Henderson en su libro "Principios Básicos de los Cuidados de enfermería nos ofrece un desarrollo de la disciplina enfermera dentro de la corriente de la integración.

Elaborando conceptos basados en teorías de otras disciplinas y en base a sus propias experiencias.

Utiliza pues un razonamiento reproductivo. En definitiva, crea un modelo conceptual en enfermería que aunque no lo reconoce, está influenciado por la jerarquización de las necesidades de Maslow.

La concepción de Henderson de los conceptos paradigmáticos de la enfermería están presentes en todo el proceso de cuidados y por lo tanto, en la fase de valoración.

Estas conceptualizaciones emanan de la definición que realiza la autora, sobre la función propia de la enfermera.

“La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios”.(García Suso A.2004)

Afirmaciones Teóricas:

Enfermera Paciente

Henderson nos dice que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que desea, sino además, lo que necesita para mantenerse en vida o recobrar su salud.

“Es ella, temporalmente la conciencia para la inconsciencia; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de la locomoción para el recién nacido el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan hacerlo y así sucesivamente.

De aquí se pueden deducir tres niveles de relación clasificados desde una relación muy independiente.

Enfermera Médico:

La enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico

Por otra parte como miembro del grupo médico colabora con los demás miembros de este grupo, así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global. Ningún miembro del grupo médico debe exigir de otras actividades que obstaculicen el desempeño de su función propia.

La enfermera tiene funciones propias, colabora con otros profesionales y no debe aceptar funciones delegadas si ello implica la pérdida de su propia función. Al mismo tiempo destaca la importancia de los planes de cuidados escritos e individualizados que siempre se organizan en torno al plan terapéutico.

Enfermera Sustituta:

Puede considerarse a la enfermera como sustituto de lo que hace falta al paciente para sentirse “completo” e “independiente Naturaleza de la enfermería.

Enfermera compañera:

La enfermera imparte educación sobre la salud a la paciente, la familia formula el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúa. En esta última relación muestra al paciente como una persona con potencialidades y recursos capaces de idear junto con ellas su propio plan de cuidados. (CIE-1971)

Los postulados sobre los que se basa el Modelo de Virginia Henderson son:

- Todo ser humano desea su dependencia
- El individuo forma un todo esta completo que se caracteriza por necesidades fundamentales.

Cuando un individuo no esta completo no puede ser independiente.

“Valores que fundamentan el modelo de Henderson”

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa las funciones del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial, que ningún otro trabajador le puede prestar.

Elementos más importantes de su teoría:

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

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las primeras siete necesidades están relacionadas con la fisiología, la octava y la novena están relacionadas con la seguridad y la decima relacionada con la propia estima, la

onceava relacionada pertinencia y la doceava a la catorceava relacionadas con la autorrealización.

De acuerdo a la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades o requisitos que deben mantener su integridad: física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento. (Fernández F.C 1995).

El modelo conceptual de Virginia Henderson es la organización conceptual de los cuidados de enfermería, basado en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.

Es la definición de su modelo, Henderson ha escrito que el objetivo de los cuidados es el ser humano considerado como ser psicosocial y espiritual, que se caracteriza por sus 14 necesidades fundamentales.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente) pero cuando algo falla o falta en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cuál surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar a suplir a la persona que pueda tener las necesidades cubiertas.

Niveles de dependencia / independencia

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

ayuda	para que le preste alguna ayuda		participar mucho en ello	participar en ello	participar en ello.
-------	---------------------------------	--	--------------------------	--------------------	---------------------

Elementos de la meta paradigma: (Henderson V 1971)

Persona:

Individuo objeto de los cuidados, que requiere asistencia para alcanzar su salud e independencia o una muerte en paz, cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

La persona y su familia son consideradas como una unidad. La persona es un ser humano único holístico, con componentes biológicos psicológicos, socioculturales, espirituales.

El individuo sano o enfermo anhela su independencia, con necesidades básicas para su supervivencia, con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida, mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

Salud: Es el completo bienestar, físico, social y mental que satisface 14 necesidades.

Virginia Henderson considera la salud en términos de habilidades de la persona para realizar sin ayuda y en forma continua, los 14 componentes básicos de los cuidados de enfermería. Equipara salud con la independencia, dependencia y causa de la dificultad o problema.

Independencia:

Capacidad de una persona que satisface las necesidades básicas de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: Incapacidad de la persona que no puede realizar por si mismo acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus 14 necesidades básicas.

Necesita de otra persona para que lo asista, le enseñe que debe hacer o le supla lo que no puede hacer por si mismo.

Entorno: Familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales

Virginia Henderson no incluye de manera específica el concepto de entorno dentro de su modelo, sin embargo menciona algunas veces de manera implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

Antecedentes De La Tuberculosis

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

La tuberculosis se transmite directamente cuando una persona con tuberculosis pulmonar tose o estornuda, emitiendo un aerosol en donde se encuentra el bacilo y el sujeto sano lo inhala. Cuando se desarrolla la tuberculosis activa, la localización de la enfermedad y la severidad es muy variable. Primero se desarrolla en pulmones. Pero puede presentarse en otros órganos del cuerpo debido a la diseminación de la bacteria vía hematogena; Por lo que representa la manifestación más seria de la enfermedad (Van Crevel y col., 2002).

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

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

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

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

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

En 1934 se creó por Decreto Presidencial la Campaña de Lucha contra la Tuberculosis, con un enfoque epidemiológico, estableciendo normas de quimioterapia, y regularizando la prescripción de medicamentos y procedimientos de diagnóstico, en la Secretaria de Salubridad y Asistencia, en 1936 se inicio el sanatorio para enfermos de tuberculosis de

Huipulco, actualmente conocido como Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

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

La Secretaría de Salubridad y Asistencia inició en 1966 la campaña de vacunación con vacuna BCG indiscriminada a la población escolar. Entre 64 y 69, como parte de esta campaña, se realizaron en el país acciones de pesquisa radiofotográfica entre la población.

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

Concepto:

La tuberculosis TB es una enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por un grupo de bacterias del orden Actinomycetales de la familia micobacteriaceae: el complejo micobacterium tuberculosis (*m. tuberculosis*, *m. bovis* y *m. africanum* y *m. canettii*). Que se transmite del enfermo al sujeto sano, principalmente por contacto con personas enfermas bacilíferas, a través de la inhalación de materia infectante, ingestión de leche de vaca infectada por dicho complejo, o contacto con animales bovinos enfermos son mecanismo de transmisión. La TB puede afectar cualquier órgano o tejido, aunque la localización más frecuente es la pulmonar es la vía de entrada del bacilo y representa de un 80%-85% de los casos. Las localizaciones extra pulmonares más frecuentes son ganglionares, pleurales, urogenitales, osteoarticular, meníngea y miliar; siendo las dos últimas las presentaciones de mayor gravedad. (Secretaría de salud 2008).

Morbilidad:

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

En México en el 2007 se registraron 16,964 casos de tuberculosis en sus formas clínicas, con una tasa de 1603 por cada 100 mil habitantes lo que refleja una disminución de 12.4% respecto a la tasa registrada en el 2000 cuando se identificaron

18,434 casos con una tasa de 18.3% por cada 100 mil habitantes, 14,281 correspondieron a tuberculosis pulmonar, lo que represento una disminución de 15.1% respecto a los 15,649 casos del 2000.

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

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

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

Mortalidad:

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

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

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

Fisiopatología de la tuberculosis pulmonar

El riesgo de desarrollar TB activa es mayor en pacientes con inmunidad celular alterada. La infección inicia cuando el bacilo alcanza al alveolo pulmonar, lo invade y posteriormente es fagocitada por macrófagos alveolares, donde se replica intracelularmente. El macrófago interactúa con los linfocitos T, lo que resulta en la diferenciación de macrófagos en histiocitos epitelioides, los cuáles juntos con los linfocitos forman granulomas. El bacilo no siempre es eliminado y permanece inactivo

causando una infección latente. El sitio de infección primario es el pulmón, llamado foco de Ghon, en ocasiones crece con la progresión de la enfermedad y se resuelve, dejando una cicatriz visible que puede ser densa y presentar focos de calcificación. Durante el estadio temprano de la infección, los microorganismos se diseminan por la vía linfática a la región hilar y medistinal y por la vía hematológica a sitios más distantes. El 5 % de individuos infectados por TB tienen inmunocompromiso y la enfermedad activa se desarrolla clínicamente un año después de la infección progresiva primaria. (DR Críales Cortés J. México 2009).

Tuberculosis primaria y postprimaria o reactivación de la TB.

Se considera TB primaria en pacientes que desarrollan la enfermedad después de una exposición inicial o postprimaria o reactivación en aquellos que la desarrollan un foco previo de TB. La TB primaria se consideró una enfermedad infantil y la post primaria del adulto. Se creía que las manifestaciones radiológicas, clínicas y patológicas eran distintas a la TB primaria, pero este concepto sea modificado recientemente debido a los estudios de DNA. La tuberculosis primaria representa del 23 al 34% de todos los casos de TB. (DR Críales Cortés J. México 2009).

Manifestaciones radiológicas de tuberculosis multifarmaco-resistente.

La resistencia a medicamentos antituberculosos es el principal problema de salud pública en el control de la TB debido a la diseminación de microorganismos fármacorresistentes y a la ineficacia de la quimioterapia en pacientes infectados. La TB MDR es una enfermedad fatal debido a la tasa de mortalidad depende de la enfermedades subyacentes, particularmente en los pacientes con VIH. La cronicidad como bronquiectasias y granulomas calcificados son más comunes en pacientes con TB MDR. Se ha visto que existe una fuerte correlación entre las características radiológicas de la TB MDR y la forma de adquisición de la resistencia de los fármacos.

TB altamente resistente a fármacos se define como TB resistente a rifampicina, isoniazida, cualquier quinolona y al menos uno de los siguientes tratamientos de segunda línea: kanamicina, capreomicina, amikacina. . (DR Críales Cortés J. México 2009).

Transmisión:

El reservorio de la tuberculosis es el hombre enfermo. Cuando la tuberculosis se localiza en pulmón, los individuos enfermos podrán diseminar el bacilo, ya que al toser, hablar o expectorar eliminarán gotas de saliva (gotas de Flugge) que contienen bacilos, que podrán ser aspirados por individuos susceptibles. Los factores determinantes del contagio incluyen la localización de la tuberculosis (Pulmonar o no), características de la enfermedad (Mayor o menor cantidad de bacilos en el esputo), la duración y frecuencia del contacto entre la persona sana y la enferma, las características del ambiente en que

ocurre (inadecuada ventilación) y las condiciones del individuo expuesto (nutrición, enfermedades concomitantes) el 50% de los contactos cercanos de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva (pacientes bacilíferos), podrían infectarse, mientras que solo se infectarían el 6% de los contactos cercanos de los enfermos con baciloscopia negativa.

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

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

Diagnostico:

Este capítulo se enfoca en: 1) La detección de casos de MDR TB, 2) las pruebas y condiciones de laboratorio necesarias para una confirmación apropiada y confiable, y 3) las responsabilidades por niveles de atención y referencia frente al diagnóstico de TB fármacorresistentes.

El proceso de diagnóstico de MDR TB y de XDR TB, visto epidemiológicamente

Como detección de casos, consta de dos fases:

Sospecha

- Factores de riesgo
- Presentación clínica
- Confirmación bacteriológica

Sospecha: Se establece frente a cualquier condición epidemiológica, clínica o Bacteriológica que determine un mayor riesgo de tener o desarrollar una TB Fármacorresistentes. Estas condiciones se deben enfrentar como factores de Riesgo1-4

Individuales (adquisición de resistencia después de iniciar tratamiento

Antituberculoso) o poblacionales (infección por M. tuberculosis ya resistente)

Detección:

Se basa en la búsqueda de casos sospechosos de tuberculosis pulmonar (fuentes de contagio); es decir, los Sintomáticos Respiratorios (SR).

Sintomático Respiratorio: Es toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días. A quien se le debe practicar la baciloscopia seriada de esputo (3 muestras) independiente de la causa de consulta; la solicitud de las baciloscopia (BK) diagnósticas a un sintomático respiratorio no debe ser una actividad exclusiva del médico. Las instituciones de salud no deben condicionar la realización de la baciloscopia seriada de esputo a pagos y esta exenta de cuotas moderadoras o COPAGO. Los esfuerzos por diagnosticar y tratar oportunamente los pacientes con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva son vitales para cortar la transmisión de M. tuberculosis hacia los convivientes.

Diagnóstico de la enfermedad tuberculosa

El diagnóstico de la tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar es eminentemente bacteriológico. La demostración del bacilo tuberculoso es criterio suficiente para confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento acortado supervisado. No se debe iniciar tratamiento sin haber realizado comprobación bacteriológica de la enfermedad mediante baciloscopia o cultivo. Se exceptúan aquellos casos con bacteriología negativa, que cumplen los criterios clínicos, epidemiológicos, tuberculínico y radiológico.

Criterio clínico de tuberculosis pulmonar:

La tos es el síntoma más precoz y se presenta en más del 90% de los casos; la tos se acompaña de expectoración mucoide o mucopuruenta, algunas veces con presencia de sangre o hemoptisis.

La TB frecuentemente presenta manifestaciones sistémicas independientes del órgano comprometido, con fiebre baja al comienzo pero más alta a medida que la enfermedad progresa, acompañada de sudores nocturnos (diaforesis) (55). Además, malestar general, astenia, anorexia y pérdida de peso. Otras manifestaciones pueden incluir anemia, leucocitosis y ocasionalmente hiponatremia.

Programa De Acción Contra La Tuberculosis (TAES)

El 26 de Enero de 1995 se publico en el Diario Oficial de la Federación la NOM-006-SSA2-1993 para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud. En el mismo año se llevo a cabo la evaluación anual conjunta del Programa de

Prevención y control de la Tuberculosis con participación del gobierno de México de la OPS/OMS. Como resultado se recomendó la instrumentación de la Estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) para mejorar las tasas de curación, reducir la morbilidad, la mortalidad y la transmisión del padecimiento, la cuál se inicio en 1996 en 6 áreas demostrativas, localizadas en los estados de Chiapas, Jalisco, Nayarit, Sonora, Tamaulipas y Veracruz. En Noviembre de 1996y con posterioridad a su evaluación dio inicio la estrategia (TAES) en áreas específicas de las 32 entidades federativas.

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

El programa se vincula con organismos internacionales y organismos no gubernamentales, como el Comité Nacional de Lucha contra la tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio, que participa con apoyo financiero para fortalecer las acciones del programa.

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

Tratamiento

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

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

FARMACOS ANTITUBERCULOSIS DE PRIMERA LINEA

FARMACOS	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIAS			DOSIS Intermitentes		Reacciones Severas
		NIÑOS MG/KG DE PESO	ADULTOS MG/KG DE PESO	DOSIS MÁXIMO AL DÍA	Niños mg/kg	Adulto dosis total máxima	
Isoniacida (H)	Comprimidos de 100mg	5-10	5-10	300mg	15-20	600-800	Neuropatía periférica hepatitis
Rifampicina (R)	Capsulas de 300 mg de	15	10	600 mg	15-20	600 mg	Hepatitis Hipersensibilidad Interacciones medicamentosas
Pirazinamida (Z)	Comprimidos 500 mg	25-30	20-30	1,5-2 g	50	2,5 g	Gota Hepatitis
Estreptomina (S) (b) (c)	Frasco ampula 1 g	20-30	15	1 g	18	1 g	Vértigo Hipoacusia Dermatosis
Etambutol (e) (d)	Comprimido 400 mg	20-30	15-25	1 200 mg	50	2400 mg	Alteraciones De la visión

(a) 3 veces por semana según la tabla de referencia

(b) Enfermos con menos de 50 kg de peso y mayores de 50 años mitad de la dosis

(c) No utilizar durante el embarazo

(d) En niños menores de 8 años, debe ser usado con precaución, ocasionalmente puede asociar a neuritis óptica.

TRATAMIENTO PRIMARIO ACORTADO

FASE INTENSIVA	Diario de Lunes a Sábado hasta completar 60 dosis
Administración en	Una toma
FARMACOS	Dosis
Rifampicina (R)	600 mg
Isoniacida (H)	300 mg
Pirazinamida (Z)	1 500 mg a 2 000
Etambutol (E)	1 200 mg

Fase sostén hasta	Intermitente, 3 veces por semana Lunes, Miércoles y Viernes Completar 45 dosis Administración en una sola toma
FARMACOS	Dosis
Isoniacida (H)	800 mg
Rifampicina	600 mg

Nom-006-2003

En todas las personas que pesen menos de 50 kg las dosis serán por kilogramos de peso en dosis máxima y con fármacos en presentación por separado

RETRATAMIENTO PRIMARIO

FASE INTENSIVA	Diario de lunes a sábado hasta completar 60 dosis Administración en una toma
FARMACOS	DOSIS
Rifampicina (R) Isoniacida (H) Pirazinamida (Z) Etambutol (E)	600 mg 300 mg 1 500 mg a 2 000 1 200 mg
FASE INTERMEDIA	De Lunes a Sábado hasta completar 30 dosis Administración
FARMACOS	DOSIS
Rifampicina (R) Isoniacida (H) Pirazinamida (Z) Etambutol (E) Estreptomina (S)	600 mg 300 mg 1 500 mg a 2 000 mg 1 200 mg 1 gr IM
Fase sostén	Intermitente 3 veces por semana Lunes, Miércoles y Viernes hasta completar 80 dosis Administración en una sola toma
Isoniacida (H) Rifampicina (R) Etambutol (E)	800 mg 600 mg 1 200 mg

En las personas que pesen menos de 50 kg las dosis serán por kilogramos de peso en dosis máxima y con fármacos en presentación por separado

FARMACOS ANTITUBERCULOSIS SEGUNDA LINEA

FARMACOS	DOSIFICACION EN ADULTOS	EFFECTOS ADVERSOS	VIGILANCIA	ACCIONES
Amikacina (Ak)	15-20 mg/kg/día	Reacciones adversas de todos los aminoglicosidos: Necrosis tubular e insuficiencia	Realizar determinación de urea y creatinina en sangre cada 30 días	En caso de cursar con elevación de azoados en sangre ajustar dosis del

<p>Kanamicina (Kn)</p> <p>Capreomicina (Cp)</p>	<p>15-20 mg/kg/día dosis máxima 1 gr/24hrs</p> <p>20 mg/kg/día dosis máxima 1 g/24 hrs</p>	<p>renal crónica</p> <p>El riesgo de nefrotoxicidad aumenta con la administración concomitante de ciclosporina A Vancomicina, Anfotericina B y Radiocontraste</p> <p>Hipoacusia y sordera irreversible rara vez bloqueo neuromuscular reversible</p>		<p>fármaco según la fórmula por cálculo de depuración de creatinina.</p> <p>En caso de cursar con hipoacusia valoración neurológica y si cuenta con recurso valoración audiometría</p> <p>Ajustar dosis y solo en caso necesario suspender medicación</p>
<p>Ciprofloxacino (CP)</p> <p>Ofloxacino (Ofi)</p>	<p>500 mg /12hrs 7,5-15 mg/kg/día</p> <p>400 mg/12 hrs 7,5-10 mg/kg/día</p>	<p>Las fluoroquinolonas pueden producir náuseas, vomito, gastritis, artralgias, toxicidad SNC, cefalea, vértigo, rara vez crisis convulsivas y fotofobia</p>	<p>Determinación de urea</p>	<p>Iniciar tratamiento antiácido con bloqueadores de h2 o sucralfato en caso necesario bajar dosis del fármaco sin poner en riesgo la pauta terapéutica utilizar analgésicos iniciar tratamiento con AINES y rehabilitación, bajar dosis del fármaco, sin poner en riesgo la pauta terapéutica. Estos síntomas por lo general mejoran con el tiempo aun sin intervención. En caso de</p>

				toxicidad en SNC suspender medicamento
Pirazinamida (Z)	1 500 mg/24 hrs 15-30 mg/kg/día	Artropatía gotosa hepatitis toxica (<2% si no se rebasa la dosis estandarizada) irritación gástrica fotosensibilidad	Vigilar bilirrubinas y transaminasas cada 2 meses determinación de ácido úrico si existen síntomas articulares	Disminuir la dosis un tercio en caso de causar con elevación de la transaminasa iniciar alopurinol en caso de persistir con artralgias e hiperuricemia
Etionamida (Eth)	1 500 mg/24 hrs 15-30 mg/kg/día	Gastritis, neuropatía, periférica, depresión, hepatitis, crisis convulsivas	Vigilar bilirrubinas transaminasa cada dos meses	Iniciar tratamiento antiácido con bloqueadores H2 Sucralfato, se disminuye el riesgo de neuropatía utilizando piridoxina 300 mg/24 hrs. En caso de depresión iniciar psicoterapia de apoyo individual o grupal valorar inicio de fármacos antidepresivo disminuir la dosis del fármaco. Fomentar autocuidado del paciente en caso graves de hipoglucemia corregir de inmediato con solución glucosada al 50 % por vía parenteral
Protionamida	500-1000 mg/día 10-15 mg/kg/día Bacteriostáticos para organismos extracelulares	Hipoglucemia	Detectar oportunamente síntomas clínicos orientadores a hipoglucemia Otros efectos exantema púrpura estomatitis , ginecomastia a, irregularidad menstrual y posible terotogenesisidad	

(NOM-006 2003)

Alimentación:

Algunos médicos consideran de mucha importancia tratar la TB por medio de dietoterapia (médicos orientales), y recomienda que el paciente realice una dieta por pasos. Como primer paso, el paciente debe tener una dieta exclusiva de fruta fresca por tres o cuatro días, comiendo tres veces al día frutas tales como manzanas, uvas, peras, melocotones, naranjas, piñas, melón u otras frutas de la estación. El banano o frutas secas no deben ser consumidos. Para tomar, te frió de limón no endulzado o agua pura ya sea fría, caliente o al tiempo. Si se esta perdiendo mucho peso se puede consumir un vaso de leche con cada tiempo de comida. Un ejemplo de este tipo de dieta se encuentra en el apéndice. Ya que la TB es una enfermedad infecciosa, resulta en la perdida urinaria de ácido ascórbico. La vitamina C contribuye a sanar heridas por lo tanto es necesaria su suplementación en la dieta con limón, naranjas, lima y otros. La dieta debe proveer la mayor cantidad de retinol posible, ya que la conversión de beta caroteno a retinol en el intestino es muy afectada. Se debe consumir productos lácteos, huevos y carne. Antiguamente se recomendaba en 1882 que el paciente con TB consumiera en el desayuno whisky al igual que vino tinto. Personas con TB recomiendan por su experiencia consumir olivas o aceitunas al igual que coles verdes, brócoli, etc., ya que son excelentes fuentes de calcio y ayudan a eliminar el germen de la TB. La cáscara de la manzana es considerada un tratamiento efectivo para el tratamiento de la TB. El consumo de agua es vital. El paciente debe evitar alimentos como pan blanco, azúcar blanca, cereales refinados, pudines, pies y alimentos enlatados y preservados. Lo principal para este tipo de dietas es la ingestión de calcio. Ya que la leche es uno de las principales fuentes de calcio, la leche se puede tomar libremente. Es importante mencionar que si esta dieta se sigue por más de 3 meses se requiere suplementación

Complicaciones

Ictericia: La Isoniazida, la rifampicina y la pirazinamida pueden causar hepatotoxicidad, la ictericia puede presentarse por el consumo de cualquiera de estos fármacos, la ictericia es motivo de valoración médica inmediata y suspensión del tratamiento. Mareo: Debido a su toxicidad vestibular, la estreptomycinina puede ocasionar mareo inicialmente, es un síntoma de alarma, debe pasarse a valoración médica. Vértigo: Es un indicador de lesión en el oído medio por los aminoglucosidos requiere atención medica. Hipoacusia: Es la disminución de la agudeza auditiva, puede ser causada por los aminoglucosidos, es importante identificar como en los otros síntomas, si el paciente ya la tenía antes de iniciar tratamiento, especialmente en personas mayores, en ese caso valorar si se ha intensificado. Siempre amerita la valoración médica. Tinnitus: Puede ser ocasionado por los inyectables, desaparece al suspender el medicamento. Alteraciones visuales: El Etambutol es el principal causante de neuritis óptica, puede causar escotomas centrales y periféricos, disminución de la agudeza visual y/o alteraciones en la percepción de los

colores. La Isoniazida puede causar también neuritis óptica aunque con menor frecuencia. Convulsiones: Pueden estar asociados a la ingesta de Cicloserina. Vómito, dispepsia, epigastralgias, náuseas: Los trastornos gastrointestinales pueden presentarse por la ingesta de medicamentos antituberculosos de primera y segunda línea. Si se sospecha que es otra la causa registrarla en observaciones. Es importante el manejo sintomático y preventivo de estas RAFA. Diarrea: Causada principalmente por el ácido para-amino salicílico (PAS). Mioartralgia: Causada principalmente por pirazinamida (relacionada con hiperuricemia) y las fluoroquinolonas. Rash: Puede deberse especialmente a la rifampicina, o a cualquiera de los fármacos antituberculosos, debe pasarse a valoración médica todo paciente que presente manifestaciones alérgicas. Polineuritis (neuralgias): La polineuropatía periférica es una de las principales manifestaciones de toxicidad por Isoniazida y la Cicloserina, presentan mayor riesgo los pacientes diabéticos, los consumidores de alcohol y los desnutridos, puede iniciarse concomitante con el tratamiento antituberculoso la piridoxina oral, como medida preventiva en estos grupos mencionados, si se sospecha de polineuropatía debe el paciente ser valorado de inmediato por personal médico. Tendinitis: puede ser ocasionado por la fluoroquinolonas. Ideas suicidas: Producidas principalmente por la Cicloserina, estar muy atentos a su presentación debido a que pueden presentarse sin la presencia de otros síntomas asociados a la depresión. Depresión: Especialmente producida por la Cicloserina, interrogar por síntomas como tristeza, desmotivación, llanto fácil. Psicosis: Puede ser ocasionado por la Cicloserina y fluoroquinolonas.

Características del Adulto Mayor

Los procesos de envejecimiento y vejez, son procesos permanentes a lo largo de la vida de todo ser humano; y afectan en todos sus niveles de comportamiento y funcionalidad. Sin embargo, la comprensión de estos procesos en el adulto mayor; son indispensables para que aquel que lo atiende pueda brindarle una atención que esté acorde con las características que ellos presentan.

Envejecimiento

Es un proceso que se genera a lo largo de la vida de la persona, extiéndose desde el nacimiento hasta la muerte. Está influenciado por una serie de factores, tales como: genéticos, biológicos, ambientales, sociales, psicológicos, culturales y otros. Es un proceso natural, individual y subjetivo; vivenciado por cada persona de forma diferente.

Vejez

Es una etapa cronológica de la vida. Que da inicio a los 65 años de edad. Es un concepto social, que cada sociedad establece de acuerdo a su realidad. Es un reto individual para la persona adulta mayor. (Seguro Social Costa Rica).

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

Datos generales

Nombre: Raymundo M. T

Edad: 77 años

Sexo: Masculino

Peso: 60 kg Talla: 1.62

Fecha de nacimiento: 15-03- 36

Inicio de tratamiento secundario: 7-05- 08

Inicio de tratamiento Multidrogorresistente 27-07-2010

Fuente de información: Directa, fiabilidad

Con cicatriz de vacuna BCG visible

Convive con su esposa

Presentación del caso:

Se trata de paciente de la tercera edad, de sexo masculino con domicilio en Francisco Javier Mina Col: El Mirador en San Gabriel de las palmas Municipio de Amacuzac Morelos, estado civil casado, Ocupación actual, desempleado, Ocupación anterior campesino, escolaridad analfabeta. En junio del 2006 se refiere acudió a consulta médica por presentar tos productiva con flemas verdosas, espesas, fétidas, abundantes, dolor de espalda, fiebre de más de 38°C nocturna, pérdida de peso, pérdida de apetito, fatiga, inició tratamiento primario isoniacida y Rifampicina con médico particular sin seguimiento, sin estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES). Hizo resistencia a los antifímicos persistiendo la misma sintomatología de su enfermedad.

Acudió al Centro de salud de San Gabriel de las palmas Municipio de Amacuzac para reiniciar tratamiento primario en Mayo 2008 por ocho meses terminando en Febrero del 2009 con baciloscopia negativa a partir del tercer mes de tratamiento. Al tercer mes de vigilancia pos termino de tratamiento, nuevamente presento sintomatología sugestiva de TB con baciloscopia (Abril 2009) positivo+++ M. tuberculosis cultivo de esputo la misma fecha positivo, con prueba de sensibilidad con resistencia a isoniacida y rifampicina con resultado en agosto del mismo año de tuberculosis pulmonar.

Comenzó nuevamente con Tratamiento estandarizado el 27 de Julio del 2010 en el Hospital General G. Parres de Cuernavaca Morelos con los siguientes fármacos:

Amikacina 1 gr IV, Ciprofloxacino 800 gr V.O. Protionamida 750mg V.O, Cicloserina 750mg V.O PAS 1 GR V.O, Pirazinamida 1600 mg suspendió el tratamiento el día 13 de septiembre del 2011, reiniciando el 17 de Noviembre 2011, con dosis fraccionadas Pirazinamida 1600 V. O., Protionamida 750mg V.O. y Cicloserina 750mg V.O que paulatinamente se elevan para llegar a dosis tope. Suspende tratamiento 31 de Marzo del 2012, retomando el 16 04 12 se implementa la estrategia de dar tabletas trituradas disueltas en jugo con aceptación y buena tolerancia por parte de paciente.

PLAN: continuar tratamiento y fármacos que ayudan a Reacciones Adversas. Acudiendo diario a su Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES). Y a su valoración medica mensual así como la toma de baciloscopia y cultivo, análisis clínicos, toma de rayos x para monitorear presencia de cavernas, lesión pleural, derrame pleural entre otros. Así como valoración de especialistas: Psicólogo, oftalmólogo, nutriólogo, Otorrinolaringólogo, Neumólogo.

19 de Setiembre del 2012, abandona tratamiento por reacciones adversas a los fármacos (RAFAS), refiere alteración de sueño, náuseas, anorexia, visión borrosa, sordera, a pesar de medicamentos indicados por el médico para controlar las (RAFAS), Se realizan visitas domiciliarias para hacer labor de convencimiento y retome el tratamiento.

10 de Octubre del 2012, se cita al paciente en la unidad de salud para seguimiento y valoración por la líder del Subcomité Nacional de Farmacorresistencia COEFAR el paciente se refiere con tos productiva leve a moderada de predominante matutino dolor de espalda predominante lado izquierdo, disminución de la agudeza visual por lo que se niega a seguir con el tratamiento.

Condiciones clínicas y bacteriológica reciente

Se valora por enfermería los síntomas actuales del 12 de octubre del 2013: Afebril, Astenia, Adinamia, dolor torácico, con tos productiva de predominio matutino. Talla: 1.62 Peso 60 kg T/A 120/70 Temp 36.3°C FC. 74 por minuto FR 14 por minuto

Bacteriología actual:

Baciloscopia 20-03-13 negativo LESP

Cultivo: 25-04-13

Comentarios y Observaciones

Paciente con tuberculosis pulmonar MDR con resistencia a Isoniacida Y Rifampicina diagnosticada el 03-08-09 por lo que se inicia tratamiento estandarizado en Julio 2010 la cuál se lleva estrategia de TAES PLUS, Sin embargo no se logra el apego del paciente debido a las reacciones adversas a los fármacos y decide abandonarlo en Junio 2013 con un total de 383 dosis.

Dictamen y recomendaciones Subcomité Nacional de Farmacorresistencia (COEFAR)

Fase intensiva: Proteonamida 180 dosis 15-20 mg/kg/día dosis 750-1000 mg/día V.O

Pirazinamida (2) 180 dosis 15-300 mg/kg/día dosis usual 1500 mg/ día V.O

Ofloxacino 180 dosis 7.5-10 mg/kg/día dosis usual TBMDR 400mg/día V.O

Kanamicina 180 dosis 15-20 mg/ kg/día dosis máxima 1gr/día I.M

Valoración con las 14 necesidades con el Modelo de Virginia Henderson

1.- Necesidad de Respiración

Datos objetivos: Dificultad para respirar, fatiga, dolor torácico, Respiración 14 por minuto, Frecuencia cardíaca 74 por minuto temperatura 36.3° C.

Datos subjetivos: Refiere tos productiva de predominación matutina, espesa verdosa fétida dolor torácico, Adinamia, Astenia.

Fuente de dificultad: dependiente de sus familiares.

Grado de dependencia: nivel 2

2.-Necesidades de nutrición e hidratación

Datos objetivos: Talla 1.62 m, Peso 60kg, palidez de tegumentos sudoración nocturna, IMC 22.9

Dato subjetivo: el paciente refiere pérdida de apetito, ingiere poco alimento, refiere tres comidas al día verduras fruta 4 días a la semana, carne 1 vez a la semana, té y agua

Fuente de dificultad: parcialmente dependiente de su esposa.

Grado de dependencia: nivel 2

3.-Necesidad de eliminación:

Datos objetivos: tos productiva predominante por las mañanas, sudoración corporal nocturna

Datos subjetivos: Refiere el paciente evacuaciones pastosas, amarillo claro cada 24 horas

Fuente de dificultad: Totalmente dependiente.

Grado de dependencia: 0

4.-Necesidad de movimiento y mantener postura.

Dato objetivo: presenta cansancio, dolor torácico, inquieto, desesperado informes verbales y físicos de fatiga

Dato subjetivo: Refiere el paciente ser activo y realizar tareas pesadas del campo, presenta insuficiente energía fisiológica o psicológica para completar las actividades diarias.

Fuente de dificultad: depende parcialmente de algún familiar para salir a la calle

Grado de dependencia: nivel 2

5.- Necesidad de descanso y sueño:

Dato objetivo: Se encuentra con dolor torácico, fatigado e inquieto por las molestias que lo alteran.

Dato subjetivo: Refiere el paciente que su sueño y descanso es normal sin alteraciones antes de su enfermedad.

Grado de dependencia: moderado

6.- Necesidad de vestirse adecuadamente.

Dato objetivo: Se observa que su modo de vestir es sencillo y que su ropa es cómoda

Dato subjetivo: no hay cambios

Fuente de dificultad: parcialmente de algún familiar

Grado de dependencia: 2

7.- Necesidad de termorregulación:

Dato objetivo: Mantiene temperatura corporal de 36.3°C piel húmeda y fría con mucosas hidratadas, palidez de tegumentos.

Dato subjetivo: No refiere

Grado de dependencia: 2

8.- Necesidad de higiene y protección.

Dato objetivo: se observa limpio, uñas cortas

Dato subjetivo: Refiere baño diario, cambio de ropa todos los días

Fuente de dificultad: moderado

Grado de dependencia: 2

9.- Necesidad de evitar peligros:

Dato objetivo: El medio ambiente donde radica el paciente es rural su principal fuente es la ganadería,

Dato subjetivo: El paciente refiere disminución de la capacidad para solucionar problemas, le gustaba tomar mucha leche bronca. Presenta irritación gástrica sensación nauseosa y disminución de productividad, falta de acceso a los cuidados de salud, padece insomnio, riesgo de infección

Fuente de dificultad: moderado

Grado de dependencia: 2

10.- Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones

Dato objetivo: Hay buena comunicación con un poco de fatiga

Dato subjetivo: Refiere el paciente no tener problemas con la comunicación

Socializa con sus vecinos, familiares.

11.-Necesidad de creencias y valores.

Datos objetivos: Expresa desesperanza, impotencia, retraso de decisiones en el tratamiento oportuno y la producción abundante de esputo.

Datos subjetivos: Desesperanza relacionado con abandono de tratamiento y lo manifiesta por falta de participación en los cuidados pasividad y reducción del apetito, perdida de fe e incapacidad para eliminar secreciones para mantener vías aéreas permeables existe efectos explosivos de la salud.

Fuente de dificultad: Parcialmente.

Grado de dependencia: Nivel 2

12.- Necesidad de trabajar y realizarse.

Datos objetivos: Se observa preocupado por la falta de trabajo.

Datos subjetivos: manifiesta desordenes psicológicos por mala salud, deambulación inquieta

Fuente de dificultad: moderado

Grado de dependencia: Nivel 2

13.-Necesidades de recreación:

Dato objetivo: Se observa tranquilo

Dato subjetivo: Menciona practicar la lectura con sus amigos de su edad.

Fuente de dificultad: Ninguna

Grado de dependencia: Nivel 1

14.-Necesidad de aprendizaje:

Dato objetivo: Se muestra sereno al conocer las etapas de su enfermedad

Dato subjetivo: Menciona más conocimiento de la evolución de su tratamiento.

Fuente de dificultad: moderado

Grado de dependencia: Nivel 2

Jerarquización de los Diagnósticos de Enfermería en paciente con tuberculosis pulmonar farmacorresistente

1. Alto riesgo de alteración de la nutrición por defecto relacionada con anorexia secundaria a tratamiento.
2. 00079 Incumplimiento del tratamiento relacionado a la duración de tratamiento manifestado por conducta indican de incumplimiento
3. Contaminación relacionado con estado patológico preexistente manifestado con efectos pulmonares de la exposición a agentes biológicos
4. Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada con infección manifestado por excesiva cantidad de esputo.
5. Protección ineficaz relacionada con farmacoterapia manifestado por insomnio
6. Riesgo de infección relacionado a enfermedad crónica
7. Deterioro de la capacidad de recuperación personal relacionado por desórdenes psicológicos manifestado por percepción de mala situación de salud.
8. Desesperanza relacionado con la pérdida de la fe en un poder superior manifestado por disminución de las emociones
9. Conflicto de decisiones relacionando con falta de información relevante manifestado por retraso de decisiones en tratamiento oportuno.
10. Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con la falta de información acerca de la enfermedad manifestada por incapacidad para asumir la responsabilidad para el cuidado de su salud.
11. Ansiedad relacionando con cambios en las entradas de salud manifestado con la disminución de la productividad
12. Temor relacionando con la crisis existente manifestado por disminución de la capacidad para solucionar problemas.
13. Nauseas relacionado por irritación gástrica manifestado por sensación nauseosa.
14. Intolerancia a la actividad física relacionada con oxigenación insuficiente para las actividades de la vida cotidiana manifestado por fatiga y disnea.
15. vagabundeo relacionado a estado emocional de ansiedad manifestado por deambulación inquieta.
16. Riesgo de hipotermia relacionada con el tratamiento de tuberculosis

Ejecución del Plan de cuidados

Necesidad de creencias y valores

Sufrimiento espiritual

Dominio 10 principios vitales

Clase 3 valores creencias congruencia de la acción

Código: (00066)

Diagnóstico: conflicto de decisiones (00083)

Relacionando con falta de información relevante sobre su enfermedad manifestado por retraso de toma de decisión de retomar el tratamiento en el Centro de Salud.

Planeación, ejecución y evaluación.

NOC resultados esperados

Definición: capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativa

Toma de decisiones. (0906)

Dominio: salud fisiológico

Clase: neurocognitiva

Puntuación: Substancialmente comprometido (2) aumentar a no comprometido (5)

Indicador 090603

Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa

NIC. Intervenciones de enfermería

Definición, utilización de un proceso de ayuda interactiva concentrado en las necesidades problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar apoyo la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Asesoramiento (5240)

Actividades.

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto
- Demostrar siempre calidez y autenticidad.
- Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento

- Favorece la expresión de sentimientos.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o/a situación de la causante del trastorno
- Reforzar nuevas habilidades

Evaluación: expresa el paciente verbal y físicamente mejoría ya toma sus decisiones en continuar tratamiento para curar su enfermedad.

Necesidad de evitar peligros

Dominio: 9 afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase: 2 respuesta de afrontamiento

Código (00148)

Diagnóstico: Temor.

Relacionando con pérdida de apoyo de su familia manifestado por informes de inquietud y disminución de productividad laboral.

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

Planeación, ejecución y evaluación

NOC: Resultados esperados

Dominio: Salud Psicosocial

Clase: Autocontrol

Autocontrol de miedo (1404)

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

Indicador 140403 busca información para reducir el miedo

Puntuación: Escala No. 3 (A veces demostrado) aumentar a 4 (frecuentemente demostrado)

NIC: Intervención de Enfermería (5880)

Técnica de relajación (5880)

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

Actividades:

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

Evaluación: El paciente expresa verbal y físicamente más tranquilo

Necesidad: Movilización

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 4 respuesta cardiovascular/pulmonar 00032

Diagnóstico: Intolerancia a la actividad relacionado con debilidad manifestado por informes verbales de fatiga

Definición: insuficiente energía fisiológica o psicológica para completar las actividades diarias.

Planeación, ejecución, evaluación

NOC: Resultados esperados

Dominio: salud funcional

Clase: mantenimiento de la energía

Diagnóstico: Conservación de la energía cód. 0002

Definición: Acciones personales para controlar la energía necesaria para iniciar y mantener la actividad

Indicador 00701 Equilibrio entre actividad y descanso

Puntuación: Escala 2 (Raramente demostrado), aumentar a 5 (Siempre demostrado)

NIC: Intervenciones de enfermería

Manejo de la energía 0180

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

Actividades:

- Determinar el déficit en el estado fisiológico del paciente que produce fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Corregir los déficits del estado fisiológico.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Observar el registro el esquema y número de horas de sueño del paciente
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión de tiempo para evitar la fatiga
- Limitar los estímulos ambientales (Luz y ruido) para facilitar la relajación

Evaluación: El paciente expresa verbal y físicamente que ha disminuido su fatiga

Necesidad: Respiración

Dominio: 11 seguridad/protección

Clase: 2 lesión física código 33331

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

Definición:

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

Planeación, ejecución, evaluación

NOC: Resultados esperados

Dominio: Salud fisiológica

Clase: Respuesta inmune

Severidad de la infección cód. 0703

Definición: Gravedad de infección y síntomas asociados.

Indicador: Abundante esputo purulento

Puntuación: Escala: (1) grave aumentar a (4) leve

NIC: Intervención de enfermería

Control de infecciones

Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos

Actividades:

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

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

Necesidad de Evitar peligros

Dominio: 12 confort

Clase: 1 confort físico cód. 00134

Nauseas relacionado por irritación gástrica manifestado por sensación nauseosa.

Definición: Sensación subjetiva desagradable como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.

Planeación, ejecución, evaluación

NOC: Resultados esperados

Dominio: conocimientos y conductas

Clase: conducta de salud

Control de náuseas y vomito (1618)

Definición: acciones personales para controlar síntomas de náuseas y esfuerzos para vomitar y vomito.

Indicador 161808 Utiliza medicaciones antieméticas según recomendaciones

Puntuación: Escala 2 (Raramente demostrado) aumentar a 4 (frecuentemente demostrado)

NIC: Intervenciones de Enfermera.

Administración de medicación.

Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación

Actividades:

- Seguir los cinco principios de la administración de medicación
- Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco
- Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos si procede
- Observar fecha de caducidad en el envase del fármaco
- Ayudar al paciente a tomar la medicación
- Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según necesidades
- Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente

Evaluación: El paciente expresa verbalmente mejoría ha disminuido las náuseas

Necesidad evitar peligros

Dominio: 9 afrontamiento/tolerancia

Clase: 2 respuesta afrontamiento cód. 00146

Diagnostico

Ansiedad relacionando con cambios en el estado de salud I manifestada por nerviosismo, insomnio, angustia, irritabilidad, preocupación y debilidad

Definición sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro

Planeación, ejecución, evaluación

NOC.

Resultados esperados

Dominio. Salud psicosocial

Clase: bienestar psicosocial

Aceptación: estado de salud (1300)

Definición: reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud

Puntuación Escala 3 (raramente demostrado) aumentar a 5 (siempre demostrado)

130008 indicador: Reconocimiento de la realidad de la situación de salud

NIC: Intervenciones de enfermera

Intervención en crisis 6160

Definición: Utilización de asesoramiento de corto plazo para ayudar al paciente a enfrentar a la crisis y retomar en estado de funcionamiento mejor o igual previo a la crisis.

Actividades

- Disponer un ambiente de apoyo
- Tener la precaución necesaria para salvaguardar al paciente u otras personas con riesgos en lesiones físicas
- Ayudar en el desarrollo de nuevas habilidades para solucionar problemas, si resulta necesario
- Planificar con el paciente la forma en que pueda utilizarse las habilidades de adaptación para trata la crisis de ansiedad en el futuror

Evaluación: el paciente expresa verbal y físicamente disminución de ansiedad

Necesidad: evitar peligros: seguridad

Domino 11 seguridad/protección

Clase 4 peligros ambientales código 0081

Diagnostico: contaminación relacionado con estado patológico preexistente manifestado con efectos pulmonares de la exposición a agentes biológicos (bacilo de Koch)

Definición: exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud

Planeación, ejecución, evaluación

NOC: Resultados esperados

Dominio: salud fisiológica

Clase: cardiopulmonar

Permeabilidad de las vías respiratorias (0410)

Definición: Vías traqueales abiertas despejadas y limpias para intercambio de aire.

Indicador 041006 Movilización del esputo hacia afuera de las vías respiratorias con técnica de material contaminado.

Puntuación: Escala: 1 (Desviación grave del rango anormal) aumentar a 4 (Desviación leve del rango normal)

NIC: Intervenciones de Enfermería:

Manejo de vías aéreas 3140

Definición: Asegurar la permeabilidad de vía aérea.

Actividades:

- Abrir vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla
- Colocar al paciente en la posición que permita eliminar las secreciones fomentando la tos o succión.
- Fomentar una respiración lenta y profunda
- Enseñar a toser de manera efectiva
- Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos
- Vigilar el estado respiratorio

Evaluación: el paciente manifestó mejoría en la cantidad esputo.

Necesidad: Religión creencias impotencia

Dominio: 6 autopercepción

Clase: 1 autoconcepto cód. 00125

Diagnóstico:

00124 Desesperanza relacionado con el abandono de tratamiento manifestado por pasividad y falta de iniciativa.

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

Planeación, ejecución, evaluación

NOC: Resultados esperados

Dominio: Salud psicosocial

Clase: 1 autocontrol

Calidad de vida (2000)

Definición alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de la vida

Puntuación: Escala 2 (algo satisfecho) aumentar a 5 (completamente satisfecho)

NIC: apoyo emocional 5270

Intervención en crisis 6160

Definición: utilización de asesoramiento de corto plazo para ayudar al paciente a enfrentarse a la crisis y retomar un estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo de crisis

Actividades:

- Realizar afirmaciones d apoyo
- Apoyar el uso de mecanismos de defensas adecuados
- Escuchar las expresiones de sentimiento y creencias
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos
- Favorecer la conversación o llanto como medio para disminuir la respuesta emocional
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimiento de seguridad durante los periodos de más ansiedad
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones

El paciente manifiesta verbal y físicamente sentirse más tranquilo,

Necesidad: Religión/creencias

Incumplimiento del tratamiento

Dominio: 10 principios vitales

Clase: 3 valores creencias/congruentes de la acción

Diagnóstico:

00079 Incumplimiento del tratamiento relacionado con creencias sobre la salud manifestada faltas de progreso y no asistencia a las citas programadas.

Definición: conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre las personas y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordada, la conducta de la persona o del cuidador incumple total o parcialmente y puede conducir resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces.

Planeación, ejecución, evaluación

NOC: Resultados esperados

Dominio: conducta y conocimientos de salud

Clase: conducta de salud

Creencias sobre la salud capacidad percibida para actuar 1701

Definición: Convicción personal de una persona tiene todos los medios adecuados para llevar a cabo una conducta sobre la salud

Indicador: 160101 Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida

Puntuación: Escala (Raramente demostrado) aumentar a 4 (Frecuentemente demostrado)

NIC: Intervenciones de enfermería: Ayuda en la modificación de si mismo 4470

Definición Reafirmación del cambio auto dirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas importantes

Actividades:

- Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción
- Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.
- Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños

El paciente acepta continuar tratamiento.

Necesidad: Evitar peligros/seguridad

Dominio11 seguridad/protección

Clase 2 lesión física código: 00043

Diagnóstico:

00043 Protección ineficaz relacionada con farmacoterapia antifúngica manifestado por insomnio, tos, fatiga, debilidad, persistencia de la expectoración abundante

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

Planeación, ejecución y evaluación

NOC: Resultados esperados

Dominio: conocimiento y conducta

Clase: conocimiento sobre la salud

Conocimiento: control de la infección 1807

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

Indicador: 180702 descripción de los factores que contribuyen a la transmisión de la enfermedad

Puntuación: Escala de medición 3 (conocimiento escaso) aumentar a 5 (conocimiento extenso)

NIC: Intervenciones de Enfermería

Enseñanza: Proceso de enfermedad 5602

Definición: minimizar el contagio de transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad de tuberculosis pulmonar
- Identificar cambios en el estado físico del paciente
- Describir las posibles complicaciones crónicas de la tuberculosis pulmonar
- Reforzar la información suministrada por los miembros del equipo de cuidados sobre su enfermedad.

Evaluación El paciente manifiesta verbalmente seguridad en su cuidado y el de su familia

Necesidad: Evitar peligros: seguridad

Dominio: 11 Seguridad/protección

Clase: 1 Infección/defección código. 00004

Diagnóstico: 00004 Riesgo de infección relacionado a enfermedad crónica

Definición: Aumento de riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Planeación, ejecución y evaluación.

NOC: Resultados esperados

Dominio: conocimiento sobre salud

Conocimiento: Control de riesgo (1902)

Definición: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.

Indicador 190207 modifica el estilo de vida

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

NIC: Intervenciones de Enfermería: Enseñanza procedimiento/tratamiento

Definición: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito 5618

Actividades:

- Informar al paciente / ser querido acerca de cuando y donde tendrá lugar el procedimiento
- Informar al paciente/ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado
- Explicar el propósito del procedimiento
- Enseñar al paciente como debe cooperar
- Describir la valoración/actividades posteriores al procedimiento
- Informar al paciente sobre la forma que puede ayudar en la recuperación
- Incluir a la familia/ser querido, si resulta oportuno

Evaluación El paciente conoce más sobre su enfermedad y sabe cómo debe cooperar.

Necesidad: trabajar realizarse

Dominio: 9 afrontamiento/tolerancia

Clase: 2 Respuesta de afrontamiento código. 00210

Diagnóstico:

Deterioro de la capacidad de recuperación personal relacionado por bajo nivel educativo, pobreza y vulnerabilidad manifestado por percepción de mala situación de salud

Definición:

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

Planeación, ejecución y evaluación

NOC: Resultados esperados

Dominio: Conocimientos y conducta de salud

Clase. Conducta de salud

Autonomía personal (1614)

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

Indicador: 161410 Afirmar las preferencias personales

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

NIC: Intervenciones ayuda al autocuidado (1800)

Definición:

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

Actividades:

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

Necesidad: Trabajar/realizarse

Dominio: 5 Percepción/cognición

Clase: 2 orientación código. (00154)

Diagnostico:

00154 vagabundeo relacionado a estado emocional de ansiedad manifestado por deambulaci3n inquieta, movimientos frecuentes de un lado a otro

Definici3n:

Caminar errabundo repetitivo o sin prop3sito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones frecuentemente es incongruente con las fronteras, los limites o los obst3culos.

Planeaci3n, ejecuci3n y evaluaci3n

NOC: Resultados esperados

Dominio: Conocimientos de los recursos sanitarios 1806

Clase: control de riesgo y seguridad

Deambulaci3n segura (1926)

Definici3n:

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

Indicador: 180601 Descripci3n de los recursos para la asistencia de salud

Puntuaci3n Escala: 2(Raramente demostrado) aumentar a 4 (Frecuentemente demostrado)

NIC: Intervenciones de enfermer3a

Terapia de la actividad 4316

Definici3n: Prescripci3n y asistencia en actividades f3sicas cognitivas, social y espirituales especificas para aumentar el margen, frecuencia o duraci3n de la actividad de un individuo (o grupo)

Actividades:

- Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades f3sicas, psicol3gicas y sociales
- Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a las actividades significativas de diversi3n en la rutina diaria
- Enseñar al paciente y a la familia a realizar la actividad deseada o prescrita
- Observar las respuestas emocionales, f3sica, social y espiritual a la actividad

PLAN DE ALTA

El informe de la Valoración de Enfermería al alta, tiene como finalidad el documentar de forma escrita las acciones realizadas (terapéuticas, educadora) por enfermería en el proceso de enfermedad del paciente durante su enfermedad.

Como recordatorio al paciente y a la familia del plan de cuidados y por tanto las recomendaciones realizadas por enfermería durante su estancia en el hospital.

Puede ayudar al a controlar al enfermo tuberculoso así como de las personas expuestas

Ayudar a reducir la demora diagnóstica de los posibles contagios

La persona infectada debe protegerse siempre que tosa con pañuelos desechables. Evitando así el aerosol.

- Lavado de manos después de toser
- Ventilación adecuada del lugar de residencia
- Limpiar el domicilio con paños húmedos
- Utilizar mascarilla en áreas comunes
- Restringir visitas de personas no expuestas a la enfermedad
- Garantizar adherencia al tratamiento

Cuidados de Enfermería

- Se indaga los contactos del Sr. Raymundo para prevenir riesgo de infección.
- Demostrar apoyo para su curación.
- Promover una nutrición y una ingesta de líquidos adecuada.
- La atención de enfermería también es evitar el contagio de la infección.

Aplicación de PAE en pacientes con tuberculosis.

Limpieza eficaz de vías aéreas, acumulo de secreciones bronquiales tos inefectiva.

Desequilibrio nutricional por defecto, falta de apetito, pérdida de peso, intolerancia a la actividad.

Resultados esperados

El paciente mantendrá las vías aéreas libres de secreciones

El paciente manifestará que expectora con mayor facilidad

Valorar y registrar la ingesta del paciente así como su peso

Seguimiento de un régimen alimenticio con la vigilancia del peso semanal

Ejemplo de dieta

DESAYUNO	COMIDA	CENA
1 vaso de café con leche 1 bollo de pan sin sal con mantequilla sin sal y mermelada 1 vaso de zumo de naranja	Puré de calabacín con un quesoito Filetes de lomo empanados con tomate al horno Pan sin sal/flan	Acelgas rehogadas con patatas y pasas Salmón a la plancha con lechuga Pan sin sal 1 cuajada
MEDIA MAÑANA	MERIENDA	ANTES DE ACOSTARSE
Requesón con miel 1 pieza de fruta	1 naranja troceada con azúcar y canela	Batido de leche con fruta fresca, 1 galleta y azúcar



Es muy importante la dieta balanceada para ayudar al paciente al mejoramiento de su salud

CONCLUSIONES

La enfermera, se caracteriza por ejercer una práctica encaminada a promover, difundir, educar, orientar, capacitar al usuario de acuerdo a sus necesidades de salud.

En el programa de tuberculosis, se ha disminuido la atención a los pacientes con este problema donde falta seguimiento y control del programa, así como la deficiente adhesión terapéutica de los pacientes al mismo, ha derivado en un problema mayor como la Farmacorresistencia que agrava aún más el perfil de la tuberculosis.

En este caso fue aplicado a un paciente diagnosticado medicamente con tuberculosis Multidrogorresistente quien al inicio de este tuvo mal información a nivel particular, así que dudaba sobre lo que le informamos en el Centro de Salud de San Gabriel las palmas y al comentarle la intención de este proceso titubeo en participar sin embargo al brindarle la información referente a su patología, aclarando sus dudas y demostrarle interés de una servidora por situación permitió la comunicación Enfermera-Paciente.

Durante el tratamiento se mostró participativo a pesar de reacciones adversas de los fármacos.

Actualmente se cumplió el objetivo planteado en el plan de cuidados y hasta el momento sus estudios de laboratorio han sido con resultados dentro de los parámetros normales. Continuamos monitoreando el caso.

SUGERENCIAS

- 1.- Asegurar el cultivo y PSD a drogas de 1era línea en forma rutinaria al menos al 80% de los casos previamente tratados y en los casos nuevos positivos.
- 2.- Establecer el cultivo y PSD a drogas de primera línea en forma rutinaria al menos al 80% de los casos nuevos detectados en grupos de riesgo.
- 3.- Conocer la prevalencia de la TB en el 20% o más de los casos nuevos de TB.
- 4.- Garantizar recursos nacionales suficientes para controlar la TB en forma sostenida.
- 5.- Disponer de guías actualizadas de manejo de la TB TB-DR mediante su revisión periódica de acuerdo a directivas internacionales.
- 6.- Conocer el estado de infección de VIH al 100% de los pacientes TB-TBDR y tratar con ARV al 100% de los pacientes TB-DR infectados con VIH.
- 7.- Ejecutar el plan de desarrollo en todos los niveles incluyendo las Unidades de Salud de la familia para que todo sospechoso de TB TB-DR tenga acceso al diagnóstico oportuno y tratamiento cerca de su domicilio para mejorar adherencia al mismo.
- 8.- Elaborar un plan nacional de control de infecciones en TB e implementarlo.
- 9.- Fortalecer y expandir la red de laboratorios de cultivo para garantizar el diagnóstico y tratamiento TB-DR con calidad y oportunidad.
- 10.- Proseguir con acciones de abogacía en el marco del Plan de ACMS con el fin de mantener en la agenda política y pública el control de TB como prioridad.

BIBLIOGRAFIA:

Epidemiología del estado de

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

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

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

Cisneros F.1986 Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Ed. Manual moderno consultado 2-October-2013 disponible en: [http://artemisa.unicauca.edu.co/pi_valencia/Proceso de atención de Enfermeria-PAE.pdf](http://artemisa.unicauca.edu.co/pi_valencia/Proceso_de_atenci%C3%B3n_de_Enfermeria-PAE.pdf).

Alfaro R 2004 Luque del Rio M.C 2008 consultado el día 15-10-2013 disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1352> MINSA 1519.

M. Carmen Duque del Rio coordinadora 2008 REURG características del proceso de Enfermería consultado el día 15-10 2013 disponible en www.usem.es/web/documentos

NANDA internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011 edición española Editorial S.L Barcelona España 2010.

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

Fernández FC 1995 Johnson Maas y Moor head 1991 Cobertt y Col; 2003 Dye C y col 2005 Van Crevel y col 2002 Hernández y col Smith 2003 Flynn y Chan 2001 consultado el 19-10-2013 disponible en www.salud.gob.mx

Centro Nacional de programas 2008 Secretaria de Salud consultado el 21-10-2013 disponible en www.cenavece.salud.gob.mx

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

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

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

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

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

NANDA internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011 edición española Editorial S.L Barcelona España 2010.

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

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

Glosario:

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

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

Autonomía: ausencia de dependencia, de lazos y presiones para ejercitar las ideas, pensamientos o acciones.

Personalización:

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

Conceptualiza: elaborar una idea organizada con datos reales

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

Polución: es una noción que tiene su origen etimológico en el vocablo latino *pollutio*. Se trata de la **contaminación ambiental** que provocan ciertas sustancias y desechos. La polución, en este sentido, genera múltiples problemas para la **naturaleza** y para todos los seres vivos.

Locomoción: sencillamente la **capacidad de traslado de un lugar hacia otro**

Holístico:

todas las **propiedades** de un sistema, aquellas que lo conforman, ya sea este biológico, químico, social, económico, entre otros, no podrán ser determinadas o explicadas por las partes que lo componen por si solas, o sea, el sistema como un todo es el

Bacilo: Bacteria en forma de bastoncillo

SINAVE. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Afebril: Sin fiebre

Astenia: Debilidad o falta de energía

Adinamia: Debilitación de la fuerza física es la ausencia de movimiento o reacción, lo que lleva a un estado de postración. Las causas pueden ser físicas y/o nerviosas.

Anorexia: Falta de apetito se manifiesta como un trastorno alimenticio, produciendo una gran pérdida de peso en la **persona** que la padece.

MDR: Multidrogorresistente a todo paciente de tuberculosis en el que se demuestra por aislamiento microbiológico la presencia de bacterias resistente a isoniacida y rifampicina

Baciloscopia: Investigación de los bacilos en un órgano o las excretas de un enfermo.

Atelectasia: Anomalía que se caracteriza por el colapso del tejido

Quimioprofilaxis: Utilización de fármacos antimicrobianos para prevenir la adquisición de microorganismos patógenos en un área endémica o para evitar su propagación de una zona corporal a otra.

Diaforesis: Secreción de sudor, especialmente la secreción profusa asociada a una elevada temperatura corporal, el ejercicio físico, a la exposición al calor o el estrés mental o emocional.

Anexos

COORD. DE ATENCION A LA SALUD DE LA COMUNIDAD
PROGRAMA DE MICOBACTERIOSIS
COMPONENTE TUBERCULOSIS

REGISTRO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS DE PACIENTE EN TRATAMIENTO FARMACORRESISTENTE

C.S. San Gabriel las Palmas
NOMBRE DEL PACIENTE: Yhendy Treullo FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: 27/07/10 MES: Octubre 2010
MEDICAMENTOS: Ofloxacino 800mg MEDICAMENTOS: Pirazinaamida 1600 MEDICAMENTOS: Cicloserina 750mg
Protionamida 750mg Amikacina 1gr. 1gr. Pas 8gr en 2 tomas

MEDICAMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
MES: <u>Octubre 2010</u>																																
OFLOXACINO TABLETAS																																
PIRAZINAMIDA TABLETAS																																
AMIKACINA AMP.																																
CICLOSERINA CAPSULAS																																
PROTIONAMIDA TABLETAS																																
PAS (GRANULADO)																																
MES: <u>Noviembre 2010</u>																																
OFLOXACINO TABLETAS																																
PIRAZINAMIDA TABLETAS																																
AMIKACINA AMP.																																
CICLOSERINA CAPSULAS																																
PROTIONAMIDA TABLETAS																																
PAS (GRANULADO)																																
MES: <u>Diciembre 2010</u>																																
OFLOXACINO TABLETAS																																
PIRAZINAMIDA TABLETAS																																
AMIKACINA AMP.																																
CICLOSERINA CAPSULAS																																
PROTIONAMIDA TABLETAS																																
PAS (GRANULADO)																																

Amikacina (AM), Kanamicina (KA), Capreomicina (CP), Streptomicina (ST) e Isoniazida (IS). **Atención:** Evitar el uso de antidiabéticos orales con la administración concomitante de Capreomicina A, Streptomicina, Amikacina B y Isoniazida. Hipertensión y síndrome serotoninérgico. Riesgo de síndrome serotoninérgico irreversible.

Cicloserina (CS), Ofloxacino (OF), Levofloxacino (LF). **Los fluorocinolonas pueden producir:** Glaucoma agudo, neuritis óptica, síndrome de Guillain-Barré, toxicidad SNC, cefalea, vértigo, náusea, diarrea, síndrome de Stevens-Johnson.

Isoniazida (IS), Protionamida (PR). **Atención:** Evitar el uso de antidiabéticos orales, depresión, síndrome serotoninérgico, síndrome de Guillain-Barré, toxicidad SNC, cefalea, vértigo, náusea, diarrea, síndrome de Stevens-Johnson.

Cicloserina: Cambios de personalidad y psicosis, toxicidad SNC y síndrome de Guillain-Barré. **Protionamida (PR):** Alteraciones gastrointestinales, hepatitis e hipersensibilidad.

Amikacina (AM): Neuritis periférica, Síndrome de Guillain-Barré, depresión, Hipertensión. **Protionamida (PR):** Síndrome de Guillain-Barré, depresión, Síndrome serotoninérgico. **Ofloxacino (OF):** Alteraciones gastrointestinales, hepatitis e hipersensibilidad. **Levofloxacino (LF):** Alteraciones gastrointestinales, hepatitis e hipersensibilidad.

COORD. DE ATENCION A LA SALUD DE LA COMUNIDAD
PROGRAMA DE MICOBACTERIOSIS
COMPONENTE TUBERCULOSIS

REGISTRO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS DE PACIENTE EN TRATAMIENTO FARMACORRESISTENTE

C.S. San Gabriel las Palmas
NOMBRE DEL PACIENTE: Yhendy Treullo FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: 27/07/10 MES: Abn/ 2017
MEDICAMENTOS: Ofloxacino 800mg MEDICAMENTOS: Pirazinaamida 1600mg MEDICAMENTOS: Cicloserina 750mg
Protionamida 750mg Amikacina 1gr Pas 8gr en 2 tomas

MEDICAMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
MES: <u>Abn/ 2017</u>																																
OFLOXACINO TABLETAS																																
PIRAZINAMIDA TABLETAS																																
AMIKACINA AMP.																																
CICLOSERINA CAPSULAS																																
PROTIONAMIDA TABLETAS																																
PAS (GRANULADO)																																
MES: <u>Mayo</u>																																
OFLOXACINO TABLETAS																																
PIRAZINAMIDA TABLETAS																																
AMIKACINA AMP.																																
CICLOSERINA CAPSULAS																																
PROTIONAMIDA TABLETAS																																
PAS (GRANULADO)																																

Amikacina (AM), Kanamicina (KA), Capreomicina (CP), Streptomicina (ST) e Isoniazida (IS). **Atención:** Evitar el uso de antidiabéticos orales con la administración concomitante de Capreomicina A, Streptomicina, Amikacina B y Isoniazida. Hipertensión y síndrome serotoninérgico. Riesgo de síndrome serotoninérgico irreversible.

Cicloserina (CS), Ofloxacino (OF), Levofloxacino (LF). **Los fluorocinolonas pueden producir:** Glaucoma agudo, neuritis óptica, síndrome de Guillain-Barré, toxicidad SNC, cefalea, vértigo, náusea, diarrea, síndrome de Stevens-Johnson.

Isoniazida (IS), Protionamida (PR). **Atención:** Evitar el uso de antidiabéticos orales, depresión, síndrome serotoninérgico, síndrome de Guillain-Barré, toxicidad SNC, cefalea, vértigo, náusea, diarrea, síndrome de Stevens-Johnson.

Cicloserina: Cambios de personalidad y psicosis, toxicidad SNC y síndrome de Guillain-Barré. **Protionamida (PR):** Alteraciones gastrointestinales, hepatitis e hipersensibilidad.

Amikacina (AM): Neuritis periférica, Síndrome de Guillain-Barré, depresión, Hipertensión. **Protionamida (PR):** Síndrome de Guillain-Barré, depresión, Síndrome serotoninérgico. **Ofloxacino (OF):** Alteraciones gastrointestinales, hepatitis e hipersensibilidad. **Levofloxacino (LF):** Alteraciones gastrointestinales, hepatitis e hipersensibilidad.

Corregir
40%

SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS
 JURISDICCION SANITARIA No II
 COORD. DE ATENCION A LA SALUD DE LA COMUNIDAD
 PROGRAMA DE MICOBACTERIOSIS
 COMPONENTE TUBERCULOSIS

REGISTRO DE DOSIS A PACIENTE EN TRATAMIENTO FARMACORRESISTENTE CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA.

C.S. San Gabriel
 NOMBRE DEL PACIENTE: Raymundo Mendiola T. FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: _____ MES: Enero 2012
 *MEDICAMENTOS: Ofloxacino 800 mg MEDICAMENTOS: Cicloserina 750mg MEDICAMENTOS: Pivotalamida 750 mg

medicamentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
MES: <u>Enero</u>																																	
OFLOXACINO TABLETAS																																	
PIRAZINAMIDA TABLETAS																																	
AMIKACINA AMP.																																	
CICLOSERINA CAPSULAS																																	
PROTEONAMINA TABLETAS																																	
PAS (GRANULADO)																																	
MES: <u>Febrero</u>																																	
OFLOXACINO TABLETAS																																	
PIRAZINAMIDA TABLETAS																																	
AMIKACINA AMP.																																	
CICLOSERINA CAPSULAS																																	
PROTEONAMINA TABLETAS																																	
PAS (GRANULADO)																																	
MES: <u>Marzo</u>																																	
OFLOXACINO TABLETAS																																	
PIRAZINAMIDA TABLETAS																																	
AMIKACINA AMP.																																	
CICLOSERINA CAPSULAS																																	
PROTEONAMINA TABLETAS																																	
PAS (GRANULADO)																																	

Amikacina (AM), Escamocina (ES), Capreomicina (CP), Neomicina Tubular e Isoniazida Raza Crónica. El riesgo de nefrotoxicidad aumenta con la administración concomitante de Ciclosporina A, Vancomicina, Anfotericina B y radioterapia. Hepatitis y síndrome irreversible. Raza sin riesgo nefrotoxicidad irreversible.

Cicloserina (CY), Ofloxacino (OF), Levofloxacino (LF). Los fluorocinolonas pueden producir: Ginecomastia, diabetes, vómitos, gastritis, Antraxias, Toxicidad SNC, cefalea, vertigo, tasa sea crisis convulsivas y fatiga.

Etiambutol (EB), Protonamida (PA): Ginecitis, meningitis porfirica, depresión, hepatitis, crisis convulsivas, Hipoglucemia. Otros efectos: exantema, purpura, estomatitis, ginecomastia, irregularidad menstrual y posible teratogenicidad.

Cicloserina: Cambios de personalidad y psicosis, crisis convulsivas y exantema. Acido Paracetamolico (PAS) Alteraciones gastrointestinales, hepatitis e hiperreactibilidad.

Isoniazida (IS): Neuritis periférica, Hepatitis, Rifampicina (RIF), Hepatitis, Hiperreactibilidad, Protonamida (P) Arritmias graves, Hepatitis tóxica <2% (si se no se reduce la dosis estándar), irritación gástrica, Inestabilidad, Esparpamiento (E), Vertigo, Hepatitis y Demencia. Escamocina (E) Alteración de la vista.

SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS
 JURISDICCION SANITARIA No II
 COORD. DE ATENCION A LA SALUD DE LA COMUNIDAD
 PROGRAMA DE MICOBACTERIOSIS
 COMPONENTE TUBERCULOSIS

REGISTRO DE DOSIS A PACIENTE EN TRATAMIENTO FARMACORRESISTENTE CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINEA.

C.S. San Gabriel
 NOMBRE DEL PACIENTE: Raymundo Mendiola T. FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: 27 07 10 MES: Mayo 2012
 *MEDICAMENTOS: Ofloxacino MEDICAMENTOS: Cicloserina cap. MEDICAMENTOS: Pivotalamida

medicamentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
MES: _____																																	
OFLOXACINO TABLETAS																																	
PIRAZINAMIDA TABLETAS																																	
AMIKACINA AMP.																																	
CICLOSERINA CAPSULAS																																	
PROTEONAMINA TABLETAS																																	
PAS (GRANULADO)																																	
MES: _____																																	
OFLOXACINO TABLETAS																																	
PIRAZINAMIDA TABLETAS																																	
AMIKACINA AMP.																																	
CICLOSERINA CAPSULAS																																	
PROTEONAMINA TABLETAS																																	
PAS (GRANULADO)																																	

Amikacina (AM), Escamocina (ES), Capreomicina (CP), Neomicina Tubular e Isoniazida Raza Crónica. El riesgo de nefrotoxicidad aumenta con la administración concomitante de Ciclosporina A, Vancomicina, Anfotericina B y radioterapia. Hepatitis y síndrome irreversible. Raza sin riesgo nefrotoxicidad irreversible.

Cicloserina (CY), Ofloxacino (OF), Levofloxacino (LF). Los fluorocinolonas pueden producir: Ginecomastia, diabetes, vómitos, gastritis, Antraxias, Toxicidad SNC, cefalea, vertigo, tasa sea crisis convulsivas y fatiga.

Etiambutol (EB), Protonamida (PA): Ginecitis, meningitis porfirica, depresión, hepatitis, crisis convulsivas, Hipoglucemia. Otros efectos: exantema, purpura, estomatitis, ginecomastia, irregularidad menstrual y posible teratogenicidad.

Cicloserina: Cambios de personalidad y psicosis, crisis convulsivas y exantema. Acido Paracetamolico (PAS) Alteraciones gastrointestinales, hepatitis e hiperreactibilidad.

Isoniazida (IS): Neuritis periférica, Hepatitis, Rifampicina (RIF), Hepatitis, Hiperreactibilidad, Protonamida (P) Arritmias graves, Hepatitis tóxica <2% (si se no se reduce la dosis estándar), irritación gástrica, Inestabilidad, Esparpamiento (E), Vertigo, Hepatitis y Demencia. Escamocina (E) Alteración de la vista.

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO CON TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS

Formulario 11A TB-FR
Página 1 de 4

Unidad de Salud: San Gabriel las Palmas

Jurisdicción: Jajalpa Localidad: Amacuzac

Municipio: Amacuzac Entidad: Morelos

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

Nombre: Raymundo Mendiola Trujillo
 Nombres y Apellidos

Edad: 74 Género: M F
 Talla (cm): 162cm

Fecha de nacimiento: 15/03/37
 Lugar de nacimiento: Ciudad Maza San Col. Mirador
 Diagnóstico TB-MFR: Gabriel las Palmas 17/06/09

habitiencia específica: Seg. Pop.

Tratamiento: Extrapulmonar
 Tratamiento + anticonceptivo utilizado: Ninguno

MOMENTO EN EL QUE SE IDENTIFICÓ LA RESISTENCIA A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSIS

La selección del grupo se realiza en función de los antecedentes del tratamiento antituberculoso en el momento de la recolección de la muestra de esputo a ayuda del diagnóstico de TB-MFR

Marcar (X) sólo uno

Caso Nuevo
 Recaída
 Reconquista por Abandono
 Fracaso al Tratamiento Primario
 Fracaso del Retratamiento Primario
 Fracaso al Tratamiento Estandarizado de 2a línea
 Recaída a Tratamiento con fármacos de 2a línea
 Transferencia recibida (de otra unidad de salud en la que inició el tratamiento de TB-MFR)
 Otro (incluyendo antes tratados sin resultado conocido y extrapulmonar antes tratados)

Escala de riesgo de abandono: ALTO MODERADO BAJO

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS PREVIOS

Episodios previos de tratamiento tuberculoso

No.	Fecha de inicio (si se desconoce, escriba el año)	Régimen (registro las abreviaturas de los fármacos)	Condición de Egreso
1	2006	H, R, Z, E,	Curado (priv)
2	2007	H, R, Z,	Curado (priv)
3	2008	H, R, Z, E, S.	Recaída

Enfermedades concomitantes: marca con X o complementa

Alcoholismo
 Diabetes Mellitus
 Hipertensión Arterial
 Insuficiencia Renal
 Infección específica
 Ninguna

ADICIONES

Alcoholismo
 Drogas Intravenosas
 Drogas Inhalantes
 Tabaquismo
 Otras específicas Ninguna

Prueba de VIH:
 Realizó No
 Fecha de prueba: 14/05/08

Prueba de Diabetes Mellitus:
 Realizó No
 Fecha de prueba: 12/05/10

HISTORIAL FARMACOLÓGICO

USO DE MEDICAMENTOS DE 2a LÍNEA POR MÁS DE 30 DÍAS

Señale con (X) qué fármacos tomó el paciente

Primera línea

H = Isoniacida E = Etambutol
 R = Rifampicina Z = Pirazinamida
 S = Estreptomina

Segunda línea

Am = Amikacina Mfx = Moxifloxacina
 Km = Kanamicina Pto = Protionamida
 Cm = Capreomicina PAS = Ácido Para-aminosalicílico
 Cfx = Ciprofloxacina Eto = Ethionamida
 Ofx = Ofloxacina Cs = Cycloserina
 Lfx = Levofloxacina Gfx = Gatifloxacina

RESULTADO DE LA PRUEBA DE FÁRMACO SENSIBILIDAD

En el Resultado de llenar R= Resistente S= Sensible según corresponda

Abreviaturas	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
H	17/06/09	R				
R	17/06/09	R				
E	17/06/09	S				
Z	17/06/09	S				
S	17/06/09	S				

REUNIÓN COEFAR: Fechas y Acuerdos

Fecha	Decisión	Próxima Fecha
09/08/09	Se determina tratamiento individualizado (Cycloserina, Protionamida, Amikacina, Ofloxacina, Protionamida y PAS)	
11/08/09	Se modifica esquema retiro de PAS y Pirazinamida, resto de medicamentos igual con mismas dosis	

ACCIONES: anota fecha de inicio

Tratamiento antituberculoso	Fecha de inicio

EXAMEN DE RESULTADOS

Nombre	Edad	Género	Cicatriz con BCG	Síntomas	BACTERIOLÓGICOS				Historia Clínica	DIAGNÓSTICO		ACCIONES: anota fecha de inicio
					Cultivo	Baciloscopia	SAVOS X	TB		No TB	Tratamiento antituberculoso	
Lupe? García	34	Fem	SI	NO	-	+	+	+++	SI		X	
Lucía Mendiola	36	Musc	SI	NO					SI		X	
Lupe Mendiola	16	Fem	SI	28/04/10					SI		X	
Lupe Mendiola	15	Musc	SI	15/12/10					SI		X	
Lupe Mendiola	11	Musc	SI	13/12/10					SI		X	
Lupe Mendiola	69	Fem	SI	SI	X	Neg	13/05/11	SI	X		X	
Lupe Mendiola	48	Fem	NO	NO					SI		X	

BILIRRUBINAS NEGATIVO mg/dL
 UROBILINOGENO NORMAL mg/dL
 NITRITOS NEGATIVO

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO CON TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS

Página 3 de 4

Unidad de Salud: San Gabriel las Palmas Jurisdicción: Jajalpa Localidad: Amacuzac Municipio: Amacuzac Entidad: Morelos

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TUBERCULOSIS

SIS-SS-20-P

Unidad: CSR No: II Localidad: SAN GABRIEL Municipio: AMACUZAC Entidad Federativa: MORELOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Paciente: 179
 Nombre: Raymundo Mendiola Trujillo
 Sexo: M
 Ocupación: Desempleado
 Domicilio 1: Compa
 Domicilio 2: Mirador

DIAGNÓSTICO

DETECTADO EN: CONSULTA EXTERNA PESQUISA CONTACTO
 CICATRIZ DE BCG: SI NO
 LOCALIZACIÓN: PULMONAR MENINGEA OTRA
 COMPROBACIÓN: BACILOSCOPIA +++
 CULTIVO BIOPSIA OTRO

TIPO PACIENTE: CASO NUEVO RECAÍDA
 REINGRESO FRACASO
 FARMACORESISTENTE REFERIDO

TRATAMIENTO

FECHA DE INICIO: 11/11/09
 ESQUEMA: PRIMARIO
 RETRATAMIENTO PRIMARIO
 RETRATAMIENTO ESTANDARIZADO

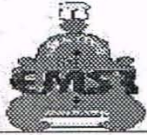
FASE	DURACIÓN	PERIOD.	DOSIS
INTENSIVA	60	LS	HRZEFS
SOSTEN	30	LS	HRZE
SOSTEN	60	L-M-V	HR

CONTROL

Marque la fecha de cita con una X, al acudir el enfermo a la cita, el personal que administre los medicamentos deberá borrar la marca y anotar ahí las iniciales de su nombre

DÍA	CITAS	ASIS-TENCIAS	BAAR
1 HAV 2 HAV 3 HAV 4 HAV 5 HAV 6 HAV 7 ESP 8 HAV 9 HAV 10 HAV 11 ESP 12 HAV 13 HAV 14 HAV 15 HAV 16 HAV 17 HAV 18 HAV 19 HAV 20 HAV 21 HAV 22 HAV 23 HAV 24 HAV 25 HAV 26 HAV 27 HAV 28 HAV 29 HAV 30 HAV 31 HAV	15	15	15/08/09
1 HAV 2 HAV 3 HAV 4 HAV 5 HAV 6 HAV 7 HAV 8 HAV 9 HAV 10 HAV 11 HAV 12 HAV 13 HAV 14 HAV 15 HAV 16 HAV 17 HAV 18 HAV 19 HAV 20 HAV 21 HAV 22 HAV 23 HAV 24 HAV 25 HAV 26 HAV 27 HAV 28 HAV 29 HAV 30 HAV 31 HAV	8	8	12/01/09
1 HAV 2 HAV 3 HAV 4 HAV 5 HAV 6 HAV 7 HAV 8 HAV 9 HAV 10 HAV 11 HAV 12 HAV 13 HAV 14 HAV 15 HAV 16 HAV 17 HAV 18 HAV 19 HAV 20 HAV 21 HAV 22 HAV 23 HAV 24 HAV 25 HAV 26 HAV 27 HAV 28 HAV 29 HAV 30 HAV 31 HAV			(-)
1 HAV 2 HAV 3 HAV 4 HAV 5 HAV 6 HAV 7 HAV 8 HAV 9 HAV 10 HAV 11 HAV 12 HAV 13 HAV 14 HAV 15 HAV 16 HAV 17 HAV 18 HAV 19 HAV 20 HAV 21 HAV 22 HAV 23 HAV 24 HAV 25 HAV 26 HAV 27 HAV 28 HAV 29 HAV 30 HAV 31 HAV			17/02/09
1 HAV 2 HAV 3 HAV 4 HAV 5 HAV 6 HAV 7 HAV 8 HAV 9 HAV 10 HAV 11 HAV 12 HAV 13 HAV 14 HAV 15 HAV 16 HAV 17 HAV 18 HAV 19 HAV 20 HAV 21 HAV 22 HAV 23 HAV 24 HAV 25 HAV 26 HAV 27 HAV 28 HAV 29 HAV 30 HAV 31 HAV			(-)
1 HAV 2 HAV 3 HAV 4 HAV 5 HAV 6 HAV 7 HAV 8 HAV 9 HAV 10 HAV 11 HAV 12 HAV 13 HAV 14 HAV 15 HAV 16 HAV 17 HAV 18 HAV 19 HAV 20 HAV 21 HAV 22 HAV 23 HAV 24 HAV 25 HAV 26 HAV 27 HAV 28 HAV 29 HAV 30 HAV 31 HAV			31/03/09

Fecha: 11/11/09 CAUSA: Curación Fracaso Traslado Abandono Defunción por TB Otro



SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD
HOSPITAL GENERAL DE JOJUTLA



PACIENTE:	RAYMUNDO MENDIOLA TRUJILLO	SOLICITUD:	02019480
EDAD:	77 Años SEXO: MASCULINO	EXPEDIENTE:	
MEDICO:	A QUIEN CORRESPONDA	SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA
PROCEDENCIA:	OTRAS UNIDADES SEGURO POPULAR	FECHA DE ATENCION	07/05/2013 08:18
DIAGNOSTICO:		FECHA IMPRESION:	08/05/2013 08:23:00 a.m.

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
--------	-----------	--------	---------------------

BIOMETRIA HEMATICA

Método: Impedancia Eléctrica

FORMULA ROJA

ERITROCITOS	4.85	M/uL	4.2 - 5.2
HEMOGLOBINA	14.65	g/dL	13 - 16
HEMATOCRITO	46.21	%	40 - 48
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (M.C.V.)	95.19	fl *	82 - 95
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30.17	pg	27 - 32
CONCENTRACION DE HB. MEDIA C.	31.70	g/dL	31 - 36
ANCHO DIST.ERITROCITARIA	12.41	fl	11.5 - 15.5
PLAQUETAS	207.31	x 10 ³ mm ³	150 - 450
VOL. PLAQ. MEDIO (VPM)	8.70	fl	7.4 - 10.4

FORMULA BLANCA

LEUCOCITOS TOTALES	4.05	x 10 ³ mm ³	4 - 11
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	46.60	%	40 - 75
BASOFILOS	0.90	%	0 - 1
MONOCITOS	3.70	%	3 - 6
EOSINOFILOS	2.60	%	0 - 7
LINFOCITOS	46.20	% *	30 - 45

VALORES OBSOLUTOS

NEUTROFILOS	1.89	#	* 2 - 6.9
LINFOCITOS	1.87	#	0.6 - 3.4
MONOCITOS	0.15	#	0 - 0.9
EOSINOFILOS	0.11	#	0 - 0.7
BASOFILOS	0.04	#	0 - 0.2

Validó: KINBERLY NOGUERON ALONSO

*Sacar copias
- Dejar copia en carpeta de J. J. J.
1 Original a C.S. Expediente*



SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD
HOSPITAL GENERAL DE JOJUTLA



PACIENTE:	RAYMUNDO MENDIOLA TRUJILLO	SOLICITUD:	02019480
EDAD:	77 Años SEXO: MASCULINO	EXPEDIENTE:	
MEDICO:	A QUIEN CORRESPONDA	SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA
PROCEDENCIA:	OTRAS UNIDADES SEGURO POPULAR	FECHA DE ATENCION:	07/05/2013 08:18
DIAGNOSTICO:		FECHA IMPRESION:	08/05/2013 08:23:00 a.m.

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
--------	-----------	--------	---------------------

VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR

VELOCIDAD DE SED.GLOBULAR (VSG) Método: Westergren	5	mm3/hr	0 - 14
---	---	--------	--------

Validó: KINBERLY NOGUERON ALONSO

QUIMICA (6)

GLUCOSA	95.0	mg/dL	65 - 110
NITROGENO UREICO (BUN) Método: Cálculo	17.00	mg/dL	8 - 20
UREA Método: Urease/GLDH/Cálculo Diferencial	36.38	mg/dL	10 - 50
CREATININA Método: Jaffé Modificado	0.9	mg/dL	0.6 - 1.3
ACIDO URICO	5.2	mg/dL	2.3 - 7.6
COLESTEROL TOTAL	139.0	mg/dL	* 140 - 239
TRIGLICERIDOS	120.00	mg/dL	35 - 150

Validó: AURORA ISABEL TALAVERA ALVAREZ

PERFIL HEPATICO COMPLETO

BILIRRUBINA TOTAL	0.8	mg/dL	* 1 - 1.2
BLIRRUBINA DIRECTA	0.1	mg/dL	0.1 - 0.5
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.7	mg/dL	0.2 - 0.8
ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST/TGO)	19.0	UI/L	5 - 31
ALANINO AMINOTRANSFERRASA (ALT / TGP)	19.0	UI/L	4 - 32
FOSFATASA ALCALINA	91.00	UI/L	64 - 306
DESHIDROGENASA LACTICA	139.0	UI/L	* 180 - 450
AMILASA	37.0	U/L	25 - 125
PROTEINAS TOTALES	6.50	g/dL	6 - 8.3
ALBUMINA	3.8	g/dL	3.5 - 5.5
GLOBULINA	2.7	g/dL	2.2 - 2.8
RELACION A/G	1.4		* 1.5 - 2.4

Validó: AURORA ISABEL TALAVERA ALVAREZ

ELECTROLITOS

SODIO	138.80	mEq/L	136 - 144
POTASIO	4.10	mEq/L	3.5 - 5.3
CLORO	107.1	mEq/L	101 - 111
CALCIO	8.6	mg/dL	8.1 - 10.4

Validó: AURORA ISABEL TALAVERA ALVAREZ

DEPURACION CREATININA

VOLUMEN DE ORINA REMITIDO EN 24 HRS	640.00	ml/24hrs.	
CREATININA Método: Jaffé Modificado	0.9	mg/dL	0.6 - 1.3
CREATININA ORINA	215.48	mg/dL	28 - 259
DEP. CREATININA	106.41	ml/min	80 - 140

Validó: AURORA ISABEL TALAVERA ALVAREZ