

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL  
DISTRITO FEDERAL  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

**NOMBRE DE LA OPCIÓN**

**TESINA**

**TÍTULO DEL TRABAJO**

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**JESSICA LIZBETH GONZÁLEZ MORA**

**DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO**

**LIC. ENF. SILVIA VEGA HERNÁNDEZ**

**CIUDAD DE MÉXICO, 2018**



**SECRETARÍA DE SALUD**

Dirección de Educación e Investigación  
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud  
Escuela de Enfermería



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.

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL D.F  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

**NOMBRE DE LA OPCIÓN**

**TESINA**

**TÍTULO DEL TRABAJO**

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN  
EL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

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

**PRESENTA**

**GONZÁLEZ MORA JESSICA LIZBETH**

**DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO**

**L.E. SILVIA VEGA HERNÁNDEZ**

**CIUDAD DE MÉXICO, 2018**

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO  
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN  
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM  
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE  
CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

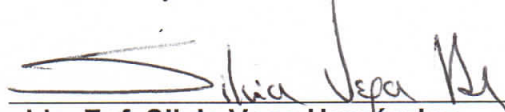
Elaborado por:

1.	<u>GONZÁLEZ</u>	<u>MORA</u>	<u>JESSICA LIZBETH</u>	Núm. de cuenta:	<u>413504173</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta	

Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia  
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 26 de noviembre de 2018

Nombre y firma del Asesor

  
Lic. Enf. Silvia Vega Hernández

Nombre y firma de la  
Directora Técnica de la Carrera

  
Lic. Enf. Silvia Vega Hernández

Sello  
Institución



Secretaría de Salud del Distrito Fe  
Escuela de Enfermería  
DIRECCIÓN  
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO  
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN  
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM  
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE  
CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

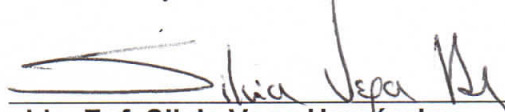
Elaborado por:

1.	<u>GONZÁLEZ</u>	<u>MORA</u>	<u>JESSICA LIZBETH</u>	Núm. de cuenta:	<u>413504173</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta	

Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia  
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 26 de noviembre de 2018

Nombre y firma del Asesor

  
Lic. Enf. Silvia Vega Hernández

Nombre y firma de la  
Directora Técnica de la Carrera

  
Lic. Enf. Silvia Vega Hernández

Sello  
Institución



Secretaría de Salud del Distrito Fe  
Escuela de Enfermería  
DIRECCIÓN  
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

## **DEDICATORIA**

**Primero agradezco a Dios por haberme guiado y por darme la fortaleza para seguir adelante, tu amor y tu infinita bondad me permite sonreír ante todo en mis logros y concluir mi carrera como una profesional.**

**Quiero dedicar esta tesina a mis padres Martin González y Patricia Mora por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. ¡¡Gracias por su apoyo incondicional !!**

**Gracias no solo por apoyarme en la manera de concluir esta tesina, sino por los bonitos momentos que hemos pasado en este proceso, por tu apoyo económico y moral Te Amo Hermano  
Javier González Mora**

**Agradezco a la Escuela que me formo y a mis profesores en especial a mis asesoras Lic. Silvia Vega y Mtra. Norma Flores por su esfuerzo, tiempo y dedicación a lo largo de este proceso, y no dejarme sola hasta concluir.**

**Por último, agradezco a mi hombre preferido Alan Torrentera por su apoyo incondicional. Por impulsarme a ser una mujer fuerte para cumplir mis metas y obtener mi título.**

**¡¡GRACIAS A TODOS LOS AMO!!**

## INDICE

Introducción.....	5
Justificación.....	8
Objetivos .....	9
<b>Capítulo I</b> .....	10
1 Marco Teórico .....	10
1.1 Tuberculosis.....	10
1.2 Aspectos Epidemiológicos y Demográficos.....	10
1.3 Anatomía y Fisiología del Sistema Respiratorio.....	12
1.3.1 Sistema Respiratorio Superior.....	13
1.3.2 Sistema Respiratorio Inferior .....	14
1.3.3 Estructuras Accesorias.....	15
1.3.4 Etiología .....	16
1.3.5 Fisiopatología .....	16
1.3.6 Factores de Riesgo .....	20
1.3.7 Cuadro Clínico.....	21
1.3.8 Diagnóstico.....	22
1.3.9 Tratamiento .....	22
1.4 Complicaciones .....	24
<b>CAPITULO II</b> .....	25
2. Niveles de Atención a la Salud en Mexico.....	25
2.1 Primer Nivel de Atención .....	26
2.2 Segundo Nivel de Atención .....	28
2.3 Tercer Nivel de Atención .....	29
<b>CAPITULO III</b> .....	30
3. Marco Legal y Normativo.....	30
3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos .....	30
3.2 Ley General de Salud.....	30
3.3 NOM-006-ssa2-1993 Para la prevención y control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud .....	32
3.4 Plan Nacional de Salud 2013-2018 .....	33
3.5 Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	33
3.6 Manual de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería.....	34
<b>CAPITULO IV</b> .....	35

4.Marco Disciplinar de Enfermería .....	35
4.1 Evolución Histórica del Cuidado.....	35
4.2 Definición de Cuidado .....	36
4.3 Etapas del Cuidado .....	37
4.4 Tipos de Cuidado .....	39
4.5 El Cuidado como Objeto de Estudio de la Practica de Enfermeria.....	40
4.6 Enfermería.....	42
4.7 Enfermería como Profesión.....	43
4.8 Enfermería como Disciplina.....	46
<b>CAPITULO V</b> .....	<b>55</b>
5.Papel del Profesional de Enfermeria en el Primer Nivel de Atencion.....	55
5.1 Actividades de Enfermeria para la Atencion del Paciente con Tuberculosis en el Primer Nivel de Atencion.....	55
Conclusiones.....	60
Glosario de Terminos.....	61
Referencias Bibliograficas.....	65
Anexos .....	68



## INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Salud (PNS) se basa en el principio de que la salud es condición indispensable para alcanzar la auténtica igualdad de oportunidades. Asimismo, se constituye como la guía para construir un sistema de salud que propicie la protección financiera, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad integral de la población. En el marco de este programa, la tuberculosis se considera un problema de Salud Pública del país, que requiere atención prioritaria.

En el marco del Plan Nacional de Salud, la tuberculosis se considera un problema de Salud Pública, que requiere atención prioritaria. El Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis se encuentra en la segunda estrategia sustantiva: **"Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres"**.<sup>1</sup>

El cual tiene como uno de sus propósitos fundamentales identificar de manera oportuna a los enfermos de tuberculosis pulmonar y garantizar el tratamiento sin costo para el paciente. Para lograr lo anterior el Programa integra 9 componentes, 3 sustantivos orientados a la atención personal y 6 estratégicos que fortalecen las acciones de los servicios de salud, estos se apoyan en 18 líneas estratégicas a desarrollar por el Sistema Nacional de Salud, que permitan disminuir el riesgo de morir por esta causa o de contagiar a otros.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por el complejo (*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* y *Mycobacterium africanum*) y se transmite del enfermo al sujeto sano por vía respiratoria, ingestión de leche de vaca infectada, contacto con personas enfermas o animales bovinos enfermos.

La más frecuente es la pulmonar que es la forma infectante y de mayor importancia epidemiológica; sin embargo, existen otras como meníngea y miliar que se previenen con la vacuna BCG en niños, las formas ganglionar, renal, genital, ósea e intestinal también deben ser atendidas acorde con el Programa.

La tuberculosis pulmonar es un problema de salud pública en México; afecta a cualquier edad, con mayor frecuencia a la población en edad productiva y de igual forma a hombres

---

<sup>1</sup> Plan Nacional de Salud 2013-2018 [internet] [Consulta 08 Enero 20218] [73] Disponible en <https://bit.ly/2QfVsYz>

y mujeres. Se considera que un caso bacilífero que no recibe tratamiento puede infectar, por año, de 10 a 15 personas.

Existen métodos de laboratorio con alta sensibilidad y especificidad, así como medicamentos eficaces de bajo costo que garantizan la calidad del diagnóstico y la curación en más del 90% de los enfermos de tuberculosis sensible.<sup>2 3</sup>

A nivel mundial se informa que un tercio de la población se encuentra infectada por el *Mycobacterium tuberculosis*, y al año ocurren 10 millones de casos nuevos y fallecen 3 millones de personas; entre las mujeres ocasiona 1.7 veces más muertes, que las relacionadas con causas maternas, provocando mayor orfandad.

Con base a lo anterior es importante mencionar que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia juega un papel importante en la prevención, promoción y detección oportuna de este padecimiento en el primer nivel de atención ya que cuenta con la formación profesional que le permite interactuar ante dicha enfermedad, fue dotado de un sentido social y conciencia nacional para que, vinculados a las necesidades del país, participe con una perspectiva crítica en la promoción de los cambios y transformaciones requeridas por la sociedad.

Para cumplir con esta responsabilidad, es necesario que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia desarrolle habilidades intelectuales, así como el análisis, la síntesis, el pensamiento crítico, la capacidad de resolver y plantear nuevos problemas, la búsqueda y manejo de información, a través de diferentes medios, en la toma de decisiones fundamentales en la planeación del cuidado; para el dominio de los procedimientos y tecnologías básicas del campo de la enfermería en cada uno de los niveles de atención, transferible a diversas situaciones; para tener actitudes que le permitan establecer relaciones personales favorables, sustentadas en la comprensión y respeto por el otro, así como la disposición para trabajar en los proyectos colectivos de manera crítica y responsable.

---

<sup>2</sup> Manual de procedimientos en tuberculosis [internet] 04 Agosto 2015 consultado 08 enero 2018 disponible en <https://bit.ly/2FOOVjJ>

<sup>3</sup> Guía de referencia Rápida (Diagnóstico y tratamiento de casos nuevos de tuberculosis Pulmonar) [internet] publicado 2009 Disponible en <https://bit.ly/1njUxyL>

Para finalizar como profesionales de la Enfermería debemos de comprender los factores que condicionan la calidad de vida, a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud con relación a la estructura del Sistema Nacional de Salud, para definir su participación en el desarrollo de condiciones de vida y comportamientos saludables. Interpretar críticamente los programas de salud en el ámbito nacional, estatal y municipal para participar multiprofesional e interprofesionalmente en las acciones estratégicas, tácticas y operativas que deriven de los programas prioritarios en los tres niveles de atención, particularmente en el fortalecimiento de la atención primaria.

Mediante la valoración e interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, la familia y la comunidad, en sectores específicos, para diseñar programas integrales tendentes al mejoramiento de la salud. Brindar servicios de enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo, con base en las necesidades y respuestas humanas, en los sitios donde la persona se desarrolla, o donde acude a atender su salud.

Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que propicien la modificación de hábitos y estilos de vida para la conservación de la salud y la autosuficiencia en su cuidado. Aplicar prácticamente el Proceso Atención de Enfermería, sustentado en la teoría sobre el cuidado integral de la persona

Aprovechar, adaptar y contribuir al desarrollo de la tecnología de enfermería que se requiere para el cuidado de la persona, ejercer liderazgo para la toma de decisiones en el campo de enfermería en la coordinación de los grupos de trabajo y en la participación de la planeación de los servicios de salud.

## JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis (Tb) es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En México en el año 2013 se tiene el registro de 21,309 registros de Tb de los cuales 19,703 son casos nuevos, 39% corresponde Al Sexo femenino y 61% masculino, mientras que el 8.4% son de casos menores de 19 años, el 81.6% corresponde a tuberculosis pulmonar, 1.4% meníngea y 17% otras formas. <sup>4</sup>

La tuberculosis multirresistente (TB-MDR) sigue constituyendo una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria. Según las estimaciones de la OMS, hubo 600 000 nuevos casos de resistencia a la rifampicina (el fármaco de primera línea más eficaz), 490 000 de los cuales padecían TB-MDR <sup>5</sup>

La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año, ritmo que habría que acelerar al 4–5% anual si se quieren alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la Tuberculosis. Se estima que entre 2000 y 2016 se salvaron 53 millones de vidas gracias a la dispensación de servicios de diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis. Acabar para 2030 con la epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas con la salud incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en 2015.<sup>5</sup>

Debido a la alta incidencia que existe sobre este problema, es importante el papel del profesional de Enfermería, conjuntamente con el equipo multidisciplinario de salud en la solución de estos problemas de salud, mediante su participación, en la prevención, detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento en las personas afectadas por tuberculosis en el Primer Nivel de atención de Salud, para garantizar la atención de calidad en los enfermos, considerando su entorno familiar, social y laboral.

---

<sup>4</sup>Secretaría de Salud. Situación Actual en México sobre la tuberculosis [internet] 2013-2018 [Consulta 08 enero2018] Disponible <https://bit.ly/2PNQlqP>

<sup>5</sup> OMS. Tuberculosis según la Organización mundial de la Salud. [internet] enero 2018[consulta 08 enero 2018[71] Disponible en: <https://bit.ly/2FGEfOy>

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- Describir las intervenciones del profesional de enfermería en el primer nivel de atención para el cuidado de paciente con Tuberculosis que se encuentra inscrito, en el Área de “Red de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado” para contribuir en la disminución de complicaciones por este padecimiento

### **ESPECÍFICOS**

- Que el personal de enfermería brinde intervenciones oportunas e información clara sobre la prevención, detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento en las personas afectadas por tuberculosis principalmente y complicaciones al paciente con tuberculosis en el área de la “Red de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado”.
- Explicar al personal de enfermería la importancia de la Red de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado, así como antecedentes y cuál es su función, en el primer nivel de Atención de Salud.
- Dar a conocer el Marco Legal y Normativo que sustenta la importancia para la atención de este padecimiento.

## CAPITULO I

### 1 MARCO TEÓRICO

#### 1.1 TUBERCULOSIS

##### DEFINICIÓN

Del latín *tuberculum*, que significa pequeña protuberancia, pequeño nódulo, la tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa crónica causada por un grupo de bacterias del orden Actinomicetales de la familia *Mycobacteriaceae*. El complejo M tuberculosis incluye M. tuberculosis Africanum, M. bovis, M. crotty y M. canetti. Existen otras microbacterias que presentan el cuadro clínico semejante, y solo se diferencian por estudios de laboratorio. La variedad hominis de *Mycobacterium* es la causante de la tuberculosis, su crecimiento es muy lento, de 14 a 24 horas y no produce toxinas o sustancias químicas al organismo <sup>6</sup>

#### 1.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y DEMOGRÁFICOS

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En México en el año 2013 se tiene el registro de 21,309 registros de Tb de los cuales 19,703 son casos nuevos, 39% corresponde Al Sexo femenino y 61% masculino, mientras que el 8.4% son de casos menores de 19 años, el 81.6% corresponde a tuberculosis pulmonar, 1.4% meníngea y 17% otras formas. <sup>7</sup>

En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. Siete países acaparan el 64% de la mortalidad total; encabeza esta triste lista la India, seguida de Indonesia, China, Filipinas, el Pakistán, Nigeria y Sudáfrica.

---

6 MSD. Manual sobre la Tuberculosis (enfermedades infecciosas) [internet] 2013-2018 [Consulta 08 Enero 2018] [78] Disponible en <https://msdmnls.co/2DEoWsf>

7Ídem (4)

Se estima que en 2016 enfermaron de tuberculosis un millón de niños y que 250 000 niños murieron debido a esta causa (incluidos los niños con tuberculosis asociada al VIH). La tuberculosis es una de las causas principales de defunción en las personas VIH-positivas: en 2016, el 40% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la tuberculosis.

La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año, ritmo que habría que acelerar al 4–5% anual si se quieren alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la Tuberculosis. Se estima que entre 2000 y 2016 se salvaron 53 millones de vidas gracias a la dispensación de servicios de diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis. Acabar para 2030 con la Epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas con la salud incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en 2015.<sup>8</sup>

Dentro del Plan Mundial para detener la TB, la meta para 2015 es disminuir las tasas de prevalencia y mortalidad registradas en 1990. Al respecto, América Latina, Asia Suroriental y el Pacífico Occidental están en dirección correcta para alcanzar dichas metas, lo que no sucede en África y los Países del Mediterráneo Oriental.

De acuerdo con la plataforma Única de Información Nacional en su módulo de tuberculosis, en 2008 se presentaron alrededor de 18,210 casos nuevos todas las formas de los cuales 82,5% (15,035) corresponde a la tuberculosis pulmonar. No obstante, México mantiene una tendencia ascendente en la incidencia de mortalidad por tuberculosis. Cada año se detectan alrededor de 15 mil nuevos casos de tuberculosis pulmonar y cerca de 2 mil defunciones por esta causa:

Al igual que lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México, como en el mundo, la tuberculosis afecta principalmente a los hombres, de manera que 60 por ciento de los casos corresponden a este género. En México las personas más afectadas por tuberculosis son los indígenas, migrantes, personas privadas de su libertad y la población

---

<sup>8</sup> OPS. Epidemiología de la tuberculosis en México [internet] 2013-2018 [consulta 08 enero 2018] [76] Disponible en <https://bit.ly/2qZ8dly>

rural en general; es decir, gente con un alto nivel de marginación y exclusión social que vive en condiciones de hacinamiento y pobreza.

Actualmente, la tuberculosis continúa siendo una patología de la pobreza, tal como lo describiera en México el pionero de investigación clínica en tuberculosis el Doctor Alejandro Celis Salazar, en 1971.

En cuanto a la edad, el grupo con mayor número de casos es de 65 años o más, y por distribución geográfica el estado con la mayor tasa de incidencia es Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Baja California, Nayarit, Guerrero y Chiapas.<sup>9</sup>

### **1.3 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA RESPIRATORIO**

El sistema respiratorio está formado por las estructuras que realizan el intercambio de gases entre la atmósfera y la sangre. El oxígeno (O<sub>2</sub>) es introducido dentro del cuerpo para su posterior distribución a los tejidos y el dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) producido por el metabolismo celular, es eliminado al exterior. Además, interviene en la regulación del pH corporal, en la protección contra los agentes patógenos y las sustancias irritantes que son inhalados y en la vocalización, ya que, al moverse el aire a través de las cuerdas vocales, produce vibraciones que son utilizadas para hablar, cantar o gritar. El proceso de intercambio de O<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub> entre la sangre y la atmósfera, recibe el nombre de respiración externa. El proceso de intercambio de gases entre la sangre de los capilares y las células de los tejidos en donde se localizan esos capilares se llama respiración interna.

La función principal del aparato respiratorio, es obtener el oxígeno del aire para llevarlo a los diferentes tejidos y expulsar al exterior el dióxido de carbono procedente del metabolismo celular. El oxígeno inspirado con el aire es el combustible que las células del cuerpo precisan para convertir las materias nutrientes de los alimentos en la energía necesaria para que realicen correctamente sus funciones.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup>Gobierno Federal Situación Actual en México sobre la tuberculosis[internet] 2013-2018[consulta 08 Enero 2018][76] Disponible en <https://bit.ly/2TCHajm>

<sup>10</sup> Tortora, D. Principios de Anatomía y Fisiología humana. Edición 13ª editorial Panamericana. pág. 918-966



### 1.3.1 SISTEMA RESPIRATORIO SUPERIOR

En el tracto respiratorio Superior está constituido por:

- **Nariz:** Se divide en dos compartimentos, estando separados por el tabique nasal, éste presenta dos orificios de salida denominados narinas. En el caso de los tetrápodos (vertebrados terrestres) la nariz presenta, en su parte posterior, las coanas, éstas comunican la nariz con la cavidad bucal.
- **Boca:** Está ubicada en la cara y constituye en su mayor parte el aparato estomatognático, así como la primera parte del aparato digestivo. La boca se abre a un espacio previo a la faringe llamado cavidad oral, o cavidad bucal.

La boca humana está cubierta por los labios superior e inferior y desempeña funciones importantes en diversas actividades como el lenguaje y en expresiones faciales, como la sonrisa.

- **Faringe:** Es una estructura con forma de tubo que ayuda a respirar, está situada en el cuello y revestido de membrana mucosa; conecta la cavidad bucal y las fosas nasales con el esófago y la laringe respectivamente, y por ella pasan tanto el aire como los alimentos, por lo que forma parte del aparato digestivo así como del respiratorio. Ambas vías quedan separadas por la epiglotis, que actúa como una válvula. En el ser humano la faringe mide unos trece centímetros, extendida desde la base externa del cráneo hasta la sexta o séptima vértebra cervical, a la altura del borde caudal del cartílago cricoides.
- **Laringe:** Es una estructura musculo-cartilaginosa, situada en la parte anterior del cuello, a la altura de la vertebras cervicales C3, C4, C5 y C6. Está formada por el hueso hioides y por los cartílagos tiroides, cricoides, aritenoides, corniculado, cuneiforme , la epiglotis y por cuatro pares laterales, todos ellos articulados, revestidos de mucosa y movidos por músculos

**Tráquea:** Es un cilindro semirrígido de unos 13 cm de largo que se extiende desde el borde inferior del cartílago cricoides en la laringe hasta su bifurcación, a nivel de la cuarta vértebra torácica, dando origen a los bronquios derecho e izquierdo. Una característica de la tráquea es la presencia de anillos de cartílago hialino en su pared, lo que impide el colapso del órgano. Entre los anillos de cartílago hay tejido fibroso y músculo liso

### 1.3.2 SISTEMA RESPIRATORIO INFERIOR

El tracto Respiratorio Inferior está constituido por:

- **Pulmones:** Son estructuras anatómicas pertenecientes al aparato respiratorio, se ubican en la caja torácica, a ambos lados del mediastino. Debido al espacio ocupado por el corazón, el pulmón derecho es más grande que su homólogo izquierdo. Poseen tres caras; mediastínica, costal y diafragmática, lo irrigan las arterias bronquiales y las arterias pulmonares le llevan sangre para su oxigenación. Embriológicamente deriva del endodermo.

Los pulmones son los órganos en los cuales la sangre recibe oxígeno procedente del aire y a su vez la sangre se desprende del dióxido de carbono el cual pasa al aire. Este intercambio, se produce mediante la difusión del oxígeno y el dióxido de carbono entre la sangre y los alvéolos que forman los pulmones. La función de los pulmones es realizar el intercambio gaseoso con la sangre, por ello los alvéolos están en estrecho contacto con capilares.

- **Bronquios:** Es uno de dos conductos tubulares fibrocartilaginosos en que se bifurca la tráquea a la altura de la IV Vertebra torácica, y que entran en el parénquima pulmonar, conduciendo el aire desde la tráquea a los bronquios y estos a los bronquiolos y luego a los alveolos pulmonares. Los bronquios son tubos con ramificaciones progresivas arboriformes (25 divisiones en el hombre) y diámetro decreciente, cuya pared está formada por cartílagos y capas musculares, elásticas y de mucosa.
- **Bronquiolos:** Los bronquiolos son las pequeñas vías aéreas en que se dividen los bronquios llegando a los alvéolos pulmonares.

Los bronquiolos se encuentran en la parte mediana del pulmón. En nuestros pulmones tenemos alrededor de 60.000 bronquiolos (30.000 en cada pulmón) que se dividen, a su vez, en total, en unos 600.000.000 de alvéolos pulmonares. Es importante destacar que la tráquea lleva el aire a los bronquios, de ahí a los bronquiolos y por último a los alvéolos pulmonares, y regresa en forma de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) por la misma vía.

- **Alveolos:** Son los divertículos terminales del árbol bronquial, en los que tiene lugar el intercambio gaseoso entre el aire inspirado y la sangre, sacos recubiertos en su pared interna por líquido blanco y pegajoso, pueden tener más de un milímetro de diámetro y agente tensoactivo. En ellos se produce el intercambio de gases entre el O<sub>2</sub> y el CO<sub>2</sub>.

Cada pulmón adulto suma unos 350 millones de alvéolos, lo que hace un total de 700 millones de alvéolos entre los dos pulmones <sup>11</sup>

### 1.3.3 ESTRUCTURAS ACCESORIAS

**En las estructuras accesorias encontramos:**

- **Cavidad Oral:** Es una parte fundamental del cuerpo humano que está formada por los huesos del tórax y se encuentra entre la base del cuello y el diafragma. Su principal función es la protección, ya que forma una barrera que protege los pulmones, corazón, la arteria aorta, la vena cava inferior, la tráquea y los nervios linfáticos.

Con forma de cono truncado, la pared de la caja torácica está formada por las costillas y los músculos intercostales, los cuales se unen gracias al esternón y la columna vertebral.

- **Diafragma:** Es un tejido músculo tendinoso encargado de la respiración. Cuando se inhala, el diafragma se contrae y agranda el espacio disponible en la cavidad torácica. Los músculos externos intercostales también ayudan a agrandar la cavidad torácica, permitiendo que el aire entre dentro de los pulmones. Después de la inhalación, el diafragma se relaja y el aire es exhalado por la contracción de los pulmones y de los tejidos. <sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Kent M Van de Graaff, Ph. D. Anatomía y Fisiología humanas. Serie Schaum. 2da edición, Mc Graw Hill interamericana pag 328-345

<sup>12</sup> Ídem (4)

### 1.3.4 ETIOLOGÍA

La tuberculosis (TB) pulmonar es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*). La tuberculosis es contagiosa, es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo, otras bacterias como *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium Canneyi* y *Mycobacterium microtti*, pueden causar también la tuberculosis, pero estas especies no lo suelen hacer en un individuo sano.

Esto quiere decir que la bacteria puede propagarse fácilmente de una persona infectada a otra no infectada. Se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. La infección pulmonar resultante se denomina tuberculosis primaria.

La mayoría de las personas se recupera de la infección de tuberculosis primaria sin manifestación mayor de la enfermedad. La infección puede permanecer inactiva (latente) por años. En algunas personas, se activa de nuevo (reactivación).<sup>13</sup>

### 1.3.5 FISIOPATOLOGÍA

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

### INFECCIÓN PRIMARIA

La infección requiere la inhalación de partículas bastante pequeñas para que atraviesen las defensas respiratorias altas y se depositen en las regiones profundas de los pulmones, en general en los espacios aéreos subpleurales de los lóbulos medio o inferior. Las gotas más grandes tienden a alojarse en las vías aéreas más proximales y no producen infección. La enfermedad suele originarse en un solo núcleo de gotas, que transporta unos pocos

---

<sup>13</sup> Ídem (2)

microorganismos. Tal vez un solo microorganismo pueda ser suficiente para causar la infección en personas susceptibles, pero las personas menos susceptibles pueden requerir la exposición repetida para desarrollar la infección.

Para iniciar la infección, los macrófagos alveolares deben ingerir a los bacilos *M. tuberculosis*. Los bacilos no destruidos por los macrófagos se replican dentro de ellos y, por último, matan a los macrófagos que los hospedan (con la cooperación de los linfocitos CD8); las células inflamatorias son atraídas al área, donde causan una neumonitis localizada que une para formar los tubérculos característicos en el examen histológico. Durante las primeras semanas de la infección, algunos macrófagos infectados migran a los ganglios linfáticos regionales (p. ej., hiliar, mediastínico), donde acceden a la corriente sanguínea. Luego, los microorganismos se diseminan por vía hematológica hacia cualquier parte del cuerpo, en especial la porción apicoposterior de los pulmones, las epífisis de los huesos largos, los riñones, los cuerpos vertebrales y las meninges. La diseminación hematológica es menos probable en pacientes con inmunidad parcial debida a la vacunación o a una infección natural anterior con *M. tuberculosis* o micobacterias ambientales.

En el 95% de los casos, tras alrededor de 3 semanas de crecimiento ilimitado, el sistema inmunitario inhibe la replicación bacilar, generalmente antes de que aparezcan signos o síntomas. Los focos de bacilos en los pulmones u otros sitios se transforman en granulomas de células epitelioides, que pueden tener centros caseosos y necróticos.

Los bacilos tuberculosos pueden sobrevivir en este material por años, y el balance entre la resistencia del huésped y la virulencia del microorganismo determina la posibilidad de que la infección resuelva sin tratamiento, permanezca latente o se active. Los focos infecciosos pueden dejar cicatrices fibronodulares en los ápices de uno o ambos pulmones (focos de Simon, que generalmente se generan como resultado de la llegada por vía hematológica desde otro sitio de infección) o pequeñas zonas de consolidación (focos de Ghon)<sup>14</sup>

Un foco de Ghon se refiere a una lesión primaria en el pulmón causado por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* que aparece en una persona que no se encontraba

---

<sup>14</sup> Silverthorn Fisiología Humana un enfoque integrado. Edición 4ta. febrero 2008. editorial. Panamericana. pag 559-586

previamente infectado, cuando hay una afectación ganglionar es un complejo de Ghon y este se convierte en un Foco primario de infección de la tuberculosis por vía aérea, que está constituido por la lesión del parénquima pulmonar, generalmente única y en la periferia, y la afectación de los ganglios linfáticos del hilio pulmonar, a los que drena la zona afectada, este, si se calcifica, se llama complejo de Ranke. La prueba de la tuberculina y los ensayos de liberación de interferón gamma en sangre (IGRA) se positivizan durante la fase latente de la infección. Los sitios de infección latente son procesos dinámicos, no del todo inactivos como se creía antes.

Con menor frecuencia, el foco primario progresa inmediatamente y causa una enfermedad aguda con neumonía (a menudo cavitaria), derrame pleural y aumento significativo del tamaño del mediastino o los ganglios linfáticos hiliares (que, en los niños, pueden comprimir los bronquios).

Los derrames pleurales pequeños son sobre todo linfocíticos, contienen típicamente pocos microorganismos y resuelven en pocas semanas. Esta secuencia puede observarse con mayor frecuencia en niños pequeños y en pacientes inmunodeficientes infectados recientemente o reinfectados.

La TBC extrapulmonar puede aparecer en cualquier sitio y manifestarse sin evidencias de compromiso pulmonar

## **ENFERMEDAD ACTIVA**

Las personas sanas que están infectadas por TBC tienen un riesgo del 5 al 10% de desarrollar la enfermedad activa durante su vida, aunque el porcentaje varía de manera significativa según la edad y otros factores de riesgo. En el 50 al 80% de las personas con enfermedad activa, la TBC se reactiva dentro de los primeros 2 años, pero ésta puede manifestarse también varias décadas más tarde. Cualquier órgano sembrado por la infección primaria puede alojar un foco de reactivación, aunque se identifican con mayor frecuencia en los vértices pulmonares, lo que puede deberse a las condiciones más favorables, como la tensión elevada de O<sub>2</sub>. Los focos de Ghon y los ganglios linfáticos hiliares comprometidos tienen menos probabilidades de reactivarse.

Las patologías que deterioran la inmunidad celular (que es esencial para la defensa contra la tuberculosis) facilitan significativamente la reactivación. Por lo tanto, los pacientes coinfectados por el VIH tienen un riesgo del 10% anual de desarrollar la enfermedad activa.

Otras patologías que facilitan la reactivación, pero en menor medida que la infección por HIV, son la diabetes, el cáncer de cabeza y cuello, la gastrectomía, la cirugía de derivación yeyunoileal, la enfermedad renal crónica dependiente de diálisis, y la pérdida de peso significativa.

Los medicamentos que suprimen el sistema inmunitario también facilitan el desarrollo de tuberculosis activa. Los pacientes que requieren inmunosupresión después de un trasplante de órganos sólidos presentan mayor riesgo, pero otros inmunosupresores, como los corticoesteroides y los inhibidores del TNF, también causan reactivación. El tabaquismo es también un factor de riesgo.

En algunos pacientes, la enfermedad activa se desarrolla cuando son reinfectados, en lugar de cuando se reactiva la enfermedad latente. Es más probable que la reinfección sea el mecanismo en áreas donde la tuberculosis es prevalente y los pacientes están expuestos a un gran inóculo de bacilos. La reactivación de la infección latente predomina en zonas de baja prevalencia. En un paciente dado, es difícil determinar si la enfermedad activa es resultado de la reinfección o la reactivación.

La TB lesiona los tejidos a través de una reacción de hipersensibilidad retardada, que provoca necrosis granulomatosa típica con aspecto histológico de necrosis caseosa. Las lesiones pulmonares suelen ser cavitarias, en especial en pacientes inmunodeficientes con compromiso de la hipersensibilidad retardada.

El derrame pleural se encuentra con menor frecuencia que en la TBC primaria progresiva, pero puede aparecer como resultado de la extensión directa de la infección o de la diseminación por vía hematogena. La rotura de una lesión tuberculosa grande en el espacio pleural puede causar un empiema con o sin fístula broncopleural, y a veces neumotórax.

En la era previa a la quimioterapia, el empiema tuberculoso podía complicar el tratamiento de un neumotórax inducido por fármacos y producía la muerte rápidamente, y también podía

hacerlo una hemoptisis súbita masiva secundaria a la erosión de la arteria pulmonar por una cavidad en vías de proliferación.

La evolución de la enfermedad varía mucho en función de la virulencia del microorganismo y de las defensas del huésped. La evolución puede ser rápida en miembros de poblaciones aisladas (p. ej., los nativos americanos) quienes, a diferencia de muchos europeos y sus descendientes americanos, no han experimentado siglos de presión selectiva para desarrollar la inmunidad innata o natural a la enfermedad. En las poblaciones europeas y estadounidense, la evolución es más silenciosa y lenta.

A veces aparece un síndrome de dificultad respiratoria aguda, que parece deberse al desarrollo de hipersensibilidad contra los antígenos del bacilo tuberculoso y se produce tras una diseminación hematógica rápida o de la rotura de una gran cavidad con sangrado intrapulmonar

### **1.3.6 FACTORES DE RIESGO**

Las siguientes personas están en mayor riesgo de tuberculosis activa o reactivación de tuberculosis:

- Los ancianos, depende de su condición de salud, ya que el sistema inmune está más propenso a contraer cualquier enfermedad, o cuenta con antecedentes de otra patología
- Los bebés ya que están predispuestos y el sistema inmune es débil
- Las personas con sistemas inmunitarios debilitados, por ejemplo, debido a VIH/SIDA, diabetes o medicamentos que debilitan el sistema inmunitario.
- Contacto cercano con pacientes con Tuberculosis Pulmonar

Así mismo el riesgo de contraer la tuberculosis aumenta:

- Si está en contacto con personas que padecen tuberculosis
- Vive en condiciones de vida insalubres o de hacinamiento.
- Padece desnutrición.



Los siguientes factores pueden incrementar la tasa de infección tuberculosa en una población:

- Aumento de las infecciones por VIH
- Cepas de tuberculosis resistentes a los medicamentos <sup>15, 16</sup>

### 1.3.7 CUADRO CLÍNICO

Alrededor del 10% de los individuos infectados desarrollan la enfermedad activa, la mayor parte en el transcurso de los dos primeros años posteriores a la adquisición de la infección.

Los principales síntomas clínicos para un diagnóstico de Tuberculosis son: Tos persistente por más de 2 semanas, en ocasiones acompañada de hemoptisis, con síntomas adicionales como fiebre vespertina o nocturna, sudoración nocturna, pérdida de peso, astenia y adinamia

- Tuberculosis primaria: es la enfermedad de los sujetos que se infectan por primera vez. En general es leve y frecuentemente asintomática. Se ubica generalmente en el aparato respiratorio inferior. Sus características principales son tos productiva crónica, fiebre en picos, sudoración nocturna, decaimiento, anorexia y pérdida de peso.
- El tubérculo puede sufrir fibrosis y calcificación, aunque algunas bacterias no proliferativas pueden persistir. De manera alternativa, una diseminación (en licuefacción) puede abrirse y descargar su contenido, creando una cavidad que puede facilitar la dispersión, a través de la vía linfática y hematogena a tejidos diversos: hígado, bazo, riñones, hueso o meninges. Los signos y síntomas dependen del órgano o tejido afectado.
- Reactivación de la tuberculosis: ocasionada habitualmente por la reactivación de microbacterias latentes en una lesión primaria (con mayor frecuencia, de origen pulmonar)<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Farreras, R. Medicina Interna. Vol. II . 13º Edición pag. 2357-2367

<sup>16</sup> Carlos Ibarra Pérez, Javier Kelly García. Enfermedades del Tórax. Premio Nacional de obras medicas 1998 de la Academia Nacional de Medicina. 1ra Edición Panamericana, mayo 1999. pag 50-79

<sup>17</sup> Carina Balasini. Infectología Crítica, Manejo de la Patología. Editorial Medica Panamericana. pag 227-240

### 1.3.8 DIAGNÓSTICO

- Historia Clínica
- Baciloscopias: Examen microscópico para la detección de bacilos ácido alcohol resistentes mediante la tinción de Ziehl–Neelsen. Sencillo y de bajo costo. Presenta baja sensibilidad, ya que se requieren a l menos 5 000 bacilos/ml de esputo para que la microscopía resulte positiva; la sensibilidad es aún menor en casos de tuberculosis extrapulmonar, cuando existe coinfección con HIV y cuando la infección es debida a microbacterias no tuberculosas. La microscopía de fluorescencia ofrece un 10% más de sensibilidad y más costosa. (WHO, 2010).
- Los hallazgos más frecuentes en telerradiografía torácica son: cavernas en lóbulos superiores, condensaciones pulmonares, derrame pleural, imagen miliar, ensanchamiento mediastinal y cavernas en lóbulos inferiores (frecuentes en inmunosuprimidos).
- Cultivo sólido o líquido e identificación de microbacterias. Aumenta la posibilidad de diagnóstico en un 30 - 50% en relación a las técnicas de microscopía. Evidentemente es un método más complejo y requiere de medidas de bioseguridad. Pacientes que presenten dos series de tres baciloscopías negativas, sujetos con VIH/SIDA, pacientes con TB extrapulmonar, con fracaso al tratamiento, recaída o segundo abandono al tratamiento.
- Pruebas bioquímicas y moleculares. Pruebas de diagnóstico rápido.
- Pruebas de susceptibilidad a fármacos (DST - siglas en inglés) de 1a. y 2a. línea

### 1.3.9 TRATAMIENTO

Los fármacos de primera línea son: isoniacida, rifampicina, etambutol, estreptomicina y pirazinamida. De acuerdo a los lineamientos contemplados por la OPS y la OMS, debe emplearse el Tratamiento cortado Estrictamente Supervisado (TAES o DOTS.)

La resistencia a drogas antituberculosas, la MDR (multi-fármaco-resistencia), inicialmente por tratamientos incompletos o inadecuados y que evolucionó finalmente como mutaciones cromosómicas en genes blanco (resistencia a isoniacida, rifampicina y en menor proporción al etambutol), representan un severo problema para el control de la tuberculosis. <sup>18</sup>

La resistencia a drogas antituberculosas, la MDR (multi-fármaco-resistencia), inicialmente por tratamientos incompletos o inadecuados y que evolucionó finalmente como mutaciones cromosómicas en genes blanco (resistencia a isoniacida, rifampicina y en menor proporción al etambutol), representan un severo problema para el control de la tuberculosis.

Fármacos	Presentación	Dosis diaria:			Dosis intermitentes (a)		Reacciones adversas
		Niños mg/kg peso	Adultos mg/kg peso	Dosis máxima/día	Niños mg/kg	Adultos dosis total máxima	
<b>Isoniacida (H)</b> Inhibe la biosíntesis ácido micólico de la membrana micobacteriana	Comp. 100 mg	10 – 15 mg	5 - 10 mg	300 mg	15-20 mg	600-800 mg	Neuropatía periférica Hepatitis
<b>Rifampicina (R)</b> Inhibe la síntesis del ARN bacteriano	Caps. 300 mg Jarabe 100 mg x 5 ml	15 mg	10 mg	600 mg	15 - 20 mg	600 mg	Hepatitis Hipersensibilidad Interacciones medicamentosas
<b>Pirazinamida (Z)</b> Bactericida frente a M. tuberculosis	Comp. 500 mg	25 – 30 mg	20 - 30 mg	1.5 - 2 g	50 mg	2.5 g	Gota Hepatitis
<b>Estreptomina (S)</b> Bactericida, inhibe la síntesis proteica bacteriana a nivel de subunidad 30s ribosomal	Fco. Amp. 1 g	20 – 30 mg	15 mg	1 g	18 mg	1 g	Vértigo Hipoacusia Dermatosis
<b>Etambutol (E)</b> Quimioterápico de 1ra línea activo frente al género Mycobacterium	Comp. 400 mg	20 – 30 mg	15 - 25 mg	1200 mg	50 mg	2400 mg	Alteración de la visión

Fuente: NOM-06-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

<sup>18</sup> Ferri M.D F. A C.P. Diagnóstico y Tratamiento de Medicina Interna. Versión Española de la 1ra edición MCMXCIX by Ed. Harcourt. Océano Tred Mosby -Year Book, Inn. pag 507

### 1.3.10 COMPLICACIONES

Cuando se manifiesta dando una enfermedad primaria o postprimaria lo más frecuente es que evolucione a la curación, pero en un 5% de los casos pueden quedar secuelas y/o complicaciones tanto en el pulmón como en otros órganos, las cuales se dividen en leves y graves<sup>19</sup>

Complicaciones leves:

- Tuberculoma,
- Cicatrices,
- Cavidades y micetoma)

Complicaciones graves se subdividen en:

- Lesiones parenquimatosas (destrucción pulmonar y carcinoma broncogénico);
- Lesiones de la vía aérea (bronquiectasias, estenosis traqueobronquial y broncolitiasis); lesiones vasculares (arteritis pulmonar o bronquial, trombosis, dilatación de arterias bronquiales y aneurisma de Rasmussen);
- Lesiones mediastínicas (adenopatías calcificadas, fístulas esofagomediastínicas o esofagobronquiales, pericarditis constrictiva y mediastinitis fibrosante)
- Lesiones pleurales (empiema crónico, fibrotórax, fístula broncopleural y neumotórax); lesiones de la pared torácica (espondilitis tuberculosa, TBC costal y complicaciones asociadas a empiema crónico).<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud [internet] 23 marzo 2000, Disponible en <https://bit.ly/2TClovk>

<sup>20</sup> L. Heymann. El control de las enfermedades transmisibles. Edición 18 Organización Panamericana de la Salud. pag175-183

## CAPITULO II

### 2. NIVELES DE ATENCION A LA SALUD EN MEXICO

Se definen como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

Se ha procedido a la reestructuración del sector, inclusive sus relaciones con la seguridad social, a la reorientación del financiamiento para perfeccionar el sistema distributivo de los servicios de salud, así como a la participación de la comunidad en el mejoramiento de su bienestar y en la producción de servicios de salud.<sup>21</sup>

Las políticas de enfermería se encuentran enmarcadas en este nuevo enfoque de la salud ya que esta profesión reconoce los principios de cooperación interdisciplinaria, las bases del trabajo en la colectividad y en el equipo de salud y, por lo tanto, tiene un gran potencial en todos los programas de atención en los diversos niveles y en la articulación de los servicios de salud con el sistema tradicional de atención a la comunidad.

La atención primaria es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud pues abarca factores sociales y de desarrollo y su eficaz aplicación influye en el funcionamiento del resto del sistema de salud. Cuanto mayor sea el estado de salud de la población, más probable será que esa población contribuya al desarrollo social y económico; desarrollo que a su vez facilita los nuevos recursos y la energía social que favorece el desarrollo de la salud.

La puesta en práctica de la Atención Primaria con un enfoque global será la estrategia indicada para el mejor aprovechamiento de los recursos de enfermería, ya que ofrece grandes afinidades con las características de esta ocupación.

La naturaleza interdisciplinaria propia de la enfermería incluye la prestación de cuidados primarios de salud, entendidos estos en sus diversas modalidades, tales como la atención de las necesidades básicas del ser humano; la atención en el primer contacto, al entrar al sistema de salud, así como la ayuda que se proporciona a las personas, los grupos y la

---

<sup>21</sup> UNAM Niveles de Atención en México [Internet] 2013-2018 [Consultada 08 Enero 2018] [70] Disponible en <https://bit.ly/2SbbmAR>

comunidad para desarrollar la capacidad de autodeterminación en relación con sus problemas de salud.

La enfermería es una profesión con un gran potencial que todavía no se ha explorado en su totalidad, ya que está encaminada a atender las necesidades de expansión de los servicios básicos de salud. El ejercicio profesional de las enfermeras se caracteriza por desarrollar actividades de mayor o menor complejidad, las cuales son desempeñadas por diversas categorías de personal, lo que facilita su adecuación al modelo de atención a la salud que se pretende seguir.<sup>22</sup>

## **2.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Es el más cercano a la población, por ser el primer contacto. Las acciones deben tener calidad uniforme ser capaces de atender cuanto menos 70% de los problemas que se presenten en el sistema. Resuelve las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser mediante actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

Las medidas en este nivel están orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SS) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos. Son el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se atiende y resuelve 80% de los padecimientos.

---

<sup>22</sup> Dr. Vignolo Julio Niveles de atención en México [internet] 2011: Archivo Medicina Interna. Prensa Medica Latinoamericana pag 11-14 Disponible en: <https://bit.ly/2f6xOHE>

En estos centros de atención se implementan las medidas preventivas de salud pública, y se detectan las enfermedades que son frecuentes y extendidas como el cáncer de mama, cérvico uterino o de próstata, así como las enfermedades que se manifiestan en amplios grupos humanos, como diabetes, obesidad e hipertensión, atención al niño sano, adulto mayor.

Actividades:

- a) Conocimiento del estado de salud individual, familiar y comunitario.
- b) Orientación y capacitación de la población, mediante la conformación de grupos:
  - Adultos (comités de salud)
  - Grupos juveniles
  - Embarazadas y madres en periodo de lactancia
  - Mujeres en edad fértil
  - Escolares
- c) Nutrición
  - Orientación nutricional
  - Alimentación complementaria a menores de cuatro años, embarazadas y madres en periodo de lactancia.
- d) Promoción para el saneamiento. Apoyo a la vigilancia y control sanitario del medio ambiente.
  - Detección y referencia de problemas de control ambiental.
- e) Control de enfermedades prevenibles por vacunación.
  - Vacunación a menores de 5 años y grupos expuestos a alto riesgo.
- f) Detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas
- g) Control y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles
- h) Consulta médica general por grupos de edad, que comprenden:
  - A enfermos
  - A sanos
  - Planificación Familiar
  - Control del embarazo
  - Detección de incapacidades y referencia para su rehabilitación
  - Atención y referencia de urgencias médico-quirúrgicas.
- i) Atención odontológica a grupos prioritarios y atención de urgencias

- j) Capacitación y adiestramiento a personal auxiliar de la comunidad.
- k) Referencia
  - De pacientes al Hospital General
  - Estudios de laboratorio y gabinete
  - Problemas de control sanitario y ambiental al centro jurisdiccional de administración en salud.
  - Para notificación y control epidemiológico al centro jurisdiccional.<sup>23</sup>

## **2.2 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

Este nivel dispone de un conjunto de recursos organizados para atender los problemas que le sean referidos por el primer nivel para ello se debe contar con capacidad para atender y resolver los problemas medico quirúrgicos que se presentan aproximadamente en 12% de los casos totales.

Está conformado por hospitales generales, que no tienen alta especialidad y solo contempla los servicios básicos: Servicio de Urgencias, Cirugía General, Medicina Interna, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Servicio de Pediatría, se agrega el de Neonatología para la atención al recién nacido, la Unidad de Cuidados Intensivos y la Consulta Externa, área para los servicios de Laboratorio y Gabinete

Corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de Referencia que se localizan en la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional. En el segundo nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel de atención que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación.

Se aplican los métodos de diagnóstico: exámenes clínicos, estudios radiográficos, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas como cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, etcétera, de acuerdo con la necesidad de los pacientes. Cuando la enfermedad presenta manifestaciones físicas y se hacen evidentes los signos y síntomas

---

<sup>23</sup> Barquín, M "Niveles de complejidad de la atención a la salud". 6ª edición. México: Editorial Interamericana- McGraw-Hill, pag 25-35



se debe realizar el tratamiento oportuno para limitar el daño y recuperar la salud. Para ello se recurre, de ser necesario, a la internación, al tratamiento quirúrgico o clínico específico.

### **2.3 TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

Es la red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología. Aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas. En este nivel de atención tiene como objeto resolver el 8% restante de la demanda total de consulta y la hospitalización de alta especialidad y requiere servicios muy complejos. En ellos se atiende a los pacientes que remiten los hospitales de segundo nivel. Son los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), los Institutos Nacionales de Salud, que se concentran en su mayoría en la Ciudad de México, y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de los cuales existen actualmente seis en distintas regiones del país.

Tiene las siguientes características:

- Atiende problemas de salud poco comunes
- Asisten pacientes, a los que se les proporciona atención episódica, en gran mayoría referidos por otros niveles de atención
- Emplea tecnología compleja y muy especializada
- Requiere de personal altamente especializado en áreas específicas
- Realiza investigaciones biomédicas y de salud pública
- Forma especialistas en las áreas propias del hospital
- Estudia, controla y ordena los factores ambientales que repercuten en la salud humana<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Coordinación General en la Población” bases Conceptuales. Descripción del Sistema de Servicios de salud según Nivel de Atención “en sistemas de Servicios de Salud. México 1981 pag 15-43

## **CAPITULO III**

### **3. MARCO LEGAL Y NORMATIVO**

#### **3.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

##### Capítulo I De los derechos Humanos y sus Garantías

La Nación Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos costumbres, recursos y formas específicas de organización social y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del estado. En los juicios y procedimientos en que aquellos sean parte se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley.

El artículo 4° Constitucional, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y reglamenta la Ley General de Salud, que contempla las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.<sup>25</sup>

#### **3.2 LEY GENERAL DE SALUD**

##### **Título Primero**

##### **Disposiciones Generales**

##### **Capítulo Único**

**Artículo 3°** Se entiende por materia de Salubridad general Fracción XII. La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, y aquellas atribuibles al tabaquismo y en la Fracción XVI La prevención de enfermedades no transmisibles y accidentes.

---

<sup>25</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [internet] consulta 28 agosto 2018 Disponible en: <https://bit.ly/2PH7E1i>

## **Título Segundo Sistema Nacional de salud**

### **CAPITULO I Disposiciones Comunes**

**Artículo 6°** El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos.

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde a la edad, sexo, y factores de riesgo en las personas; IX. Promover el desarrollo de los servicios de salud con base en la integración de las tecnologías de la información y las comunicaciones para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención a la salud.

### **CAPITULO III. Prestadores de Servicios de Salud**

**Artículo 37°** Son los servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, los prestados por estas a las personas que cotizan o a las que hubieran cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del ejecutivo federal presten las instituciones a otros grupos de usuarios.

## **TITULO OCTAVO**

### **CAPITULO II**

#### **ENFERMEDADES TRASMISIBLES**

**Artículo 134°** La secretaria de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica de prevención y control de las siguientes enfermedades trasmisibles:

- I. Cólera, fiebre tifoidea, paratifoidea, shigelosis, amibiasis, hepatitis virales y otras enfermedades infecciosas del aparato digestivo;
- II. Influenza epidémica, otras infecciones agudas del aparato respiratorio, infecciones meningocóccicas y enfermedades causadas por estreptococos;

- III. Tuberculosis;
- IV. Difteria, tosferina, tétanos, sarampión, poliomielitis, rubeola y parotiditis infecciosa;
- V. Rabia, peste, brucelosis y otras zoonosis. En estos casos la Secretaría de Salud coordinará sus actividades con la de Agricultura Ganadería y Desarrollo Rural
- VI. Fiebre amarilla, dengue y otras enfermedades virales transmitidas por artrópodos;
- VII. Paludismo, tifo, fiebre recurrente transmitida por piojo, otras rickettsiosis, leishmaniasis, tripanosomiasis, y oncocercosis;
- VIII. Sífilis, infecciones gonocócicas y otras enfermedades de transmisión sexual;
- IX. Lepra y mal del pinto;
- X. Micosis profundas;
- XI. Helmintiasis intestinales y extraintestinales;
- XII. Toxoplasmosis;
- XIII. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y
- XIV. Las demás que determinen el Consejo de Salubridad General y los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

**ARTÍCULO 135°** La Secretaría de Salud elaborará y llevará a cabo, en coordinación con las instituciones del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas, programas o campañas temporales o permanentes, para el control o erradicación de aquellas enfermedades transmisibles que constituyan un problema real o potencial para la salubridad general de la República.<sup>26</sup>

### **3.3 NOM-006-SSA2-1993 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD**

Esta Norma tiene como objetivo uniformar los criterios, estrategias, actividades, procedimientos, y técnicas operativas del Sistema Nacional de Salud, en relación a las medidas preventivas y de control aplicables a la tuberculosis a nivel de la atención primaria de la salud, en ella encontraremos definiciones y especificaciones en términos, la

---

<sup>26</sup> Ley General de Salud [internet] 2013-2018 [Consulta 08 enero 2018] [71] Disponible en <https://bit.ly/2R5gBSj>

clasificación de la tuberculosis, las actividades y medicamentos tuberculosos y la infección por VIH y tuberculosis para poder ser aplicable <sup>27</sup>

### **3.4 PLAN NACIONAL DE SALUD 2013-2018**

En el marco del Plan Nacional de Salud, la tuberculosis se considera un problema de Salud Pública, que requiere atención prioritaria. El Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis se encuentra en la segunda estrategia sustantiva: ***"Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres"***.

El cual tiene como uno de sus propósitos fundamentales identificar de manera oportuna a los enfermos de tuberculosis pulmonar y garantizar el tratamiento sin costo para el paciente. Para lograr lo anterior el Programa integra 9 componentes, 3 sustantivos orientados a la atención personal y 6 estratégicos que fortalecen las acciones de los servicios de salud, estos se apoyan en 18 líneas estratégicas a desarrollar por el Sistema Nacional de Salud, que permitan disminuir el riesgo de morir por esta causa o de contagiar a otros. <sup>28</sup>

### **3.5 PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2013-2018**

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Como documento sectorial rector, establece seis objetivos y para el logro de los mismos se definen 39 estrategias y 274 líneas de acción.

Donde en la Estrategia 1.3. Habla de Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes y en la Línea de acción: 1.3.7. Encontramos Promover la participación del personal de salud y de la población para detección y tratamiento oportuno de la Tuberculosis<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Ídem 16

<sup>28</sup> Ídem 1

<sup>29</sup> Programa Sectorial de Salud [internet] 20 mayo 2013 Consultado 04 octubre 2018 Disponible en <https://bit.ly/23Sdy1n>

### **3.6 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN TUBERCULOSIS PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Es un instrumento de consulta práctico, que facilita la participación de los profesionales de enfermería, en la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento en las personas afectadas por tuberculosis, así como a sus contactos, con base en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

En este documento se especifican las funciones de Enfermería en la Red de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), cuyo objetivo es facilitar la participación de los profesionales de enfermería en la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento en las personas afectadas por tuberculosis, así como a sus contactos.

Pretende ser una red de enfermería reconocida por su liderazgo y contribución eficiente en la lucha contra la tuberculosis que desempeña sus funciones con entusiasmo, responsabilidad, disciplina y servicio, fortaleciendo la coordinación interinstitucional y en grupos existentes en la comunidad, con un evidente sentido de pertenencia y cohesión de sus integrantes, con la finalidad de alcanzar un “México Libre de Tuberculosis”.

En el manual encontramos que se realiza una valoración al paciente en base a Virginia Henderson, para poder llevar un seguimiento y continuar con la prevención, la promoción, detección y diagnóstico oportuno, así como también el tratamiento y la atención integral a pacientes con alguna otra patología, y la continuación con la vigilancia epidemiológica <sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Ídem (2)

## **CAPITULO IV**

### **4 MARCO DISCIPLINAR DE ENFERMERÍA**

#### **4.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUIDADO**

Cuidar es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. Sin embargo, a través del tiempo, el cuidar se ha convertido en la función exclusiva de un gremio, al cual algunos le llaman oficio y otros, espero la mayoría, le llamamos profesión de enfermería.

Para Marie Françoise Collière “Cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades” “cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida”, estos conceptos nos hacen reflexionar sobre cómo a través del tiempo se necesitaron hombres y mujeres que de forma natural y espontánea desarrollaron esta actividad, incorporando conocimientos y sabiduría transmitidos generación tras generación, situación a la que Juana Hernández Conesa define como la cosmovisión del cuidado, en donde convergen las dimensiones histórico-antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería.

Desde el punto de vista de Patricia Benner, el cuidado determina lo que puede ser percibido o conocido por una persona y se dirige hacia la respuesta individual determinada por su mundo vivencial, es decir, los cuidados deben proporcionarse individualmente, tomando en cuenta los factores de condicionamiento básico de cada persona los cuales incluyen su historia, su cultura, sus creencias, su espiritualidad y el medio socioeconómico en el que viven, por lo tanto practicar el cuidado es entrar al mundo vivencial de cada individuo o cada comunidad.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Cuidado y tipos de cuidado según Collière [internet] [consulta 08 Enero 2018][79] Disponible en <https://bit.ly/2QcUxYR>

## 4.2 DEFINICIÓN DE CUIDADO

La noción del cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a través de otro ser vivo. El término deriva del verbo cuida (del latín coidar)

El fenómeno del “cuidado” ha existido desde siempre. Originalmente asociado al problema del mantenimiento de la vida, hoy se alza como una actividad profesional que combina los conocimientos de la técnica con principios de prudencia derivados del precepto fundamental de respeto por la vida y dignidad de la persona, para así conseguir una adecuada planificación, organización y control de la provisión de los tratamientos más oportunos, seguros y eficaces para la recuperación del enfermo. Pese a sus fundamentos “naturales”, el cuidado profesional no se identifica con el cuidado humano en general.

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orienta a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue la gestión del cuidado incluye también la creación de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, sobre su experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario). La enfermera debe realizar el diagnóstico de enfermería que resuma la respuesta de la persona a su experiencia en salud y la causa de esta respuesta.

La planificación de las intervenciones requiere de la ciencia y el arte de enfermería, que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado. Por ejemplo, el cuidado ofrecido a una persona en un entorno donde la tecnología es cada vez más sofisticada, como en las unidades de cuidado intensivo, necesita que la enfermera centre ante todo su atención en la persona para la que se han indicado las medidas especializadas.



La enfermera debe ofrecer un cuidado humanizado. Dar prioridad a la persona antes que, a las rutinas de la organización del trabajo, si es necesario modifica el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos. Una enfermera que conoce bien a la persona y su contexto de vida puede facilitar las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud y de los servicios con que se cuenta.<sup>32</sup>

El propósito de la Enfermería es decidir el mejor curso de acción para la recuperación del enfermo, en el momento indicado, en el lugar que debe ser y con las personas indicadas. En este sentido, el ejercicio de la Enfermería tiene las dificultades propias de la praxis: en el mundo de la salud existe contingencia y cambio. Nunca una enfermedad es igual a la otra, porque los sujetos son todos distintos y tienen historias y experiencias diferentes.

En este esfuerzo por dar una solución adecuada a la dolencia del enfermo, el profesional del cuidado debe conjugar aspectos técnicos con elementos históricos, emocionales y experienciales, incluso con cuestiones religiosas. Para esto no existe una pauta o receta magistral. El enfermero ha de aplicar sus conocimientos con la mayor diligencia posible, aspirando en todo caso a la promoción del bienestar integral de su paciente

El cuidado enfermero representa un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo a sus problemas de salud, reales o potenciales. A causa de ese juicio, como señala NANDA-I 2008, el enfermero será responsable de la monitorización de las respuestas del paciente, de la adopción de decisiones que culminarán en un plan de cuidados y de la ejecución de los cursos de acción resueltos como los más pertinentes, incluyendo la colaboración interdisciplinaria y la derivación del paciente a otras unidades, si fuera necesario.

### **4.3 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico. Para ello se han tomado como referente las cuatro etapas descritas por Collière en su libro Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería (Collière, 1993).

---

<sup>32</sup> Marie Françoise Gillière. Promover la vida. Edición 2da. Editorial Mc Graw Hill. pag 211-218

**Etapa doméstica** Buscar el origen de los cuidados lleva a situarse en el periodo más prolongado de la historia de la humanidad y conocer cómo vivían los primeros hombres que poblaron la tierra. La prehistoria es el periodo que abarca desde la aparición del hombre hasta el inicio de escritura y se divide en varios periodos: paleolítico, donde se dedicaban principalmente a la caza y Vivían agrupados como mecanismo de defensa ante las adversidades del medio; El mesolítico, donde se produce una transición de hombre nómada cazador esencialmente a una organización social que conoce la agricultura y la cerámica y que vive sedentariamente en un lugar fijo y el neolítico, que se caracteriza por el paso hacia una comunidad productora (periodo también denominado Revolución neolítica). por ser la mujer en cada hogar la encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, se desarrolla en el período histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano.

**Etapa vocacional** Surge con el inicio del cristianismo y se prolongaría hasta los inicios de la etapa contemporánea. La evolución del cuidado enfermero, se encuadra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, momento en que el concepto de salud-enfermedad adquiere un valor religioso, hasta el final de la Edad Moderna.

Nacen las primeras cuidadoras conocidas como diaconisas las más reconocidas Febe y Olimpia, viudas, vírgenes, matronas romanas

Se fundaron organizaciones de tres tipos: Ordenes Militares, Religiosas y Seglares.

**Militares:** Se le denomino la orden Hospitalaria porque fundaron muchos hospitales en el camino de las peregrinaciones. Su aporte fue la jerarquización de los servicios enfermeros y la importancia de los uniformes, se conoce poco sobre la labor de atención a los enfermos de este grupo, ya que la historia hace más énfasis en los aspectos militares.

**Religiosas:** Surgieron como respuesta a la rápida propagación de enfermedades epidémicas dando lugar a la tendencia de la agrupación social para las labores de atención al enfermo y el trabajo en la comunidad

**Seglares:** Se encontraban conformadas por personal semi-religioso. Fundamentalmente realizaron cuidados en la comunidad a enfermos, pobres, huérfanos y abandonados. Como aportación a la enfermería se destaca: la secularización del cuidado y la libertad en el trabajo

de la comunidad. Todo esto se conoce como la *Época Oscura de la Enfermería*, coincidiendo con el inicio del Mundo Moderno.

**Etapa técnica** Se relaciona con el concepto de la salud como lucha contra la enfermedad. En esta etapa se pierde de gran manera la influencia de la religión sobre la enfermería. Los servicios de salud liderados por los médicos empiezan a exigir a la enfermera especialización en técnicas curativas restándole importancia a la atención del enfermo como persona. se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, pues paso de ser una tarea de caridad a ser más profesional y buscando remuneración en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico.

**Etapa profesional** En esta etapa la profesión se da en las universidades y el cuidado del enfermo integra un conjunto de actividades para su bienestar físico y la adaptación a su entorno. Salud es equilibrio entre los individuos y su ambiente, se centra en el concepto holístico de las personas. La atención supone la intervención de diferentes profesionales (equipo multidisciplinar) El papel de la mujer ha evolucionado con las exigencias de la sociedad, la mujer ahora trabaja dentro y fuera del hogar. Por fin tiene “los mismos” derechos que el hombre y puede acceder a cualquier profesión. en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero y desde un punto de vista cronológico comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días.<sup>33</sup>

#### 4.4 TIPOS DE CUIDADO

El Cuidado que se ofrece no es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados. Se diferencian de acuerdo con las funciones de la vida.

---

<sup>33</sup> Catalina García Martín – Caro, María Luisa Martínez Marín. Historia de la Enfermería (Evolución Historia del cuidado Enfermero). Editorial MMI ELSEVIER.pag12-14

- **Care:** cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.

- **Cure:** cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno (Colliere,1996).

Es importante enfatizar que estos dos tipos de cuidados deben mantener un equilibrio permanente en la práctica, ya que cuando prevalecen los cuidados de Cure (curación), se van aniquilando progresivamente los cuidados de Care y con ello la motivación de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan sus fuentes de energía vital necesaria, pues se descuida también su afectividad, espiritualidad.

#### **4.5 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA**

La enfermería es una disciplina, ya que ella es una rama del conocimiento que se enseña en facultades o departamentos de universidades o instituciones de educación superior. Pero para poder actuar con discernimiento, con criterio “profesional”, necesitamos una fuerte argumentación conceptual, trabajar sobre nuestro objeto epistémico, profundizar en las tres dimensiones, cuya comprensión es esencial para el estudio de nuestra identidad: El ser, El saber y El hacer.

**El ser** refiere a nuestro Ethos, a su indagación filosófica, al humanismo que tiende a la comprensión de la sociedad en que vivimos; es la “actitud ante la vida o posición existencial dentro de la cual se debe desenvolver el desarrollo disciplinar y de servicios humanos”

**El saber** (conocer), tiene que ver con la claridad teórica y metodológica; con la disciplina, la cual se refiere al “campo científico en el que se investigan determinados aspectos de la realidad con el propósito de generar, utilizar y difundir el conocimiento.” (Trujillo, 1986).

**El hacer** (ó el quehacer), es el ejercicio profesional, que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población. Este desempeño ha venido evolucionando simultáneamente con los componentes teóricos e investigativos que configuran una disciplina en desarrollo.

Un aspecto importante a considerar es el hecho de que enfermería tiene tanto aspectos científicos como aspectos afines con las artes; tal vez por ello, se la había considerado como una técnica, pero los esfuerzos que se están haciendo por profundizar en temas como la teoría del conocimiento y el producir teorías y tecnología de enfermería que den solución a los problemas del quehacer diario, nos constituyen en una disciplina profesional. Al considerar a enfermería como una disciplina profesional, su conocimiento debe orientarse a dar sustento y respuesta a las necesidades de la práctica. Si los conocimientos que genera la disciplina no suplen las necesidades de la práctica no habrá un desarrollo coherente y que permita la evolución de la profesión. Sin embargo, la disciplina debe gobernar la práctica clínica en lugar de ser definida por ésta.

Es aquí donde se necesita tanto a la enfermera que crea la teoría como a la que se desempeña brindando directamente atención, ya que cada una desde su ámbito contribuye al desarrollo de enfermería. Como dice Jacobs (1978), “nadie puede pretender encarnar la totalidad de enfermería: ser practicantes y académicos a la vez, esto sólo se puede lograr colectivamente.”

Ya que el profesional de enfermería se mueve en un campo del conocimiento que le es propio, el cual combina las dimensiones disciplinarias y de prestación de servicios, contextualizadas de acuerdo a una visión humanista de la realidad; esto significa que debemos profundizar en los análisis filosóficos (u ontológicos), los epistemológicos, los metodológicos y los de aplicación práctica.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Ana Luisa Velandia Mora/El cuidado de enfermería como objeto de estudio/ [internet conferencia Oficial en el Primer Congreso sobre Investigación en Enfermería. Puebla: septiembre 22 de 2000 [Consulta 08 enero 2018] Disponible en <https://bit.ly/2r1u2Y3>

## 4.6 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA

### DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

#### CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Sus funciones esenciales son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.<sup>35</sup>

**LA ASOCIACIÓN NORTEAMERICANA DE ENFERMEROS** declara desde 1987, en un documento denominado «Nursing: A Social Policy Statement», a la enfermería como: «El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales».

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí aparecen nuevos modelos, cada uno de los cuales aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, y con la publicación del libro «Notas de Enfermería» de Florence Nightingale en 1859 se sentó la base de la enfermería profesional la definía como “la encargada de la salud personal de alguien... y lo que la enfermería tiene que hacer...es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.

Recientemente se ha definido como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano. Se reconoce que enfermería es una disciplina profesional porque está constituida esencialmente de dos partes: un componente disciplinar y un componente profesional.

---

<sup>35</sup> Definición de enfermería consejo internacional de Enfermeras [internet] 11 junio 2008 [consulta 08 enero 2018] Disponible en <https://bit.ly/2AgSMzE>

Es decir, la disciplina de enfermería está conformada por la ciencia de enfermería que agrupa el cuerpo de conocimientos científicos que guía la práctica y por los fundamentos profesionales que son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y los fundamentos históricos filosóficos de la profesión y de la práctica profesional. Por lo tanto, enfermería como disciplina tiene una mayor amplitud que la ciencia de enfermería, más que en su objetivo metodológico de investigación.<sup>36</sup>

#### 4.6.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

El concepto de profesión, es habitualmente asociado en el colectivo social a un título que es obtenido a través de estudios superiores.<sup>37</sup>

Según la definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, profesión proviene del latín *professio-onis* acción y efecto de profesar. Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución.

Según *Colliere*, los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos.<sup>38</sup>

Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Después de la edad media, los cuidados serán ejercidos por mujeres de clase baja y de dudosa reputación. En este período todas las labores relacionadas al cuidado eran consideradas una ocupación inferior e indeseable.

Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora- auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los

---

<sup>36</sup> Asociación Norteamericana de Enfermeros [internet] [consultado 08 enero 2018] Disponible en <https://bit.ly/2R7KhOX>

<sup>37</sup> Burgos Moreno Mónica, Paravic Klijn Tatiana. Enfermería como profesión. Revista Cubana Enfermería [Internet]. 2009 Jun [citado 2018 Nov 05]; 25(1-2). Disponible <https://bit.ly/2DTQlHw>

<sup>38</sup> Margarita Cárdenas Jiménez, Rosa Marilis Zarate Grajales/Documento de La enfermería como disciplina profesional ENEO. UNAM

conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas.

Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Esta se realizaba en hospitales con instrucción entregada por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence eleva la condición de cuidadora tan deteriorada hace algunos años. Sin embargo, éstas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño

Consideraciones respecto a las características de la profesión de enfermería.<sup>39, 40</sup>

1.- Es intelectual se basa en conocimientos.

- Posee una cultura general, y cuenta con un conjunto de conocimientos en el que se fundamenta la práctica de la profesión. (Modelos y Teorías de Enfermería).
- Emplea el método científico en la práctica, educación e investigación, que constituyen la base para que la enfermería realice una aportación importante a la sociedad.
- Utiliza los conocimientos con pensamiento analítico, crítico y creativo.
- Posee un bagaje de conocimientos y habilidades distintos al de otros profesionales de la salud.

2.- Es práctica.

- El rol de enfermería no es estable, sino que cambia con las estructuras sociales, por lo que deberá crear formas propias en el ejercicio de su profesión.

3.- Es académica.

- La práctica de enfermería de alto nivel se caracteriza por la solidez de su formación teórica y práctica

---

<sup>39</sup> Ledesma. P.MC. La enfermería como profesión. ed. 1ª Editorial. Uthea Noriega editores. México 1999. Pp. 13-16

<sup>40</sup> Ídem 32



- Es necesario que colaboren con los demás profesionales del área de la salud para mejorar la calidad de la atención a los usuarios, por lo que requieren de una amplia educación de alto nivel académico.

#### 4.- Habilidad técnica que se basa en principios generales.

- Su práctica se apoya en principios o bases científicas, que con frecuencia se derivan de hechos o propuestas teóricas aceptables de otras disciplinas.
- Posee una educación diversificada de las diferentes áreas de la especialidad; posee además criterio y pericia basados en el conocimiento de principios científicos.
- Requiere de bases científicas que guíen la práctica y a su vez proporcionen la base para la legitimidad y autonomía de la profesión.

#### 5.- Tiene bases éticas

- El profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos-científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.<sup>41</sup> Desde las escuelas Nightingale era un requisito para las postulantes una disciplina y conducta intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Association Nursing American (ANA) en 1950. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código Internacional de Ética para Enfermeras en 1953. Actualmente el CIE establece las normas y valores de la actividad del profesional de enfermería a través del Código Deontológico, el cual consta de cuatro elementos importantes que ponen en relieve la conducta ética; enfermería y las personas, enfermería y la práctica, enfermería y la profesión, y enfermería y sus compañeros de trabajo.

#### 6.- Tiene organización interna.

- Esta profesión como todas, reconoce la autoridad de un grupo profesional, que establece las normas de conducta y actuación. Ha de ser coherente en sí misma, tener un alto

---

<sup>41</sup> Secretaría de Salud. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Comisión Interinstitucional de enfermería. México 2001

sentido de gremio y de identidad profesional, asumiendo la responsabilidad que lleva al logro de los objetivos de la profesión

7.- Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional, de sus actividades profesionales.

- La enfermería como profesión, controla sus propias funciones en el ambiente de trabajo.
- El ejercicio libre de la profesión implica independencia y responsabilidad de los propios actos.
- Mediante sus cuerpos colegiados, busca y mantiene la autodeterminación y su propia reglamentación.

8.- Es eminentemente social:

El propósito de la enfermería consiste en ayudar a que las personas conserven su salud para que puedan desempeñar sus actividades. Dicha disciplina abarca la promoción de la salud: mantenerla y restaurarla, y el cuidado al enfermo, lesionado, a pacientes terminales y moribundos.

#### **4.6.2 ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA**

La Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta.

La disciplina es un conjunto de conocimientos rigurosos y semánticos sobre determinada materia, en donde se explica, describe, analiza y contiene conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares, pero con independencia de ellas.<sup>42</sup>

La disciplina de enfermería se fundamenta en una base de conceptos propios construidos a partir de 1952, año en el que presento el trabajo Hildegard Peplau, considerando como la

---

<sup>42</sup> Cárdenas, M., Zarate, R. La enfermería como disciplina profesional. ENEO.UNAM.

primera Teoría de Enfermería. Durante este trayecto de desarrollo conceptual se han tenido diferentes enfoques: Análisis Filosófico sobre el origen y la responsabilidad de Enfermería; debates conceptuales sobre el *ser y el quehacer* profesional; el concepto de hombre y su entorno; el proceso salud-enfermedad, entre otros.

Las disciplinas se caracterizan por lo siguiente (Burgos y Paravic,2009)

**1. Posee un cuerpo de conocimiento sistémico y relacionado:** La enfermería como ciencia, ha evolucionado a la par de las diferentes corrientes de pensamiento que han ocurrido a lo largo de la historia provocando situaciones de cambio. A mediados del siglo pasado es cuando se identifica claramente un proceso de consolidación como disciplina profesional, sustentada por una serie de investigaciones y aportaciones teóricas que le han dado solidez sináptica.

La ciencia enfermera se caracteriza por un conjunto de conocimientos que le dan trascendencia a su objeto de estudio, es decir, el cuidado; un método el cual tiene unicidad con la singularidad de cada sujeto y un lenguaje científico.

**2.- Se han establecido formas de conocimiento propias que son:**

- El **conocimiento empírico** indica el desarrollo teórico a partir del trabajo empírico, generando interrogantes sobre las prácticas de cuidado: teorizando sobre ellas, a través de metodologías investigativas que permitan la indagación, reflexión, explicación e interpretación a través de metodologías como la inducción o la deducción. Este da la pauta para construcción de teorías científicas y modelos.
- El **conocimiento ético o conocimiento moral** (Duran de Villalobos, 2005) guía la práctica de la enfermería, permite indagar las formas en que las personas asumen valores como la salud, el respeto, la dignidad, el amor, la autoestima; en suma, lo que es moralmente correcto para el bienestar de las personas. Se basa fundamentalmente en el respeto a la vida en el servicio a las personas o grupos, y a la capacidad que tienen que decidir sus acciones para el bienestar.
- El **conocimiento estético**, sostienen que el arte de la enfermería es la resultante de la interacción de la enfermera y la persona, en donde la enfermera hace abstracciones de la realidad de la persona, y esta última, hace una percepción de sí misma para significar dicha realidad, para darle sentido a sus necesidades de salud

a través de la objetivación, y así establecer la acción cuidativa orientada hacia el bienestar de la persona. Este se desarrolla a partir de posibilidades imaginativas, creativas, la narración oral y la formación de elementos del arte en realidades concretas donde se crean representaciones de las posibilidades.

- El **conocimiento personal**, considera lo subjetivo, interpersonal, existencial la experiencia interior, apropiada, total, consiente y autentica, en donde se reconocen las actitudes, aptitudes, capacidades y potencialidades que tienen las personas que cuidan para reconocer de la que misma manera a las personas cuidadas como un todo.

**3.- El Conocimiento se funda en los paradigmas científicos:** En este sentido se identifican tres paradigmas de la ciencia que han tenido influencia en la construcción disciplinar de enfermería:

a) Paradigma positivista o empírico analista

Fue acuñado en el siglo XIX por August Comte, para designar el conocimiento científico, punto culminante del saber humano. Afirma que en la realidad existe un orden único que tiene al progreso indefinido de la sociedad. El conocimiento es explicativo y predictivo y hay un interés por el conocimiento mismo, sus resultados permiten hacer generalizaciones en cualquier espacio y tiempo, y busca las causas de los fenómenos que son de su interés

En enfermería, se argumenta desde el punto de vista positivista, que el conocimiento de la realidad del cuidado es el “objetivo”, es una percepción imparcial de lo que ocurre y es independiente de las opiniones y creencias de las enfermeras.

Las técnicas de recolección mayormente utilizadas son los test de objetivos, las encuestas, las escalas, la entrevista estructurada, y su validez está determinada por el tamizaje estadístico.

b) Paradigma interpretativo o hermenéutica

El origen de este enfoque, según Carr y Kernmis se halla en el interés de los teólogos protestantes del siglo XVII. Este paradigma se conoce también como cualitativo, fenomenológico, humanista, naturalista o etnográfico. Dirige su atención a aquellos

aspectos no observables, no medibles, ni susceptibles de cuantificación, interpreta y evalúa la realidad no la mide.

Se centra en la descripción de lo que es único y personal en el sujeto y no en lo generalizable, acepta que la realidad es dinámica, múltiple y holística. Los métodos cualitativos empleados son muy útiles para estudiar a las personas en sus escenarios naturales (hogar, centros de trabajo, recreativos, educativos y otros). La característica central de la enfermería es el cuidado, sólo con la observación detallada y participante puede conocer el verdadero significado del cuidado para las personas que atiende en el contexto de salud.

### c) Paradigma sociocrítico o humanista

Dada su naturaleza analítica y transformadora se centraliza en el análisis de la función que tiene la ciencia y la tecnología en las sociedades modernas, y su vinculación con el poder, Surge en los años 20 del siglo XX, en el Instituto de Investigaciones Sociales de Frankfurt (Carr y Kemmis, 1998)

Tiene como objetivo fundamental, emancipar intelectualmente al sujeto de las tenazas de la racionalidad instrumental enmarcada en la denominada "Teoría Crítica" (medicina y Sandin, 1995). Sus concepciones epistemológicas y sus propuestas metodológicas son similares a las del paradigma interpretativo o fenomenólogo, añadiendo a estas últimas: un componente de crítica ideológica: es decir, el para que de la sociedad y el papel de los valores en este proceso (Medina y Sandi, 1995).

Este paradigma aporta el conocimiento de la enfermería, por una parte, diversas categorías de análisis que develan las formas instituidas de conocimiento, práctica e investigaciones dominantes, legitimadas por las instituciones educativas y de salud; y por la otra, destacan: la integración teórica práctica, la praxis del cuidado, las relaciones del poder, la existencia de los valores. El enfoque intercultural de la salud constituye el reconocimiento de las diferencias étnicas, culturales, raciales, etc., como determinantes en todo proceso de salud y de enfermedad, de vida, y de muerte, de malestar y bienestar, en suma, en cualquier proceso social.

#### 4.- Los conceptos Básicos de la Enfermería sustentan las disciplinas y la profesión

Uno de los componentes de la sintaxis disciplinar lo construyen los fenómenos que la enfermería debe investigar para desarrollar conocimientos; estos derivan del *metaparadigma*

o conceptos básicos, (para efectos de esta obra se hará referencia de los conceptos básicos) que influyen y determinan a la práctica profesional y su área de competencia; surgen los fenómenos abstractos y generales, y dan una perspectiva universal a la disciplina. Son muchas de las propuestas teóricas de enfermería que explican los fenómenos de los que se derivan conceptos que les son comunes, permiten su análisis, y dan significado y especialidad a la disciplina

Estos conceptos son:

El “cuidado” como el objeto de estudio de la enfermería.

La “persona” como el sujeto de cuidado.

La “salud” como un valor y un derecho humano

El “entorno” interno y externo de cada persona

El cuidado ha sido identificado como objeto de estudio y el eje del ejercicio profesional.

La práctica de enfermería centrada en el cuidado, requiere de un método y de la aplicación de conocimientos que le den sustento, así como del ejercicio de juicio crítico que lleve a intervenciones reflexionadas. El cuidado tiene diferentes connotaciones: ***cuidar de sí mismo, cuidar de los otros y cuidar con otros*** (Colliere, 1982)

El cuidado, además de entenderse como el objeto de estudio, es también una cualidad implícita a la cultura que se expresa en el individuo, la familia y la sociedad; por lo tanto, debe ser concebido dentro de las categorías y relaciones compartidas entre comunidades de investigación.

Desde el punto de vista **ontológico** existen cuatro tipos de ser:

- a) El **Ser Real**: Es el ser existente, independiente de la conciencia, por lo que el cuidado merece una atención equilibrada.

- b) El **Ser Lógico**: Es lo que existe a partir de construcciones, mentales uno de sus objetivos fundamentales es que el cuidado sea procurarlo.
- c) El **Ser Verdadero**: Es el ser que existe, ya que pueden requerir cuidados espirituales.
- d) El **ser potencial**: Es el ser real que puede existir pero que no lo hace debido a múltiples factores.

En el cuidado, el profesional de enfermería se basa en la relación que existe entre el ser real, el ser verdadero y el ser potencial, por tanto, el cuidado al ser personalizado, es diferente entre una persona y otra

Jean Watson sugiere que las enfermeras deben buscarla injerencia que tiene al entorno interno y externo en la salud y enfermedad de los individuos. En relación al entorno interno, considera como parte de él: el bienestar mente y espiritual las creencias socioculturales de cada persona y como entorno externo las variables epidemiológicas, el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios estrictamente agradables condiciones que se relacionan íntimamente con las establecidas de Florencia Nigthingale.

Por todo lo anterior, se puede decir que la salud es un proceso vital que se genera por la naturaleza y esencia del hombre, en sus necesidades ecológicas y de especie, y en la estructura y funcionamiento de las sociedades humanas. Se refiere al equilibrio de los sujetos con su entorno, el cual determina desde el bienestar hasta la enfermedad terminal o muerte.

## 5.- Escuelas del pensamiento enfermero

El dotar a la enfermería con un cuerpo de conocimientos y de intervenciones propias, ha sido una preocupación permanente para las enfermeras. Las Escuelas del pensamiento enfermero, obedecen a criterios derivados del paradigma en el que se encuentran y en el devenir histórico que las caracteriza. Estas son:

- **Escuela de las Necesidades**: Está centrada en la búsqueda del hacer específico de las enfermeras, el cuidado se centra en el logro de la independencia y en la satisfacción de las necesidades fundamentales, por lo que el papel de esta debe privilegiar la capacidad para el autocuidado, la salud es vista como el logro de la

autonomía de la persona. Las enfermeras más destacadas son: Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah

- **Escuela de la interacción:** Surge entre los años 50 y 60, se sustenta en la teoría psicoanalítica y existe en la época de demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas, considera que el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene la necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle ayuda , por lo que la enfermera debe analizar sus propios valores, sus potencialidades para utilizar su propia persona de manera terapéutica, por lo que se basa en la teoría de interacción en la fenomenología y el existencialismo. Las enfermeras más destacadas son: Hildegart Peplau, Josefina y Loreta Zderad, Ida Orlando, Ernestina Wiedenbach e Imogene King.
- **Escuela de los efectos deseados:** Considera que el propósito de los cuidados consiste en reestablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o en preservar la energía; se fundamenta en las teorías de la adaptación de desarrollo y en la de sistemas. Las enfermeras más destacadas son: Dorothy Jhonson, Lydya Hall, Myna Levine Callista Roy y Betty y Neuman.
- **Escuela de la Promoción a la Salud:** El entorno constituye el centro de la reflexión, puesto que es en él donde se ubican los factores condicionantes del proceso de salud-enfermedad; distingue el enfoque social y cultural de la salud y no solo de carácter biológico, además el papel del aprendizaje en la consecución de la salud como autonomía de la persona en su relación con las instituciones. Las enfermeras más destacadas son: Moyra Allen y Madeleine Leininger.
- **Escuela del ser humano unitario:** Es un término promovido por Martha Rogers considera que la salud y la enfermedad son expresiones del proceso de vida y no están ni opuestas ni divididas, sustenta que la salud es la realización continua de uno mismo y como ser humano unitario, y la enfermedad es parte de la salud. Se sustenta esta escuela en la Psicología, sociología, Astronomía, Filosofía, Historia, biología y la física; Rogers sugiere que la enfermería se mantenga al corriente de los



conocimientos más recientes en estos campos, de la manera que pueda innovar el servicio que le ofrece a la población.

- **Escuela del Caring:** O del desarrollo humanista, define a la enfermería como “CUIDADO”, moralmente imperativo en esta sociedad en constante transformación. Las enfermeras más destacadas son Watson, Paterson, Zderat y Leininger, consideran a la enfermería como un diálogo humano, como un acto de cuidado y como una presencia de ambos, la persona y la enfermera.<sup>43</sup>

## 6.- Conceptualización de la enfermería

En este contexto, es imperativo iniciar con la definición de Virginia Henderson en 1966, basada en las ciencias de la fisiología, medicina psicología y física.

La define como sigue:” la función propia de la enfermera para asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o a una muerte digna), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento la voluntad necesarios. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”

Dorothea Orem considera que la Enfermería es “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para considerar la salud y la vida y recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”

Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo

Para Leininger, la enfermería como practica social, se define a partir del concepto de cuidado, la acción social que realizan las enfermeras y enfermeros es cuidar, es decir, se

---

<sup>43</sup> Victoria Eugenia Cabal E; Mildred Guarnizo. Enfermería como disciplina [internet] 2011 [consultado 08 enero 2018] vol 6 año 6 pag 73-81 Disponible en <https://bit.ly/2yujtxY>

interactúa con otros individuos colectivos, sanos o enfermos con el fin de promover la salud y atenderlos durante la enfermedad, prevención diagnóstica y tratamiento y rehabilitación

El cuidado es una forma de interacción, cuyos motivos y fines se encuentran en el horizonte de la salud y la enfermedad, los problemas, intereses y necesidades en el campo de la salud y la enfermedad son los que definen el inicio de la interacción; la promoción de la salud y la atención de la enfermedad son los fines intermedios para contribuir al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de las personas con quien se interactúa (Citada por Marriner, 2007).

Martha Rogers describió que la enfermería es una profesión que requiere aprendizaje y que se puede interpretar como una ciencia y como un arte; este planteamiento se centra en el interés por las personas y el mundo en que viven

La enfermería, se concibe como la ciencia y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral, con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida y la autonomía; su campo de acción son aquellos donde la persona se desarrolla y en los que atiende su salud, de aquí que el énfasis en la formación y en la práctica debe orientarse hacia el fomento y promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, sin dejar de lado el cuidado en situaciones de enfermedad y rehabilitación (Cárdenas 2004)

## **CAPITULO V**

### **5. PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

El primer nivel de atención en salud se erige como un frente básico de actuación que, en principio, estaría apostando por una administración de los servicios de salud que sin renunciar al servicio y cuidado hospitalario, se muestra interesada en redefinir la política en salud, con capacidad de explotar el potencial que se encierra en el primer nivel de atención, y en consecuencia estar en posibilidad de responder a los requerimientos planteados al interior de los diferentes espacios sociales que conforman al municipio, o a los estados que integran al país; de ahí el sentido de la descentralización y del presentar a la reforma como parte fundamental del proceso de democratización por el que atraviesa el país, y en general la región latinoamericana.<sup>44</sup>

#### **5.1 ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

##### **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD:**

- Sensibilizar a la población y dar a conocer la importancia de la vacunación de BCG.
- Identificar los grupos de riesgo
- Desarrollar un programa de educación para la salud para instruir y fomentar en las personas afectadas estilos de vida saludables, que mejoren la salud individual, familiar y comunitaria.
- Identificar los factores internos y externos que puedan fortalecer la motivación para seguir conductas saludables
- Promover la demanda de atención en los servicios de salud, ante la aparición de signos y síntomas que incluyen tos con flemas por más de dos semanas, e indicar que la persona afectada se cubra la nariz y boca al hablar, toser o estornudar (etiqueta respiratoria).

---

<sup>44</sup> María Eugenia Pico Mercchan, Ofelia Tobon. Papel del profesional de enfermería en el primer nivel de atención [internet] Granada Marzo,2005 Disponible en <https://bit.ly/1MxeTU6>

- Asegurar que el paciente comprenda la importancia de la adherencia al tratamiento hasta completarlo según la prescripción médica, a fin de disminuir el riesgo de abandono y la aparición de farmacorresistencia.
- Promover el uso de cubre bocas en los pacientes asintomáticos
- Contribuir conjuntamente con el personal de salud, en la difusión la NOM-006- SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis, para convertirse en agentes de cambio en su comunidad y de la población a la cual prestan sus servicios.
- Informar a la población sobre la existencia, prevención, riesgo de contagio, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.
- Fomentar el empoderamiento para la salud de las personas afectadas por tuberculosis, otorgándoles conocimientos útiles para modificar una serie de condiciones en su entorno para el mejoramiento de las condiciones personales y la reorientación de los servicios sanitarios.
- Promover que las viviendas estén bien ventiladas, principalmente los espacios donde la persona afectada por tuberculosis pasa un tiempo considerable.
- Promover el acceso a una educación sanitaria adecuada relacionada con la prevención, y el tratamiento de enfermedades transmisibles y a la prevención de su recidiva.
- Promover el marco legal y normativo, que asegure un control y un tratamiento adecuado a las enfermedades transmisibles.
- Orientar sobre el desarrollo de actividades de saneamiento básico a nivel familiar, a fin de mejorar las condiciones sanitarias de la vivienda y promover el desarrollo de hábitos nutricionales saludables, de acuerdo con las posibilidades y características de cada región.
- Favorecer la detección oportuna de sintomáticos respiratorios identificados.
- Priorización de la atención de personas con sintomatología respiratoria, separándolas de los grupos de riesgo.<sup>45</sup>

#### **ACTIVIDADES PARA LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CASOS:**

- Enfermería conjuntamente con el equipo multidisciplinario de salud (Médico, Trabajadora Social, Promotor de Salud) deberá participar en la búsqueda de

---

<sup>45</sup> Funciones de enfermería [internet] [consulta 08 Enero 2018 [73] Disponible en <https://bit.ly/2DTauxx>

sintomáticos respiratorios, de manera permanente entre los usuarios de los servicios, así como a los grupos considerados de alto riesgo de acuerdo a su AGEB (Área Geoestadística Básica) de correspondencia.

- En caso de ser sintomático ordenar una prueba de baciloscopia
- Se orienta a la familia sobre la importancia de la enfermedad, tratamiento, complicaciones y se trata de formar un vínculo familiar para que apoyen al paciente.
- En caso de requerir muestras se le brindaran al paciente y su familia las siguientes recomendaciones:
  - a) Informar a la persona que se requieren tres muestras:
  - b) La primera muestra se obtendrá en el momento de la identificación del sintomático respiratorio, entregándole un envase recolector previamente rotulado (nombre de la persona, nombre de la unidad, fecha de recolección, indicar tipo de muestra y núm.).
  - c) Antes de que se retire la persona, se le entregará un envase para la obtención de la segunda muestra, se le indicará que, al siguiente día al levantarse, en ayuno, deberá enjuagarse la boca con agua y antes del cepillado dental, deberá depositar la muestra, insistiendo en que debe ser la primera flema expulsada esa mañana.
  - d) La tercera muestra se recolectará en la unidad de salud en el momento de recibir la segunda muestra.
- Si en el resultado sale positivo, se realiza una segunda muestra y se notifica al Área de Epidemiología para que lleve el seguimiento del paciente

#### **ACTIVIDADES PARA DAR SEGUIMIENTO A SU TRATAMIENTO:**

Este aspecto es trascendental para la atención integral del paciente, debido a que permite cortar la cadena de transmisión, disminuye los focos de infección, alivia el sufrimiento que ocasiona la enfermedad y mejora su calidad de vida logrando la curación. Por lo que el personal de enfermería juega un papel importante en esta actividad de control, ya que tiene mayor acercamiento y comunicación con el paciente y su familia.

1. Según su procedimiento: tratamiento farmacológico, tratamiento quirúrgico, tratamiento psiquiátrico, tratamiento psicológico, etc.

2. Según sus objetivos: tratamiento curativo, tratamiento profiláctico o preventivo, tratamiento paliativo, etc.

### **ACTIVIDADES:**

- Asegurar que el paciente comprenda la importancia de la adherencia al tratamiento hasta completarlo
- Dar a conocer la importancia del medicamento y la farmacocinética
- Explicar cómo se lleva a cabo el tratamiento ya que se divide en la fase intensiva que consta de 60 dosis de lunes a sábado y la fase de sostén que consta de 45 dosis cada tercer día
- Desarrollar y utilizar un ambiente que mejore la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos
- Verificar los cinco principios de la administración de medicación
- Observar la fecha de caducidad de los medicamentos
- Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos
- Utilizar las ordenes, normas y procedimientos como guía del método adecuado de administración de medicamentos
- Tomar nota del historial médico y alergias del paciente
- Administrar los medicamentos con el estómago vacío
- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación
- Consultar con otros profesionales de cuidados para vigilar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico
- Ponerse en contacto con el paciente y la familia después del alta, para responder preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación
- Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación
- Al terminar el tratamiento se realiza una radiografía para comprobar que el medicamento haya funcionado
- Explicarle al enfermo con lenguaje claro y sencillo que la Tuberculosis es una enfermedad curable y que requiere de un tratamiento gratuito de 6 meses de duración y que debe ser supervisado por personal de salud o personal comunitario
- Se le debe explicar al enfermo que al toser o estornudar debe cubrirse la boca, no escupir en cualquier parte, no fumar, que no requiere de ninguna dieta especial y que

puede comer de lo que tenga (frutas, verduras, leguminosas, carne y leche) y como siempre lo hace

- Ingresar los datos del paciente en la Tarjeta de Registro de Casos, misma donde se anotarán las citas y asistencias al tratamiento
- Explicarle que sus familiares deben ser estudiados para poder ofrecerles tratamiento en caso necesario
- Explicarle que cada mes debe entregar una muestra de expectoración para verificar su evolución y que debe acudir con el médico para su revisión clínica
- Asegurar que los menores convivientes de los enfermos estén vacunados
- Garantizar Quimioprofilaxis a los menores de 5 años convivientes de los enfermos, así como a las personas inmunocomprometidas
- Dar prioridad a los menores de 5 años para revisión por el médico
- Efectuar visitas domiciliarias para supervisar la Quimioprofilaxis a quienes lo requieran
- Instruir al enfermo y la familia para mantener en condiciones óptimas la vivienda (ventilada y con iluminación natural)
- Garantizar el adecuado estudio de contactos, que se debe realizar al grupo completo de personas que conviven con el enfermo; se interroga a los convivientes en busca de síntomas respiratorios
- Administrar el tratamiento de acuerdo a las indicaciones y el esquema prescrito.
- Cada mes debe pesar al paciente, como parte del control de su evolución.
- Disponer de agua y vasos desechables para la toma de los medicamentos.
- Abrir la caja de medicamentos delante del paciente y entregarlos en su mano uno a uno hasta que los degluta.
- Preguntar al paciente si durante su tratamiento ha tenido náuseas, dolor en el estómago, orina anaranjada o roja, ronchas o comezón, vómitos, etc. Si esto sucede, explicarle porqué.
- Recordarle su próxima cita
- Despedirlo de manera amable y reincorporarlo a la sociedad <sup>46 47</sup>

---

<sup>46</sup> Guía básica de adherencia al tratamiento en Pacientes con Tuberculosis [internet] 2012 Consultado 26 Octubre 2018 Disponible en <https://bit.ly/2OWFlu9>

<sup>47</sup> Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)/ 5ta Edición/ Editorial Elsevier/2004

## CONCLUSIONES

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, generalmente crónica, la cual es considerada un problema de Salud Pública que requiere atención prioritaria, la más frecuente es la pulmonar, que es la forma infectante y de mayor importancia epidemiológica; sin embargo, existen otras como meníngea y miliar que se previenen con la vacuna BCG en niños, las formas ganglionar, renal, genital, ósea e intestinal también deben ser atendidas acorde con el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis.

Actualmente la Atención Primaria a la Salud tiene un papel fundamental ya que requiere de un aporte competitivo en donde cada uno de los profesionales de salud posea conocimientos científicos, un compromiso profesional y social para enfrentar y resolver en forma holística los problemas actuales de salud en nuestro país.

Por tal motivo es de suma importancia que el Profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención como integrante del equipo de salud, su función principal este encaminada a brindar orientación y educación en materia de prevención a la población teniendo en cuenta la situación, la vulnerabilidad, las necesidades particulares que se presenten y disminuir este problema el cual puede ser prevenible tanto para la persona , así como en la familia y comunidad para poder mantener una exitosa calidad de vida que no limite sus actividades diarias y le permita continuar su vida normal ante la presencia de este problema de salud.

En el presente trabajo se brinda información actualizada al profesional de enfermería como parte integrante del equipo multidisciplinario para la atención de pacientes con este padecimiento, por lo que es importante que se actualicen de manera continua y consideren que existen Programas y Manuales de apoyo prácticos, que les permiten fortalecer el conocimiento disciplinar asimismo por medio de una capacitación integral incluyan aspectos clínicos, de laboratorio, de vigilancia epidemiológica así como las intervenciones propias de la profesión y otorgar una atención de calidad a través de la praxis para realizar las actividades propias del Primer Nivel de Atención.



## GLOSARIO DE TERMINOS

**Abandono en tratamiento primario (o pérdida en el seguimiento):** a la interrupción del tratamiento contra la tuberculosis, durante treinta o más días consecutivos.

**Baciloscopia:** a la técnica de laboratorio que mediante la tinción de Ziehl Neelsen preferentemente, permite observar en un frotis bacilos ácidos alcohol resistentes puede ser para detección, diagnóstico o control. Baciloscopia negativa: a la ausencia de bacilos ácido alcohol resistentes, en la lectura de 100 campos microscópicos útiles del frotis de la expectoración o de cualquier otro espécimen.

**Baciloscopia positiva:** a la demostración de uno o más bacilos ácido alcohol resistentes, en la lectura de 100 campos del frotis de la expectoración o de cualquier otro espécimen.

**Baciloscopia de control:** a la que se realiza mensualmente durante el tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar para evaluar su evolución.

**Caso nuevo:** a la persona en quien se establece el diagnóstico de tuberculosis por primera vez o si recibió tratamiento, fue por menos de treinta días.

**Caso de tuberculosis:** a la persona en quien se establece el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar o extrapulmonar y se clasifica en caso confirmado o caso no confirmado.

**Caso de tuberculosis confirmado:** a la persona en quien se ha identificado por laboratorio el complejo *Mycobacterium tuberculosis* en cualquier muestra biológica ya sea por cultivo, baciloscopia o por métodos moleculares.

**Caso de tuberculosis no confirmado:** a la persona con tuberculosis en quien la sintomatología, signos físicos, elementos auxiliares de diagnóstico, respuesta terapéutica, sugieren la evidencia de tuberculosis y la baciloscopia, cultivo o métodos moleculares fueron negativos.

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

**Curación de caso no confirmado bacteriológicamente:** al caso de tuberculosis que termina el tratamiento, desaparecen los signos clínicos y se observa mejora en los estudios de gabinete.

**Educación para la salud:** Al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

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

**NANDA:** (North American Nursing Diagnosis Association) fundada en 1982 también conocida como NANDA Internacional a partir del 2002. Es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería, para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería.

**NIC:** (Nursing Interventions Classification). Equipo de enfermeras investigadoras que trabajo la clasificación de las intervenciones de enfermera, publicada en 1992. El NIC utiliza un lenguaje comprensivo, estandarizado que describe los tratamientos que los profesionales de enfermería realizan en todas las especialidades.

Las intervenciones del NIC incluyen el fisiológico y el psicosocial. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad, y la promoción de la salud. Las intervenciones que van dirigidas a los individuos o para las familias. Intervenciones indirectas del cuidado y algunas intervenciones para las comunidades, entre muchas otras.

**NOC:** (Nursing Outcomes Classification) Es la clasificación de los resultados de enfermería, los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS :** Organización Panamericana de la Salud

**Pápula:** Pequeña elevación o protuberancia en la piel.

**Prevalencia:** se refiere al número de individuos que presentan tuberculosis dividido entre el número de población total, en un periodo de tiempo determinado.

**Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI) :**a la administración de isoniacida a contactos que lo requiera, con objeto de prevenir la infección primaria o la aparición de tuberculosis.

**PSD:** prueba de sensibilidad diagnóstica

**PPL:** persona privada de libertad

**PVV:** persona viviendo con VIH/Sida

**Reactor al PPD:** a la persona que a las setenta y dos horas de aplicar la prueba presenta en el sitio de la aplicación induración intradérmica de 10 mm o más. En menores de cinco años con o sin vacuna Bacilo de Calmette y Guérin y en particular los recién nacidos, así como, enfermos con desnutrición y con inmunodeficiencia, se considera reactor a quien presente induración de 5 mm o más. **Recaída:** a la reaparición de signos y síntomas en un paciente que habiendo sido declarado como curado o con tratamiento terminado, presenta nuevamente baciloscopia y/o cultivo positivo.

**Red TAES de Enfermería:** a la estrategia de apoyo al Programa de prevención y Control de la Tuberculosis la cual está conformada por personal de enfermería y otros aliados.

**Reingreso:** al caso de tuberculosis que ingresa nuevamente a un tratamiento y por tanto al sistema de registro, después de abandono, recaída o fracaso.

**RAM:** Reacción adversa a medicamentos

**RC:** Red Complementaria

**RR:** resistencia a rifampicina

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

**SGSIF:** Seguro General de Salud Individual y Familiar

**Sida:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

**SNS :** Sistema Nacional de Salud

**SREx** sintomático respiratorio examinado

**SRI** sintomático respiratorio identificado

**SSC** Seguro Social Campesino

**Término de tratamiento:** al caso de tuberculosis que ha completado el esquema de tratamiento, han desaparecido los signos clínicos y no se realizó baciloscopia o cultivo al finalizar el tratamiento.

**Tratamiento estrictamente supervisado:** al que administra el personal de salud o personal capacitado por el mismo, quien confirma la ingesta y deglución del fármaco para garantizar el cumplimiento del tratamiento.

**Tratamiento primario acortado:** al tratamiento que se aplica a todos los casos nuevos. Comprende la administración de medicamentos de primera línea: isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.

**Tuberculosis:** a la enfermedad infecciosa, causada por el complejo Mycobacterium tuberculosis (M. tuberculosis, M. bovis, M. microti, M. africanum, M. canettii, M. caprae y M. pinnipedii), que se transmite del enfermo al sujeto sano por inhalación de material infectante; de madre infectada al producto, ingestión de leche contaminada, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales enfermos. Puede ser de localización pulmonar o extra pulmonar.

**TB MDR:** tuberculosis multidrogorresistente

**TB XDR:** tuberculosis extremadamente resistente

**TDO:** tratamiento directamente observado

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Plan Nacional de Salud 2013-2018 [internet] [Consulta 08 enero 20218] [73] Disponible en <https://bit.ly/2OXOL8l>
- 2) Manual de procedimientos en tuberculosis [internet] 04 Agosto 2015 consultado 08 enero 2018 disponible en <https://bit.ly/2FOOVjJ>
- 3) Guía de referencia Rápida (Diagnóstico y tratamiento de casos nuevos de tuberculosis Pulmonar) [internet] publicado 2009 Disponible en: <https://bit.ly/1njUxyL>
- 4) Situación Actual en México sobre la tuberculosis [internet] 2013-2018 [Consulta 08 Enero 2018] [73] Disponible en <https://bit.ly/2PNOlqP>
- 5) Tuberculosis según la OMS [internet] Enero 2018 [consulta 08 Enero 2018] [71] Disponible en <https://bit.ly/2FGEfOy>
- 6) Tuberculosis (enfermedades infecciosas) [internet] 2013-2018 [Consulta 08 Enero 2018] [78] Disponible en <https://msdmnls.co/2DEoWsf>
- 7) Epidemiología de la tuberculosis en México [internet] 2013-2018 [consulta 08 enero 2018] [76] Disponible en <https://bit.ly/2AeFu6S>
- 8) Situación Actual en México sobre la tuberculosis [internet] 2013-2018 [consulta 08 Enero 2018] [76] Disponible en <https://bit.ly/2TCHajm>
- 9) Tortora Derrickson/ Principios de Anatomía y Fisiología humana / 13° Edición Panamericana / pag. 918-966
- 10) Kent M Van de Graaff, Ph. D / Anatomía y Fisiología humanas/ Serie Schaum / 2da edición, Mc Graw Hill interamericana/ Pag 328-345
- 11) Fisiología Humana un enfoque integrado/ 4ta edición / febrero 2008/ Edición Panamericana /Pag 559-586
- 12) Farreras Rozman / Medicina Interna/ Vol. II / 13° Edición/ pag. 2357-2367
- 13) Carlos Ibarra Pérez, Javier Kelly García/ Enfermedades del Tórax/ Premio Nacional de obras medicas 1998 de la Academia Nacional de Medicina/1ra Edición Panamericana, mayo 1999/ Pag 50-79
- 14) Carina Balasini / Infectología Critica, Manejo de la Patología /Editorial Medica Panamericana /Pag 227-240
- 15) Harcourt / Océano Tred –F. Ferri M.D F. A C.P / Diagnóstico y Tratamiento de Medicina Interna/ Versión Española de la 1ra edición MCMXCIX by Mosby -Year Book, Inn/ Pag 507

- 16) Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud [internet] 23 marzo 2000 Disponible en <https://bit.ly/2TClovk>
- 17) David L. Heymann / El control de las enfermedades transmisibles/ Edición 18 Organización Panamericana de la Salud / Pag175-183
- 18) Niveles de Atención en México [Internet] 2013-2018 [Consultada 08 Enero 2018] [70] Disponible en <https://bit.ly/2SbbmAR>
- 19) Niveles de atención en México [internet] 2011: Archivo Medicina Interna/ Prensa Medica Latinoamericana Pag 11-14 Disponible en <https://bit.ly/2f6xOHF>
- 20) Niveles de Atención en México [internet] 2013-2018 [Consulta 08 enero 2018] [74] Disponible en <https://bit.ly/2DVjL8z>
- 21) Barquín, M “Niveles de complejidad de la atención a la salud” /6° edición /México: Editorial Interamericana- McGraw-Hill, pag 25-35
- 22) Coordinación General en la Población” bases Conceptuales. Descripción del Sistema de Servicios de salud según Nivel de Atención “en sistemas de Servicios de Salud /México 1981 pag 15-43
- 23) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [internet] consulta 28 agosto 2018 Disponible en <https://bit.ly/2PH7E1i>
- 24) Ley General de Salud [internet] 2013-2018 [Consulta 08 Enero 2018] [71]\_Disponible en <https://bit.ly/2R5gBSj>
- 25) Programa Sectorial de Salud [internet] 20 mayo 2013 Consultado 04 octubre 2018 Disponible en <https://bit.ly/23Sdy1n>
- 26) Cuidado y tipos de cuidado según Colliere [internet] [consulta 08 Enero 2018][79] Disponible en <https://bit.ly/2QcUxYR>
- 27) Marie Françoise Glliere /Promover la vida/ 2da Edición/ Editorial Mc Graw Hill/ pag 211-218
- 28) Catalina García Martín – Caro, María Luisa Martínez Marín / Historia de la Enfermería (Evolución Historia del cuidado Enfermero) / Editorial MMI ELSEVIER/ pag12-14
- 29) Ana Luisa Velandia Mora/El cuidado de enfermería como objeto de estudio/ [internet conferencia Oficial en el Primer Congreso sobre Investigación en Enfermería. Puebla: septiembre 22 de 2000 [Consulta 08 enero 2018] Disponible en: <https://bit.ly/2r1u2Y3>
- 30) Definición de enfermería consejo internacional de Enfermeras [internet] 11 junio 2008 [consulta 08 enero 2018] Disponible en <https://bit.ly/2AgSMzE>
- 31) Asociación Norteamericana de Enfermeros [internet] [consultado 08 enero 2018] Disponible en <https://bit.ly/2R7KhOX>

- 32) Margarita Cárdenas Jiménez, Rosa Marilis Zarate Grajales/Documento de La enfermería como disciplina profesional ENEO. UNAM
- 33) Victoria Eugenia Cabal E; Mildred Guarnizo / Enfermería como disciplina [internet] 2011 [consultado 08 enero 2018] vol 6 año 6 pag 73-81 Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036648.pdf>
- 34) Caval V.E. Enfermería como disciplina/Revista Colombiana de Enfermería N°6 Vol. 6 [internet] Consulta 29 Octubre 2018 Disponible en <https://bit.ly/2FCH7kU>
- 35) Maria Eugenia Pico Mercchan, Ofelia Tobon/Papel del profesional de enfermería en el primer nivel de atención [internet] Granada Marzo,2005 Disponible en <https://bit.ly/1MxeTU6>
- 36) Funciones de enfermería Fu [internet] [consulta 08 enero 2018 [73] Disponible en: <https://bit.ly/2DTauxx>
- 37) Guía básica de adherencia al tratamiento en Pacientes con Tuberculosis [internet] 2012 Consultado 26 Octubre 2018 Disponible en <https://bit.ly/2DTUFGK>
- 38) Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)/ 5ta Edición/ Editorial Elsevier/2004

## ANEXOS

### ESCALA DE ABANDONO EN LA RED DE TRATAMIENTO ACORTADO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO

**Instrucción de Llenado:** En el valor de criterio marque con una X, según corresponda el caso del paciente y anote en la columna de puntaje obtenido la calificación correspondiente al inciso que fue marcado, al final sume y clasifique de acuerdo al puntaje.

Fecha de elaboración:

Nombre del paciente:

Ocupación: Médico tratante:

Unidad de atención:

FACTOR DE RIESGO	VALOR DEL CRITERIO	PUNTAJE OBTENIDO
Abandonos anteriores	Sí (15) No (0)	
Tiempo de residencia	< 2 años (5) >2 años (0)	
Vive solo	Sí (5) No (0)	
Fármacodependencia (alcohol, marihuana, cocaína, heroína, etc.)	Sí (15) No (0)	
El paciente vive solo sin red social	Sí (10) No (0)	
¿Cuenta con trabajo?	Si (0) No (5)	
¿El empleo es fijo?	Sí (0) No (5)	
Tiene seguridad social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, etc.)	Sí (0) No (5)	
Se cuenta con personal de salud quien supervise el tratamiento	Sí (0) No (15)	
<b>Calificación de riesgo (Bajo/ moderado/ alto)</b>		

TIPO DE RIESGO	PUNTAJE	CRITERIO
<b>BAJO</b>	Menor 20 puntos	Asegurar la Estrategia TAES antes de iniciar tratamiento
MODERADO	21 - 39 puntos	
ALTO	Mayor de 40 puntos	Si el Riesgo es ALTO denegar el tratamiento antituberculosis hasta mejorar el puntaje

Elaborado por: \_\_\_\_\_



# HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS



## TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TUBERCULOSIS

CS T-III DR. MANUEL PESQUEIRA

IZTACALCO

AGRICOLA ORIENTAL

IZTACALCO

CDMX

UNIDAD

JURISDICCION

LOCALIDAD

MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

DATOS DE IDENTIFICACION		DIAGNÓSTICO		FECHA		TRATAMIENTO					
EXPEDIENTE:		DETECTADO EN: HOSPITALIZACION				SUPERVISADO <input checked="" type="checkbox"/>		AUTOADMINISTRADO <input type="checkbox"/>			
NOMBRE		CONSULTA EXTERNA <input checked="" type="checkbox"/>		PESQUISA <input type="checkbox"/>		CONTACTO <input type="checkbox"/>		ESQUEMA		FECHA DE INICIO	
EDAD	58	SEXO		M		OCCUPACION		PRIMARIO <input checked="" type="checkbox"/>		RETRATAMIENTO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO 1		CICATRIZ BCG SI <input checked="" type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		LOCALIZACIÓN: PULMONAR <input checked="" type="checkbox"/>		Meningea <input type="checkbox"/>		Otra <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO 2	5513595174/II/51158360	COMPROBACION		BACILOSCOPIA <input checked="" type="checkbox"/>		CULTIVO <input type="checkbox"/>		BIOPSIA <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>	
		TIPO DE PACIENTE		CASO NUEVO <input type="checkbox"/>		RECAIDA <input type="checkbox"/>		REINGRESO <input type="checkbox"/>		FRACASO <input type="checkbox"/>	
		REFERIDO <input type="checkbox"/>		FASE		DURACIÓN		PERÍODO		DOSIS	
		INTENSA		60 DOSIS		L-S		4 TABS			
		SOSTEN		45 DOSIS		L-M-V		2 TABS			

### CONTROL

MES	DÍA	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														CITAS	ASISTEN CIAS	BAAR	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				15
SEPTIEMBRE	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	30				
OCTUBRE	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				
NOVIEMBRE	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					
DICIEMBRE	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				
ENERO	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	31					
FEBRERO	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							
MARZO	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				
EGRESO	FECHA																		
	CAUSA																		
	Curación																		
	Fracaso																		
	Traslado																		
	Abandono																		
	Defuncion por TB																		
	Otro																		