

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON TUBERCULOSIS
PULMONAR
TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:
LIC. ELVER ZARATE ZEVALLOS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN: ENFERMERÍA
SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

ASESOR:
Mg. SOFÍA DEL CARPIO FLOREZ

Lima, Perú
2017

DEDICATORIA

A mí querida familia Niz y Steve,
por ser el motor y razón de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Inca Garcilaso De La Vega, quien me abrió las puertas para adquirir mis conocimientos en mi vida profesional.

A la Mg. Sofía Del Carpio Florez, por su asesoría y valioso apoyo en el desarrollo del trabajo académico,

A la Coordinación de la Estrategia Sanitaria Programa de Control de la Tuberculosis HOSPITAL III IQUITOS ESSALUD Y CAP III PUNCHANA ESSALUD LORETO, por el apoyo brindado para la ejecución del estudio.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	8
TEORÍA DE ENFERMERÍA	9 , 17
DESARROLLO CAPITULAR (PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO APLICACIÓN DEL PAE - EBE)	19
VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS	23
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	27
PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES	28
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE	30
EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	44
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	44
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS (FOTOGRAFÍAS, IMÁGENES, TABLAS, CUADROS, ETC.)	54

RESUMEN

La tuberculosis pulmonar, es una enfermedad transmitida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, que se propaga por vía respiratoria.

Se presenta caso de una paciente adulta de sexo femenino de 44 años casada, profesora. Con diagnóstico médico: de Tuberculosis Pulmonar por baciloscopia de esputo I BAAR ++++. Presentó al ingreso de su hospitalización los siguientes síntomas más frecuentes de tuberculosis pulmonar: Tos con expectoración por 15 días o más, fiebre y sudoración por las noches, Pérdida del apetito, Pérdida de peso, Cansancio, Dolor en el pecho o de espalda, Dificultad para respirar, Hemoptisis.

En este trabajo, se aplicó el modelo de atención de enfermería basado en la teoría de Dorothea E. Orem, centrado en el autocuidado, porque permite abordar al paciente con tuberculosis pulmonar, al proporcionarles las acciones necesarias para hacerlos partícipes del propio cuidado y responsabilizarse de su tratamiento. La valoración según dominios de NANDA permitió establecer diagnóstico de enfermería de limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada con presencia de secreciones bucofaríngeas, densas amarillentas en regular cantidad manifestado por tos productiva, presencia de sonidos estertores y agitación, SatO₂: 86%, FR: 30 por minuto. La intervención de enfermería se priorizó principalmente en prevenir, controlar y curar la tuberculosis pulmonar mediante la calidad de aplicación de DOTS. Los cuidados de enfermería permitieron mantener vías aéreas permeables durante el tratamiento en hospitalización y ambulatorio.

Actualmente cursa con evolución favorable, hay mejoría en su estado nutricional, presenta adecuada respuesta de oxigenación, mantiene vías aéreas permeables, sin presencia de signos de infección. El esposo se muestra colaborador en los cuidados de su paciente.

PALABRAS CLAVE: Cuidados, tuberculosis pulmonar, transmisión, tratamiento

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis is disease transmitted by M. Tuberculosis or Koch bacillus and it is spread by respiratory way.

The case of a female adult patient of 44 years old, married and teacher is presented with a medical diagnosis of: pulmonary tuberculosis by sputum smear microscopy I BAAR ++++. She presented the most frequent symptoms of pulmonary tuberculosis at hospitalization: cough with expectoration for 15 days or more, fever or sweating at night, loss of appetite, weightloss, fatigue, chest ache or backache, difficulty breathing, hemotysis.

The nursery care model based on Dorothea E. Orem's theory was applied in this work, which is focused on self – care, so that, it allows the patient to be treated with pulmonary tuberculosis, by providing them with the necessary actions, so they are participants in their own care and take responsibility for their treatment. The valuation according to Nanda's domains allowed me to establish a diagnosis of ineffective cleaning of airways related to the presence of rattling sounds and agitation, sat O2: 86%, FR: 30 for minute. Nursing intervention prioritized mainly in preventing, controlling and curing pulmonary tuberculosis through the quality of application of DOTS. Nursing care allowed maintaining permeable airways during inpatient and outpatient treatments. Currently it has a favorable evolution, there is improvement in its nutritional status, it has an adequate oxygenation response, it maintains permeable airways, without signs of infection. The husband shows collaboration in the care of his patient.

KEY WORDS: Care, pulmonary tuberculosis, transmission, treatment

INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico se refiere a una paciente con tuberculosis pulmonar internada en el servicio de medicina del Hospital III Iquitos Es salud de Loreto.

La tuberculosis está producida por bacterias que pertenecen al complejo *Mycobacterium tuberculosis*. Esta enfermedad afecta habitualmente a los pulmones, aunque en la tercera parte existen también afectados otros órganos. El curso de las enfermedades crónicas, y puede conducir a la muerte si el paciente no recibe tratamiento.

La transmisión se produce habitualmente por la diseminación a través del aire de pequeñas gotitas de saliva producida por los pacientes con tuberculosis pulmonar infecciosa.

Aunque esta enfermedad es bien conocida desde la antigüedad, ha quedado demostrado por la observación de aceptación tuberculosa de la columna vertebral en los últimos años y especialmente la aparición del SIDA, han condicionado un cambio radical en su epidemiología y existe una enorme preocupación en todo el mundo por su resurgimiento y por el incremento de resistencia a los fármacos más importantes. De hecho, son necesarias grandes novedades terapéuticas y diagnósticas en una enfermedad cuyo conocimiento no se ha avanzado mucho en los últimos años. Existen evidencias paleológicas de TB espinal en restos neolíticos precolombinos y egipcios. Sin embargo, la TB se convirtió recién en un problema grave en el momento en el que el nacimiento en los medios urbanos asociados con la Revolución Industrial generó circunstancias epidemiológicas que favorecieron su propagación. En los siglos XVII y XVIII la TB fue responsable de una cuarta parte de todas las muertes en adultos que se produjeron en Europa.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.

Algunos grupos raciales humanos han vivido con los bacilos tuberculosos durante su gran parte de evolución se han encontrado lesiones óseas típicas de tuberculosis en esqueletos que datan del neolítico en momias egipcias.

El objetivo del siguiente trabajo es exponer y analizar el caso de un paciente con esta enfermedad abarcando todas sus esferas y la repercusión que produce en la familia, para priorizar los cuidados de Enfermería y evaluar los resultados de las intervenciones.

A través del análisis de la teoría de Dorothea E. Orem, se recolectó información a través de la historia clínica, examen físico, kardex, notas de enfermería, reporte de enfermería y entrevista a la esposa del paciente, se agrupó las necesidades del paciente por dominios, que conllevaron a la priorización de 5 diagnósticos de Enfermería, se realizó las intervenciones y se evaluó los resultados.

El trabajo está constituido por el marco teórico, la presentación del caso clínico incluyendo la valoración por dominios, diagnósticos de Enfermería, planeamiento de objetivos y prioridades, ejecución de las intervenciones y evaluación de los resultados, culminando con las conclusiones y recomendaciones.

MARCO TEÓRICO

TUBERCULOSIS PULMONAR

DEFINICIONES

Es una enfermedad transmitida por el M. tuberculosis o bacilo de Koch, se propaga por vía respiratoria.

Es una enfermedad infecciosa crónica que se localiza principalmente en los pulmones, se identifica por la presencia de tubérculos y necrosis gaseosa.

Es un bacilo ácido resistente, que se tiñe con la coloración de Zienhl Neelsen; muy sensible a la luz solar, este se forma por proteínas, glúcidos y lípidos.

Se transmite de una persona enferma a una persona sana, mediante las gotitas de salivas que se eliminan al toser, conversar, o estornudar, ya que ellos transportan el bacilo de Koch.

La tuberculosis constituye un grave problema de salud pública y social en el mundo. Es la principal causa de muerte de origen infeccioso en el mundo.

La población, especialmente en países en desarrollo está adquiriendo la infección por tuberculosis cada año. Una persona con tuberculosis pulmonar bacilífera infecta de 10 a 15 personas en el transcurso de un año.

Factores Predisponentes de la Infección están:

La edad, sexo, la raza, la nutrición, el modo de vida, tensión física y emocional, nivel de escolaridad, cambios endocrinos.

Principales Causas de la Enfermedad.

- La enfermedad se propaga a través del aire mediante pequeñas gotitas de secreciones de la tos o estornudos de personas infectadas con mycobacterium tuberculosis.
- Por contacto frecuente, familia, o una convivencia con personas infectadas.
- Por contacto esporádico en la calle, una vez que la bacteria se introduce en el pulmón se forma un granuloma que es la infección primaria de la tuberculosis, este proceso no produce síntomas.
- De una persona enferma a una sana, la infección produce una diseminación del bacilo a través de los vasos del sistema linfático hasta los ganglios linfáticos. A veces al llegar a ellos las bacterias penetran en la sangre y se propagan a otra parte del cuerpo; en algunas personas las bacterias pasan a un estado de latencia en los pulmones y otros órganos, para reactivarse muchos años después produciendo un daño progresivo (Por ej. Cavidades en los pulmones).

Prevención de la Tuberculosis.

La prevención es el conjunto de intervenciones que realiza el PNCT con la finalidad de evitar la infección por TB, y en caso de que está se produzca, evitar el paso de infección a enfermedad. La prevención está dirigida a evitar la diseminación del bacilo de koch en la comunidad.

Las medidas preventivas son:

- Evitar el contagio.
- Eliminar las fuentes de infección presente en la comunidad a través de la detección.

- Diagnóstico precoz y tratamiento "supervisado en boca", de los casos de TBP Bk (+); cuando se diagnostica y trata oportunamente a un enfermo con tuberculosis pulmonar BK (+), se evita que diez a veinte personas entre la familia y la comunidad se infectan anualmente.

Vacunación BCG.

La vacuna BCG (Bacilo de Calmette- Guérin), es una vacuna viva y atenuada, obtenida originalmente a partir del *Mycobacterium bovis*. Su aplicación tiene como objetivo provocar respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa post- infección primaria. La vacuna BCG se aplicará gratuitamente a los recién nacidos. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de TB infantil especialmente la meningitis tuberculosa.

Control de Contactos.

Contactos son las personas que conviven o mantienen una estrecha relación (labor, escolar, etc.) con el enfermo de tuberculosis pulmonar. El control de contactos tiene por objetivo detectar casos de tuberculosis entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar.

Detección y Diagnóstico de Casos de Tuberculosis.

Detección de Casos.

Es la actividad de salud orientada a identificar precozmente a las personas enfermas con tuberculosis. Se realizará permanentemente a través de la identificación y examen inmediato de las personas con tos y catarro por más de 15 días que por cualquier causa acuden buscando atención en los servicios generales de salud.

Para obtener éxito de la detección es indispensable garantizar una buena calidad de atención y proyectar buena imagen institucional en la comunidad ofreciéndoles:

- Horario de atención regular.
- Información adecuada.
- Buen trato.
- Respeto a la intimidad del paciente (con fidelidad y respeto a su derecho).

Abandono Recuperado.

Paciente que habiendo interrumpido el tratamiento durante uno o más meses, reingresa al PCT del establecimiento de Salud, iniciando nuevamente un tratamiento antituberculoso y recibe medicamentos empezando con la primera dosis.

Fracaso.

Paciente con esquema acortado o de retratamiento que mantiene baciloscopias positivas o que a partir del 4to mes de retratamiento vuelve a tener baciloscopias positivas. No hay fracaso sin cultivo positivo.

Crítico.

Paciente que sigue presentando o vuelve a presentar baciloscopias positivas tras haber terminado un régimen de retratamiento supervisado.

Bacteriología de la Tuberculosis.

La investigación bacteriológica en tuberculosis comprende la realización de baciloscopias, cultivos de mycobacterium tuberculosis, prueba de sensibilidad y de tipificación de la micobacteria.

Baciloscopia.

Es la herramienta fundamental rutinaria para el diagnóstico de la tuberculosis y para el seguimiento del tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar.

El Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

Consiste en una combinación de medicamentos que se tomaran en dos fases.

La Primera.

Tiene una duración de dos meses, se tomarán cuatro tipos de medicamentos de lunes a sábado (Rifampicina Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol).

La Segunda.

Dura 4 meses y solo incluye 2 medicamentos 3 veces por semana (Rifampicina e Isoniazida).

Atención de Enfermería.

Es la atención realizada por el personal de enfermería dirigida al paciente, familia y comunidad, con énfasis en la educación control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos.

Dentro de los Cuidados están:

- La Entrevista
- La Visita Domiciliaria.
- La Organización y Administración del tratamiento supervisado.
- Salir a buscar los pacte que salgan positivos.
- Concientizar al paciente y a los familiares.
- Orientar al paciente que debe seguir el tratamiento al pie de la letra.
- Que el paciente este ingresado 15 días en el hospital para seguir el tratamiento.
- Ser amable con el paciente.
- Escucharlo atentamente.
- Llamarlo por su nombre.
- No criticar ni hacer juicios negativos.
- Conversar de manera clara y directa con el paciente.
- Orientar al paciente que el estricto cumplimiento del tratamiento supervisado garantiza su curación.
- Que es importante que acuda al establecimiento de salud más cercano a su domicilio a recibir su tratamiento.

- Por ningún motivo debe abandonar su tratamiento, aunque se sienta mejor, hasta que se termine el esquema que se le ha indicado.
- Explicarle la consecuencia al abandonar el tratamiento.
- El estricto cumplimiento del tratamiento garantiza su salud.
- El Tratamiento es gratuito.
- El tiempo que dura el tratamiento y los efectos secundarios que puedas causarle.
- Las fases del tratamiento que recibirá.
- Adoptar medidas higiénicas básicas para evitar contagiar a los demás.

Autocuidados del paciente para evitar el contagio:

- Saber si tienes tuberculosis y terminar el tratamiento.
- Taparse la Boca al Toser o al Estornudar.
- Escupir en papel y luego quemarlo.
- Ventilar el cuarto y ropa de cama.
- Acomodarse para dormir.
- Mientras más rápido se haga el examen y terminen el tratamiento, más rápido se curará y no contagiara a otras personas.

Signos y Síntomas que presentan las personas con tuberculosis:

- Tos y catarro por más de 15 días (síntomas más importantes y frecuentes).
- Pérdida de Peso.
- Anorexia (falta de apetito).
- Diaforesis (Sudoración Nocturna).
- Fiebre.
- Malestar general (cansancio, decaimiento sin ganas para trabajar, estudiar o jugar).
- Disnea (dificultad respiratoria).
- Expectoración con Sangre.
- Enflaquecimiento.

- Dolor Torácico.

El agente etiológico es el *Mycobacterium tuberculosis*, también llamado bacilo de Koch.

Según la OMS, para el 2011, se estiman en el mundo 9 millones de casos nuevos y 1,4 millones de muertes por tuberculosis, siendo los pobres y marginados de los países en desarrollo los más afectados. Se estima que el 95% de todos los casos y el 98% de defunciones por TB ocurren en los países de escasos recursos.

Para el 2007 a nivel de la Región de las Américas se estimó casi 295,000 casos nuevos de tuberculosis, representando el 3.2% de aporte a la carga mundial. El Perú constituye el 4to país con más alta tasa de incidencia de tuberculosis después de Haití, Bolivia y Guyana; y es el 2do país que notifica mayor número de casos (15.5%), después de Brasil (35.3%), concentrando ambos países el 50% de casos de la Región.

Respecto a la TB MDR, las encuestas de vigilancia de la resistencia ubican a República Dominicana, Ecuador, Guatemala y Perú, como los países con más elevadas prevalencias de TB-MDR ($\geq 3\%$ de prevalencia) (26), siendo Perú, el país que reporta la mayor cantidad de casos confirmados de TB multidrogoresistente, debido a la incorporación y expansión de pruebas de sensibilidad a nivel país.

El Perú, entre el 2007 y 2011 mantiene tasas de incidencia de tuberculosis fármaco sensible descendentes, alcanzando en el 2011 una tasa de 98 x 100,000 habitantes, con 27,028 casos nuevos reportados. Evidencia una sostenida emergencia e incremento de formas graves como la TB multidrogo resistente (TBMDR) y TB extensamente resistente (TB XDR), reportando en el 2011, un total de 1,145 casos confirmados de TB MDR y 78 casos de TB XDR; acumulando 393 casos de TBXDR en el período 1999-2011(10). El 96.7% del total de casos de TB MDR está concentrado en las regiones de la costa

peruana, principalmente en Lima-Callao con registro del 83% de casos de TB MDR, 93% de casos de TB XDR y con el 59% del total de casos de TB fármaco sensible.

En la TB-MDR se encuentra resistencia al menos a isoniazida y rifampicina, los dos medicamentos antituberculosos de primera línea más potentes. En el caso de la TB extensivamente resistente (TB XDR), esta resistencia está ampliada a las fluoroquinolonas y por lo menos a una de las tres drogas inyectables de segunda línea, lo que hace a estas cepas prácticamente incurables, con persistencia en la transmisión y con alto riesgo de muerte.

En las Américas sólo el 77% de pacientes que recibió tratamiento con medicamentos de primera línea en el año 2008, concluyó el tratamiento con éxito; en el Perú, fue el 89.5% en el año 2010, con un 6% de abandono al tratamiento. Las tasas de curación a esquemas de tratamiento con drogas de segunda línea son mucho menores. Entre los principales factores que contribuyen a tasas de curación sub óptimas, están la insuficiente calidad de aplicación de DOTS, principalmente relacionado con la supervisión inadecuada del tratamiento, deficiencias en los sistemas de información, a la co-infección TB/VIH y a la alta prevalencia de TB-DR/MDR, entre otros. (26) Hasta el 2003 los esquemas de tratamiento para TBMDR utilizados por la Estrategia de TB sólo lograban curar a menos del 50% de los enfermos.

Para el control efectivo de la TB, se requiere intervenir sobre sus determinantes sociales, como la pobreza e inequidad, malnutrición, pobreza e inequidad, hacinamiento y vivienda, discriminación, exclusión social, empleo, educación, seguridad social, además de los servicios de salud. Son todos factores que influyen en la posibilidad de exposición al contagio, así como en el desarrollo y cura de la tuberculosis en una persona.

En la aparición de la farmacoresistencia, son determinantes innegables los problemas de acceso a los servicios de salud y la incapacidad del sistema de salud para asegurar que los pacientes reciban tratamiento completo.

La farmacoresistencia y la TB MDR están asociados a un deficiente control de TB, particularmente en la ejecución e implementación de la estrategia DOTS, con inadecuados esquemas de tratamiento, escasa adherencia al tratamiento, débil gestión en los Programas de Control de TB, ausencia de programas de control de infecciones en los establecimientos de salud, así como la infección por VIH. Desde una perspectiva de Salud Pública, un tratamiento inadecuado o incompleto es peor que ningún tratamiento, ya que el tratamiento incorrecto puede causar un daño más grave, con farmacoresistencia, infección prolongada, recaída, complicaciones e incluso la muerte. El tratamiento incompleto constituye un grave riesgo para las personas enfermas, su familia y la comunidad.

Adicionalmente, otros factores sociales involucrados alrededor de la TB MDR, tales como edad productiva, población vulnerable como los privados de libertad, personas sin hogar, personas que viven en zonas de pobreza, consumidores de drogas, migrantes, grupos étnicos y grupos con alta prevalencia de infección VIH determinan la complejidad en el control de esta enfermedad de tratamiento prolongado y la necesidad de una intervención multidisciplinaria. El tratamiento de la TB fármaco sensible dura entre seis a ocho meses, y para la TB MDR en promedio de 18 a 24 meses. Este último tratamiento es más tóxico y costoso, e involucra cuatro a ocho medicamentos de segunda línea administrados dos veces por día, incluyendo un inyectable de aplicación diaria, durante seis meses como mínimo en el establecimiento de salud.

TEORÍA DE ENFERMERÍA

TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM

En el servicio de medicina los pacientes internados son dependientes donde las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción a través de sistemas de enfermería que son:

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera

interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentarse, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.

- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo 1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. 2. Paciente encamado con reposo absoluto.
- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Estos sistemas de cuidado, se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas, así como para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas.

DESARROLLO CAPITULAR

DATOS GENERALES

- Apellidos y Nombres : L.M.S.
- Edad : 44 años
- Sexo : Femenino
- Estado civil : Casada
- Ocupación : Profesora
- Lugar de procedencia : Caserío de Padre cocha.
- Servicio : MEDICINA
- Cama : N° 12
- Fecha de ingreso : 07-06-17
- Motivo de ingreso al hospital: Tos con expectoración hemoptoica, dificultad respiratoria, pérdida de peso, alza térmica.
- Fecha de recolección de información : 13-06-17

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- Niega RAMS.
- Niega enfermedades crónicas.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

- Niega.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

EXAMEN FÍSICO:

- a. Estado General: Paciente en mal estado general, regular estado de higiene, mal estado nutricional, quejumbrosa y delgada, con vía endovenosa transfundiendo Dextrosa 5% 1000 cc + hipersodio 1 amp. + Kalium 1 amp. XXX gts x'. En miembro superior izquierdo.
- b. Piel: caliente al tacto T° 38.5 °c.
- c. Cabeza: Simétrica, sin lesiones, no dolorosa a la palpación.
Cabello: Regular estado de higiene, buena implantación, color negro oscuro.
- d. Cara:
Ojos: Simétricos, visión conservada, presencia de lagañas.
Oídos: Simétricos, buena implantación de pabellón auricular, buena audición, no otorragia, no otalgia.
Nariz: presencia de secreciones, simétrico, no lesiones.
Boca: Mucosa secas, lengua seca, regular estado de higiene bucal.
- e. Cuello: Simétrico, forma cilíndrica, móvil, no doloroso a la palpación, no adenopatías.
- f. Tórax y Pulmones: Simétrico, no tumoraciones, presencia de estertores en lóbulo superior y crepitaciones en lóbulo inferior, FR 30x'.
- g. Cardiovascular: ruidos cardiacos aumentados, saturación de oxígeno 86%.

- h. Abdomen: Blando, depresible, no distensión abdominal no presencia de masas, ruidos hidroaéreos presentes.
- i. Extremidades: Tono y fuerza muscular disminuida, simétricos, no dolor en articulaciones, no presencia de edemas, no varices.
- j. Neurológico: Lucido orientado en tiempo espacio y persona, poco comunicativo.
- k. Genitales: diferido.
- l. Rectal: diferido.

Funciones Vitales:

FC: 80 por minuto

FR: 30 por minuto

T°: 38.5°C

P/A: 120/50

SatO2: 86%

Talla: 1:62cm

Peso Actual: 50 kg

IMC: 19.08

TRATAMIENTO MÉDICO

- Dieta completa + LAV.
 - Dextrosa 5% 1000 cc.
 - Hipersodio 1 amp.
 - Kalium 1 amp.
 - Rifampicina 500 mg. V.O c/24h.
 - Isoniazida 250 mg. V.O c/24h.
 - Pirazinamida 1250 mg. V.O c/24h.
 - Etambutol 1000 mg. V.O c/24h.
 - Metamizol 1gr EV PRN T°>38°.
 - C.F.V.
 - VOSA.
- E.V 30 gts. X minuto

RADIOGRAFÍA SIMPLE DE TÓRAX

Detección de alteraciones estructurales en pulmón: signos de infiltraciones y cavitaciones.

EXÁMENES DE LABORATORIO

(10/06/17)

valores normales

▪ Hemoglobina: 11.50 gr/dl	13 - 16 gr/dl
▪ Hematocrito: 34.5 %	40.7% a 50.3%
▪ Glucosa: 95 mg/dl	70 - 100 mg/dL
▪ Leucocitos: 3.900 mm ³ .	1.300-4.000 /ml
▪ Proteínas totales: 5.2 gr/dl	6,7 - 8,6 gr/dL
▪ Albúmina: 3 gr/dl	3.4 a 5.4 gr/dl
▪ Urea: 40 mg/dl	18 a 55 mg/dl
▪ Creatinina: 1.2 mg/dl	0.7 a 1.3 mg/dl.

(11/06/17)

AGA

▪ pH: 7.37	7.35-7.45
▪ pCO ₂ :37.1 mmHg	35-45 mmHg
▪ pO ₂ : 88 mmHg	80-100 mmHg
▪ HCO ₃ : 24.1 mmol/L	22-26 mEq/L
▪ Sat: 86%	95-100%
▪ Na: 138 mmol/L	135-145 mmol/L
▪ K: 3.46 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
▪ Ca: 1.98 mmol/L	2.13 a 2.55 mmol/L
▪ Cl:101 mmol/L	95-106mmol/L
▪ CBase (B) -0.5 mEq/L	0+-2

- anión Gap: 11 mmol/L
- FiO2: 50%

8-12

VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS

DOMINIO I: PROMOCIÓN DE LA SALUD

No aplica

DOMINIO II: NUTRICIÓN

Paciente con diagnóstico Tuberculosis Pulmonar, con edema en miembros inferiores con signo de fóvea +/+, cuenta con examen de laboratorio: Hemoglobina: 13.10 gr/dl, Hematocrito: 39.3%, Proteínas totales: 7.2 gr/dl, Albúmina: 4 gr/dl, recibiendo dieta completa.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> ○ Dx: Tuberculosis Pulmonar. ○ Peso 50 kg. 	<p>Clase 1: Ingestión</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Edema con signo de fóvea +/+ ○ Hemoglobina: 11.50 gr/dl, Hematocrito: 34.5%, Proteínas totales: 5.2 gr/dl, Albúmina: 3 gr/dl. 	<p>Clase 3: Absorción</p>

DOMINIO III: ELIMINACIÓN/INTERCAMBIO

Paciente con diagnóstico Tuberculosis Pulmonar, saturando 86%, se ausculta estertores en ambos campos pulmonares, ruidos hidroaereos presentes, abdomen blando depresible, y con resultados de laboratorio: Urea: 40 mg/dl y Creatinina: 1.2 mg/dl.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> ○ Orina amarillo ámbar. ○ Urea: 40 mg/dl ○ Creatinina: 1.2 mg/dl ○ Potasio: 3.46 mmol/L 	<p style="text-align: center;">Clase 1: Función urinaria.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ RH +. ○ una deposición cada día. 	<p style="text-align: center;">Clase 2: Función gastrointestinal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ DX: Tuberculosis Pulmonar. ○ Sat: 86% ○ Estertores en ACP. ○ PaO₂/FiO₂=210 mmHg. 	<p style="text-align: center;">Clase 4: Función respiratoria</p>

DOMINIO IV: ACTIVIDAD/REPOSO

Paciente con Diagnostico de Tuberculosis Pulmonar, con grado de dependencia II.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
-----------------------------	--------------

<ul style="list-style-type: none"> ○ DX: Tuberculosis Pulmonar. 	<p>Clase 2: Actividad/ejercicio</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Paciente con Grado de dependencia II (ayuda de otra persona y de equipo). 	<p>Clase 5: Autocuidado</p>

DOMINIO V: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

No se encuentran datos significativos.

DOMINIO VI: AUTOPERCEPCIÓN

No se encuentran datos significativos.

DOMINIO VII: ROL/RELACIÓN

Esposo de la paciente refiere: “estoy preocupado por estado de salud de mi esposa la amo y la extraño mucho ambos compartimos los gastos de la casa”.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> ○ “Estoy preocupado por estado de salud de mi esposa la amo y la extraño mucho ambos compartimos los gastos de la casa”. 	<p>Clase 3: Desempeño del rol.</p>

DOMINIO VIII: SEXUALIDAD

No se encuentran datos significativos.

DOMINIO IX: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Esposo de la paciente refiere: ¿se recuperara mi esposa?”, “tengo tres niños pequeños”.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none">○ ¿Se recuperará mi esposa?, “tengo tres niños pequeños”	Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES

No se encuentran datos significativos.

DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

- Paciente en su unidad con la luz tenue, con diagnóstico: Tuberculosis Pulmonar, Se observa piel diaforética, FR: 30x', T°38.5°C.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none">○ Unidad con luz tenue.	Clase 4 Peligros ambientales
<ul style="list-style-type: none">○ FR: 30x', T°38.5°C.○ Piel diaforética○ Tuberculosis Pulmonar.	Clase 6: Termorregulación

DOMINIO XII: CONFORT

No se encuentran datos significativos.

DOMINIO XIII: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

No se encuentran datos significativos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1. Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas Relacionada con presencia de secreciones bucofaríngeas, densas amarillentas en regular cantidad manifestado por Tos productiva, presencia de sonidos estertores y agitación, SatO₂: 86%, FR: 30 por minuto.
2. Termorregulación ineficaz relacionado con la enfermedad Tuberculosis, manifestado por fiebres repetitivas, taquipnea, diaforesis, dolor torácico y T° 38.5°C.
3. Deterioro del intercambio de gases Relacionado con disminución de la ventilación – perfusión secundaria a dificultad respiratoria manifestado por SatO₂:86% FR: 30 por minuto, agitación, diaforética.
4. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con factores biológicos, manifestado por pérdida de peso, falta de apetito.

5. Afrontamiento familiar comprometido r/c incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación e/p Manifestación verbal del esposo.

PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES

PRIORIZACIÓN

REALES

1. Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas Relacionada con presencia de secreciones bucofaríngeas, densas amarillentas en regular cantidad manifestado por Tos productiva, presencia de sonidos estertores y agitación, SatO₂: 86%, FR: 30 por minuto.
2. Termorregulación ineficaz relacionado con la enfermedad Tuberculosis, manifestado por fiebres repetitivas, taquipnea, diaforesis, dolor torácico y T° 38.5°C.
3. Deterioro del intercambio de gases Relacionado con disminución de la ventilación – perfusión secundario a dificultad respiratoria manifestado por SatO₂:86% FR: 30 por minuto, agitación, diaforética.

4. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con factores biológicos, manifestado por pérdida de peso, falta de apetito.

BIENESTAR

1. Afrontamiento familiar comprometido r/c incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación e/p Manifestación verbal del esposo.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos objetivos</p> <p>1. DX: Tuberculosis pulmonar.</p> <p>2. De la Historia Clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PaO₂/FiO₂=210 mmHg <p>3. Del Examen físico</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SatO₂: 86%, FR: 30x' ○ Estertores en ACP. 	<p>Reales</p> <p>Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas Relacionada con presencia de secreciones bucofaríngeas, densas amarillentas en regular cantidad manifestado por Tos productiva, presencia de sonidos</p>	<p>Objetivos Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener vías aéreas permeables. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eliminar las secreciones bucofaríngeas. ○ Identificar signos de presencia de sonidos estertores y otros signos de Tuberculosis Pulmonar. 	<p>Intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se Controla los signos vitales cada 2 horas. Especialmente FR. ● Se Ausculta los pulmones en busca de roncus, crepitantes, sibilancias o estertores. ● Se mantiene las vías aéreas permeables. ● Se coloca al paciente en posición fowler o semifowler. ● Se aumenta la ingesta de líquidos. ● Se realiza la nebulización con 5cc de NACI 9%. ● Se enseña al paciente a realizar tos asistida y controlada. ● Se Realiza fisioterapia respiratoria 	<p>Paciente mantuvo vías aéreas permeables, a la auscultación no presenta sonidos estertores satura 97%, FR: 22 x'.</p>

	<p>estertores y agitación, SatO2: 86%, FR: 30 por minuto.</p>		<p>y cambios posturales para favorecer la expectoración de secreciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene el equipo de aspiración disponible. • Se aspira secreciones bucofaríngeas siguiendo las medidas de bioseguridad. • Se observa los niveles de saturación y estado hemodinámico (PAM y ritmo cardiaco) inmediatamente antes, durante y después de la aspiración. • Se anota el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. • Se envía las secreciones para cultivo si procede. 	
--	---	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	1
Mateos y colaboradores	2013	Elsevier/Artículo de Enfermería Intensiva	Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la tuberculosis pulmonar.	2
López Andrés	2015	Uva doc/tesis de Grado	Cuidados de Enfermería en los pacientes con tuberculosis pulmonar.	2

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermera del turno anterior refiere que paciente presentó temperatura 38.5° que cedió con antipiréticos <p>De la historia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ FR: 30x', T°38.5°C. ○ Piel diaforética 	<p>Reales</p> <p>Termorregulación ineficaz relacionado con la enfermedad Tb, manifestado por fiebres repetitivas, taquipnea, diaforesis, dolor torácico y T° 38.5°C.</p>	<p>Objetivos Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Restablecer termorregulación <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluar signos vitales tales como T°, FR. 	<p>INTERVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se crea un ambiente tranquilo, que facilite confianza y sin interrupciones. • Se Fomenta el aumento de la toma de líquidos orales. • Se administra un baño tibio. • Se vigila las extremas medidas de bioseguridad en todos los procedimientos. • Se lava las manos antes y después de cada procedimiento según protocolo del servicio. • Se controla la temperatura cada 2 horas. • Se controla la presión sanguínea, pulso y respiración. • Se observa el color y 	<p>Paciente mantiene T° corporal entre 37°-37.3°c, FR: 22x', FC: 78x', con la piel hidratada, sin signos de infección.</p>

			<p>temperatura de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se coloca compresas frías para ajustar la temperatura corporal.• Se realiza medios físicos si no cede administrar metamizol 1 gr EV si la temperatura > 38.5 °C condicional a fiebre y dolor.• Se lleva un control estricto de ingresos y egresos.• Se administra antibióticos con las medidas de bioseguridad según prescripción médica.	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	1
Irigoyen y Fernández	2010	Medes/Revista Rol de Enfermería	Fiebre e hipertermia	2

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos objetivos:</p> <p>DX Tuberculosis Pulmonar.</p> <p>Del examen físico</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dificultad respiratoria. SatO2:86%. FR: 30 por minuto Agitación. Diaforética. 	<p>Reales</p> <p>Deterioro del intercambio de gases</p> <p>Relacionado con disminución de la ventilación – perfusión secundario a dificultad respiratoria manifestado por SatO2:86% FR: 30 por minuto, agitación, diaforética.</p>	<p>Objetivos Generales:</p> <p>Recuperar el intercambio de gases.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ mantener un patrón respiratorio normal. ○ Identificar signos de complicación de la Tuberculosis Pulmonar. 	<p>INTERVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se valora el adecuado intercambio gaseoso: se evalúa periódicamente frecuencia, profundidad y patrón de la respiración. • Se evalúa el color de la piel. • Se controla posibles alteraciones del estado mental: inquietud, letargia, desorientación. • Se monitoriza la saturación de oxígeno con un pulsosímetro. • Se administra oxígeno según prescripción médica: 6lit x m. • Se coloca a la paciente en posición semifowler de manera que se optimice su respiración cambiando cada dos horas. • Se ausculta sonidos respiratorios, tomando mayor énfasis en las zonas de 	<p>Paciente recupero el intercambio de gases, con patrón respiratorio normal.</p> <p>SatO2:97%.</p> <p>FR: 22 por minuto.</p>

			<p>sonidos extraños especialmente en bases pulmonares.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se enseña técnica de respiración de labios fruncidos.• Se ayuda al paciente a mejorar la tos animándolo a que realice varias respiraciones profundas, luego de esto una respiración profunda, la mantenga durante 2 segundos y tosa de 2 a 3 veces de forma secuencial.• Se administra medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases.	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	1
Yáñez, J. C.	2015	UPB/artículo de revisión	Identificación de las características clínico- epidemiológicas asociadas a la Tuberculosis en pacientes atendidos en el programa de control de la tuberculosis en la provincia de Tungurahua.	2

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos objetivos</p> <p>DX Tuberculosis Pulmonar.</p> <p>Peso 50 kg.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoglobina: 11.50 gr/dl, Hematocrito: 34.5%, Proteínas totales: 5.2 gr/dl, Albumina: 3 gr/dl. 	<p>Potenciales</p> <p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con factores biológicos, manifestado por pérdida de peso, falta de apetito.</p>	<p>Objetivos</p> <p>Generales:</p> <p>Evitar el Desequilibrio nutricional del paciente.</p>	<p>Intervenciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se determina la preferencia de comida del paciente. • Se proporciona una selección de comidas variadas. • Se determina la ingesta de alimentos diarios, así como sus hábitos. • Se elige suplementos nutricionales, si fuese el caso. • Se combina alimentos de los distintos grupos básicos, cereales, legumbres, frutas, verduras, lácteos, carnes, aceites y azúcares en su justa proporción. • Se reconoce que la pérdida de peso puede formar parte del progreso natural de una enfermedad. • Se controla el peso diario a 	<p>Paciente Evito el Desequilibrio nutricional con ingesta de alimentos adecuados ganancia de peso 63 kg.</p>

			<p>intervalos adecuados y calcular el IMC.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se proporciona charlas educativas y demostrativas, acerca de las necesidades nutricionales y de una buena alimentación, que ayude a recuperar su peso.	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	1
Herdman., T.H.	2012	NANDA International.	Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación.	2

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos</p> <p>subjectivos:</p> <p>Esposo refiere “estoy preocupado por estado de salud de mi esposa la amo y la extraño mucho ambos compartimos los gastos de la casa”, hace referencia ¿se recuperará mi esposa?, “tengo tres niños pequeños”</p>	<p>Bienestar</p> <p>Afrontamiento familiar comprometido r/c incertidumbre sobre el estado de salud y desconfianza para afrontar la situación e/p</p> <p>Manifestación verbal del esposo.</p>	<p>Objetivos Generales:</p> <p>Promover el afrontamiento familiar eficaz.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Identificar causas de afrontamiento ineficaz del esposo ante la enfermedad de su paciente.</p>	<p>Intervenciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se establece una relación terapéutica. • Se brinda confianza a la familia. • Se aplica escucha activa y se establece una relación empática. • Se brinda apoyo emocional. • Se hace que el familiar reciba el informe médico. • Se informa a la familia sobre los cuidados de enfermería que recibe su paciente. • Se permite que exprese sus dudas y temores. • Se Incentiva al esposo que participe en los cuidados de su paciente. • Se permite al esposo que interactúe con su paciente. • Interacción terapia de pareja por psicología. 	<p>Esposo de la paciente refiere tener más confianza en afrontar la situación y se mostró colaborador en los cuidados de su esposa.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	1
Beltrán – Salazar	2010	Aquichan/Portal de revistas-enfermería	Hay que poner de su parte para afrontar una enfermedad grave	2

EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Los cuidados de enfermería se llevaron a cabo durante el tiempo que estuvo hospitalizada la paciente, cumpliéndose en un 85% con lo programado.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

En la valoración: Se tomó datos importantes y se agrupó por dominios, abarcando globalmente las esferas del ser humano.

En la planificación: se priorizó los problemas que se encontraron, se planteó objetivos y se detalló los cuidados a seguir.

Evaluación: se volvió a reevaluar a la paciente encontrándose cambios a corto y mediano plazo tales como:

- Paciente mejoró su estado nutricional tras recibir dieta completa presentando valores de albumina 4.3 gr/d, hematocrito 39% y hemoglobina 13.5 gr/dl, Ca 2.2 mmol/L, K 3,5 mmol/L.
- Paciente mantuvo vías aéreas permeables se auscultó murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, saturando 97%, FC: 70x', FR: 22x.
- Paciente presenta temperatura corporal entre 37°-37.2°c, FR: 22x', FC: 78x', con la piel hidratada. Paciente se encuentra estable, controlado en un ambiente especializado de tuberculosis. con terapéutica indicada.

CONCLUSIONES

- El paciente mantuvo vías aéreas permeables, a la auscultación no presenta sonidos estertores satura 97%, FR: 22 x´.
- El paciente mantuvo T° corporal entre 37°-37.3°c, FC: 78x´, con la piel hidratada, sin signos de infección.
- Paciente recupero el intercambio de gases, con patrón respiratorio normal. SatO2:97%. FR: 22 x´.
- Paciente mejoro el estado nutricional.
- El esposo de la paciente refiere tener confianza en afrontar la situación y se mostró colaborador en los cuidados de su esposa.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios de investigación: casos clínicos, proyectos, tesis, etc. Que ayuden en la prevención promoción diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar.
- Se recomienda hacer manuales y protocolos que estandaricen los cuidados de Enfermería.
- Se recomienda aplicar el proceso de Enfermería para hacer un seguimiento riguroso durante la estancia del paciente, observar signos de alarma que sugieran agravamiento del paciente para tratarlas a tiempo y evitar complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonilla C. Situación de la tuberculosis en el Perú: Situación Actual. Acta méd Peruana. 2008; 25(3):163-70.
2. Morán Moguel MC, Aceves Hernández D, Peña Montes de Oca PM, Gallegos Arreola MP, Flores Martínez SE, Montoya Fuentes H, et al. Detección de Mycobacterium tuberculosis mediante la reacción en cadena de la polimerasa en una población seleccionada del noroccidente de México. Rev. Panam Salud Pública. 2000; 7(6):389-94.
3. Cáceres U, Catillo R. Tuberculosis pulmonar: características clínico epidemiológicas del Hospital Central FAP 1197-2001. Horiz. Med. 2005; 5(1):28-33.
4. Ministerio de Salud. Registro Medico Electrónico (EMR) -ESNP CT-PERU. 2012 mar.
5. Ministerio de Salud _Perú. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis. 2006.
6. Smith. ¿Qué es el DOTS? Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza; Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/spanish/dd/pub/Tuberculosis-55.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Alto a la Tuberculosis. 2006 - 2015. 2006.
8. World Health Organization. DOTS Plus y el Comité Luz Verde. 2001.
9. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021. 2011.
10. World Health Organization. Planning the development of human resources for health for implementation of the Stop TB Strategy: a handbook. 2009.
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. 2007.
12. World Health Organization. Plan Global Stop TB 2011-2015. 2011.
13. World Health Organization, Rockefeller Foundation. Human Resources Development for TB Control. 2004.

14. The Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (TBCTA). Human resource development for TB control. The role of TFT within TBCTA. 2004.
15. Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. Lineamientos de Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. 2005.
16. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008- 2017. 2007.
17. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006 – 2015. 2006.
18. Organismo de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe. 2005.
19. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de expansión del manejo programático de la tuberculosis resistente: Hacia el acceso universal de la TB-D/M/XDR en Las Américas. 2011.
20. World Health Organization. Un Marco Ampliado de DOTS para el Control Eficaz de la Tuberculosis. 2002.
21. Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis. Estudio de Cohorte del Tratamiento Anti TB - Esquema Uno año 2010. 2010.
22. PNUD. Tuberculosis y Determinantes Sociales; una propuesta para un tratamiento integral de una antigua enfermedad. 2013.
23. Campos PE, Suarez PG, Sánchez J, Zavala D, Arévalo J, Ticona E, et al. Multidrug resistant Mycobacterium tuberculosis in HIV-Infected Persons, Peru. Diciembre de 2003; Emerging Infectious Diseases • www.cdc.gov/eid • Vol. 9, No. 12.
24. https://www.researchgate.net/profile/Marta_Lima-Serrano/publication/26785547_Family_oriented_nursing_care/links/0c9605176b6e578ac4000000.pdf.
25. Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis. Norma Técnica: Actualización en la Atención del paciente con TB Multidrogoresistente (TBMDR). 2005.

26. E. Palacios, D. Guerra, K. Llaro, R. Sapag, J. Furin. The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). *INT JTUBERC LUNG DIS* 7(4):343–346 2003 IUATLD.
27. Bonilla C. Enseñanza de Tuberculosis en las Universidades. 2005.
28. Enarson DA, Billo NE. Critical evaluation of the Global DOTS Expansion Plan. *Bulletin of the World Health Organization* | May 2007, 85 (5).
29. Ministerio de Salud _Perú. Construyendo Alianzas Estratégicas para detener la Tuberculosis - La experiencia peruana. 2006.
30. Ministerio de salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Sala Situacional de Tuberculosis. 2010 jun.
31. Ministerio de Salud-Perú. Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis (NTS N°101-1 - MINS/DGSP V.01). 2013.
32. Ministerio de Salud-Perú. Norma Técnica de Salud «Categorías de Establecimientos del Sector Salud». 2011.
33. Ministerio de Salud. Perú. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con Énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada. 2010.
34. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria Salud en las Américas. OPS; 2007.
35. Ministerio de Salud-Perú. Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad. 2011.
36. Ministerio de Salud-Perú. Guía Técnica de Operativización del modelo de Atención Integral de Salud. 2006.
37. Rovere M.R. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Washington, D.C.: OPS; 1993. 232 p. p.
38. Organización Panamericana de la Salud. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005 - 2015. 2006.
39. Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en

- Salud Lima: Ministerio de Salud; Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud, Perú 2007 - 2015. 2013.
40. Ministerio de Salud. Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud -Gobernabilidad y desempeño con Desarrollo Humano. 2005.
41. Acevedo, Gabriel, Farías, María Alejandra, Vilca, Olga, Dinardo, Rosa Esther, De maría, María José, Alfonzo, José. Condiciones de trabajo y empleo del Recurso Humano de Enfermería en las provincias de Córdoba, Jujuy, La Pampa y Santiago del Estero. Estudio de las modalidades de contratación, nivel de formación y salarios. Ministerio de Salud de la Nación. Comisión Nacional Salud Investiga; 2013 may.
42. Burijovich J, Pautassi LC. Calidad del empleo y calidad de la atención en salud en Córdoba -Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas. United Nations Publications, 2005;
43. Hanson C. Expanding DOTS in the context of a changing health system. 2003[Citado 18 de diciembre de 2012]; Recuperado a partir de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67934>
44. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la Tuberculosis en las Facultades de salud. 2004.
45. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Salud. Lineamientos y medidas de Reforma del sector salud en el Perú. 2013.
46. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. 2008.
47. Ticona E. Tuberculosis, se agotó el enfoque biomédico? Rev. Perú Med Exp Salud Pública 2009; 26(3): 273-75.
48. Blok L, Hof S van den, Mfinanga SG, Kahwa A, Ngadaya E, Oey L. Measuring workload for tuberculosis service provision at primary care level: a methodology. Human Resources for Health 2012, 10:11 [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.human-resources-health.com/content/10/1/11>
49. Nachtigall I, Deja M, Tafelski S, Tamarkin A, Schaller K, Halle E, et al. Adherence to standard operating procedures is crucial for intensive care

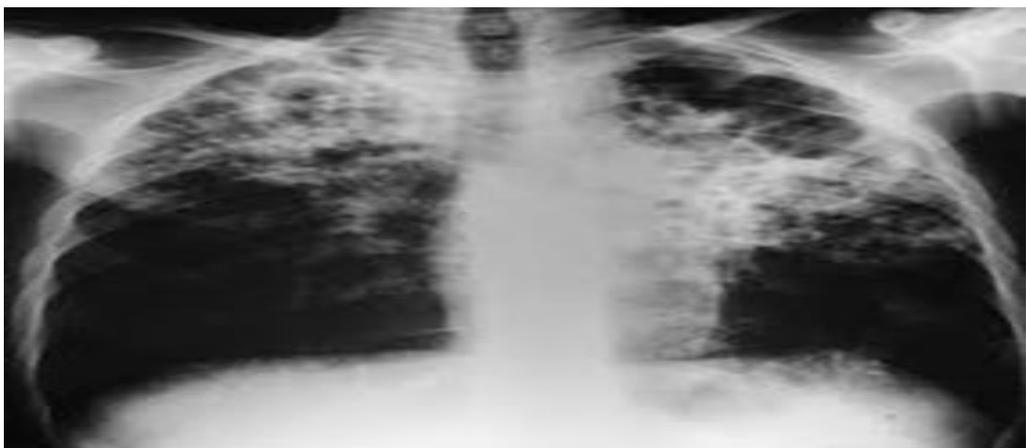
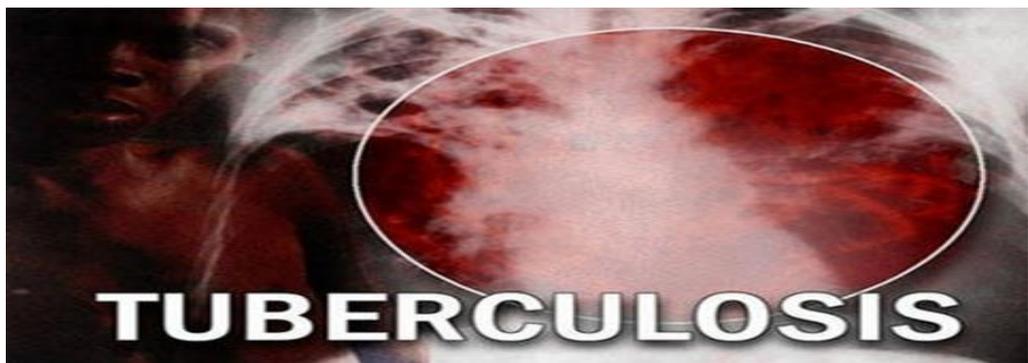
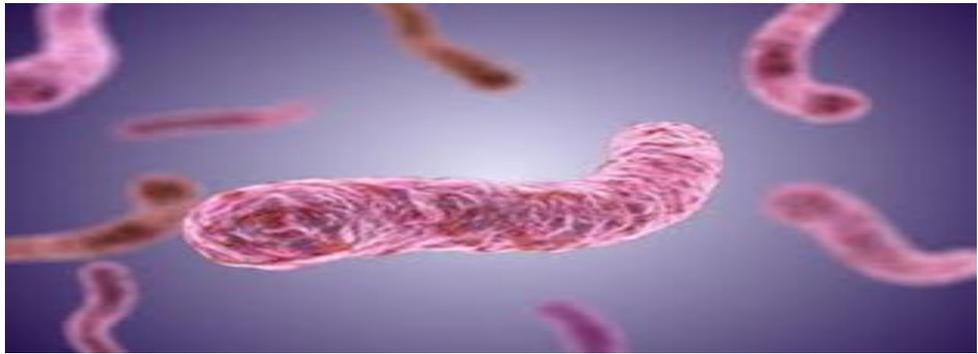
- unit survival of elderly patients. *J Int Med Res.* Junio de 2008; 36(3):438-59.
50. Chalco K, Guerra D, Llaro K, Mestanza L. Guía de Enfermería SES en TBMDR y DOTS Plus. *Socios en Salud*; 2006.
51. Acevedo G, Farias A, Sánchez J, Astegiano C, Fernández A. Condiciones de Trabajo del Equipo de salud en Centros de Atención Primaria desde la Perspectiva del Trabajo Decente. *Rev. Argent Salud Pública.* 2012; 3(12):15-22.
52. Cruz OA, Flores E, Muñoz AI. Conocimientos sobre tuberculosis en trabajadores de la salud en una localidad de Bogotá D.C. *Avances en Enfermería.* Volumen XXIX. N° 1. Enero - junio 2011.
53. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social -Argentina. Subsecretaria de Programación Técnica y Estudios Laborales. Trabajo, ocupación y empleo. 2011.
54. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS) - Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos. Atención Primaria de Salud y Desarrollo de Recursos Humanos. 2003.
55. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2). Washington D.C: OPS, 2008.
56. Lafargue D, Orozco M, Toledano Y, Del Campo E, Tablada R. Calidad de la Ejecución del Programa de Control de la Tuberculosis en una institución cerrada de Santiago de Cuba. *MEDISAN.* 2010; 14(4):490.
57. Duarte S, Toledano Y, Lafargue D, Del Campo E, Cuba M. Calidad de la ejecución del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el Policlínico Universitario «José Martí». *MEDISAN.* 2013; 17(5):828.
58. Muñoz A, Bertolozzi MR. Percepción de los trabajadores de salud de unidades Básicas de salud de Sao Paulo (Brasil) sobre la tuberculosis. *Avances en Enfermería.* av.enferm., XXVII (2):19-24, 2009.
59. Leopoldo Yáñez. El trabajo como determinante de la salud. *Salud de los Trabajadores.* Volumen 11 No 1 / Enero 2003.

60. Acevedo G, Farías A, Sánchez J, Astegiano C, Buffa G, Álvarez G, et al. Condiciones y medio ambiente de trabajo en hospitales públicos provinciales de la Ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Salud Pública*, (XVII) 4:8-20, dic 2013.
61. Escuela Nacional Sindical. *La Salud en Colombia. Ley 100 de 1993 Organización industrial y condiciones laborales*. Primera edición, marzo 2009;
62. Durán M. Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*. 1 (1):71-84 Enero-Junio, 2010.
63. Mendoza A. Tuberculosis como enfermedad ocupacional. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*.
64. Fica Alberto, Cifuentes Marcela, Ajenjo Cristina, Jemenao Irene, Zambrano Alejandra, Febré Naldy, et al. Tuberculosis en el personal de salud. *Rev. Chil infectol [revista en la Internet]* 2008 Ago. [Citado 2014 Mayo 03]; 25(4): 243-255[Internet]. Recuperado a partir de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182008000400001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S071610182008000400001>.
65. Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo- Perú. *Reglamento de la Ley No29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo*. 2012.
66. Ostrosky-Zeichner Luis, García-Romero Elizabeth, Vázquez Alma, Ibarra M. Juana, Ponce de León-Rosales Samuel. Tuberculosis en trabajadores de la salud: importancia de los programas de vigilancia y control. *Salud pública de México*. vol.42, no.1, enero-febrero de 2000.
67. Cruz-Robazzi María Lucia do Carmo, Chaves María Yvone, Barcellos Rita de Cássia de Marchi, Almeida Luiz, Aparecida Lara, Pedrão Luiz. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010:26(1)52-64.
68. Moorhead, Johnson, Maas y Swanson. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 2014. Elsevier. 5ta edición. España.

69. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm Glob* 2010.
70. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería (6.a ed.). Barcelona: Mosly. 2007.
71. Ackeley, B. (2007). Manual de Diagnósticos de Enfermería. Enfermería basada en la evidencia. Barcelona: Elsevier.
72. Herdman., T.H. (2012) (Ed.) NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012 – 2014. Barcelona: Elsevier.
73. McCloskey, J., & M, B. G. (2005). Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. Madrid - España: Elsevier.
74. Irigoyen y Fernández. Fiebre e hipertermia. *Revista rol de Enfermería*. 2010 <https://medes.com/publication/61089>.
75. Campoverde, M. (2015). Ecuador continúa en la lucha contra la Tuberculosis. Recuperado el 16 de Junio de 2015, de <http://www.informateypunto.com/index.php/salud/7999-ecuador-continua-en-la-lucha-contr-la-tuberculosis>.
76. Washington, D. (2014). La OPS/OMS urge intensificar acciones para detectar y tratar a las personas coinfectadas con Tuberculosis y VIH en las Américas. Recuperado el 25 de Mayo de 2015, de http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=852:la-opsoms-urge-a-intensificar-acciones-para-detectar-y-tratar-a-las-personas-coinfectadas-con-tuberculosis-y-vih-en-las-americas&Itemid=239.
77. Yáñez, J. C. (2015). Identificación de las características clínico-epidemiológicas asociadas a la Tuberculosis en pacientes atendidos en el programa de control de la tuberculosis en la provincia de Tungurahua en el periodo enero 2013-diciembre 2014. Ambato-Ecuador.

ANEXOS

PATÓGENO



SIGNOS Y SÍNTOMAS

¿Cuáles son los síntomas de la TB?



FOTO



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS

DATOS GENERALES:

Fecha de ingreso: Hora de ingreso:.....

Forma de

ingreso:.....

.....

Antecedentes de Enfermedad y Quirúrgicas:

Ha sido hospitalizado: Si..... No..... Última fecha de

hospitalización:.....

HTA..... DM..... Gastritis..... Asma..... Neumonía..... TBC.....

Otros.....

Intervenciones quirúrgicas:...

.....

Procedimientos previos:

.....

...

Reacciones alérgicas: Si..... No.....

Especifique.....

DOMINIO 1:

PROMOCIÓN DE LA SALUD (toma de conciencia de la salud y manejo de la salud)

Reconoce que está enfermo y solicita ayuda? Si..... No.....

Conoce sobre su enfermedad actual: Si..... No.....

Factores de riesgo:

Uso de tabaco: Si.... No.... Frecuencia..... Consumo de alcohol: Si.....

No.... Frecuencia.....

Otros.....

.....

Se automedica: Si..... No..... qué medicinas?

.....

Medicación actual (dosis y frecuencia).....

.....

.....

.....

Cumple el tratamiento médico: Si..... No.....

Porque:.....

DOMINIO 2:

NUTRICIÓN (Ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación)

Medidas antropométricas: Peso actual..... talla actual.....

IMC.....

Pérdida de peso: Cuánto?..... En qué tiempo?

Apetito: Normal..... Disminuido..... Exceso.....Dificultad para
deglutir Si..... No.....

Alimentación: Oral..... SNG..... SNG..... Gastrostomía.....

Yeyunostomía.....

Nutrición parenteral: 2:1..... 3:1..... Por catéter venoso central..... Por
catéter v. periférico.....

Tipo de dieta: Hiperproteica..... Hiposódica..... Hipograsa.....

Otra.....

Líquida..... Tolerancia oral.....

Otros.....

Abdomen: blando depresible..... Distendida..... Globuloso..... Ascítico.....

Otros.....

Piel-Coloración: Normal..... Pálida..... Ictérica..... Hematoma.....

Otros.....

Hidratación: Seca..... Turgente..... Integridad: Intacta..... Lesiones.....

Especificar:

Dentadura: Completa..... Incompleta..... Ausente..... Prótesis.....

Caries dental..... Lengua saburra..... Higiene: Buena..... Regular.....

Mala..... Lesiones en boca: Si..... No.....

Exámenes de laboratorio:

Hemoglobina..... Hematocrito..... Albúmina.....
Plaquetas..... Proteínas..... Glucosa.....
Electrolitos.....
Otros.....

DOMINIO 3:

ELIMINACIÓN (Sistema urinario, gastrointestinal, tegumentario, pulmonar)

Vesical: anuria..... oliguria..... poliuria..... hematuria..... / Sonda vesical..... Talla vesical.....

Otros..... Incontinencia..... pañal..... colector orina.....

Volumen/24horas..... BHE/24 horas.....

Intestinal: deposición normal..... estreñimiento..... fecalomas..... diarrea..... melena.....

Otros..... Nº de deposición /día.. / Drenajes: Si.....

No..... Especifique

tipo..... Características.....
.....

Ruidos hidroaéreos: Normal..... Aumentado..... Disminuido..... Ausente.....

Abdomen: Normal....Distendido..... Timpánico..... Ascítico..... Tabla.....

Masas-hernias..... Fístula..... Colostomía..... Ileostomía.....

Colostomía..... Drenajes: tubular.....

Kher Otros
.....

Tórax: lesiones: Si No Drenaje tórax: Si No

Neumotórax..... Hemotórax.....

Secreciones traqueo bronquiales: Si..... No.....

Características.....

Disnea..... Cianosis..... Resultados de gasometría arterial: Oxigenación: PaO2PaO2/FiO2.....

Ventilación: PaCO2..... Equilibrio A- B: pH PaCO2 HCO3.....

DOMINIO 4:

ACTIVIDAD/REPOSO (reposo/sueño, actividad/ejercicio, equilibrio de la energía y respuesta cardiovascular/respiratoria)

Respuesta cardiovascular/respiratorias:

Problema para dormir: Si..... No.....

Especifique:.....

Duerme con pastillas: Si..... No.....

¿Cuáles?:.....

Despierta temprano: Si..... No.....

¿Porque?:.....

Uso de sedantes EV: cuáles? Horario..... Infusión continua:

..... Dosis:

Actividad – Ejercicios:

Capacidad percibido por nivel: Puntos a evaluar 0 1 2 3 4

Nivel 0: Completo auto cuidado (independiente)
Nivel 1: Necesita uso de un equipo o dispositivo
Nivel 2: Ayuda o supervisión de otra persona
Nivel 3: Ayuda de otra persona y de equipo

Tomar de alimentos Bañarse/aseo-personal Movilización en cama Deambula

Eliminación Vestirse

Marcha estable:.... Marcha con ayuda:.... Postrado: no se moviliza.....
se moviliza.....

Uso de: Bastón:..... Muleta:..... Andador..... Silla de
ruedas:.....Otros.....

Función Sensitiva: Debilidad..... Paresias..... Hemiplejia.....

Paraplejia.....

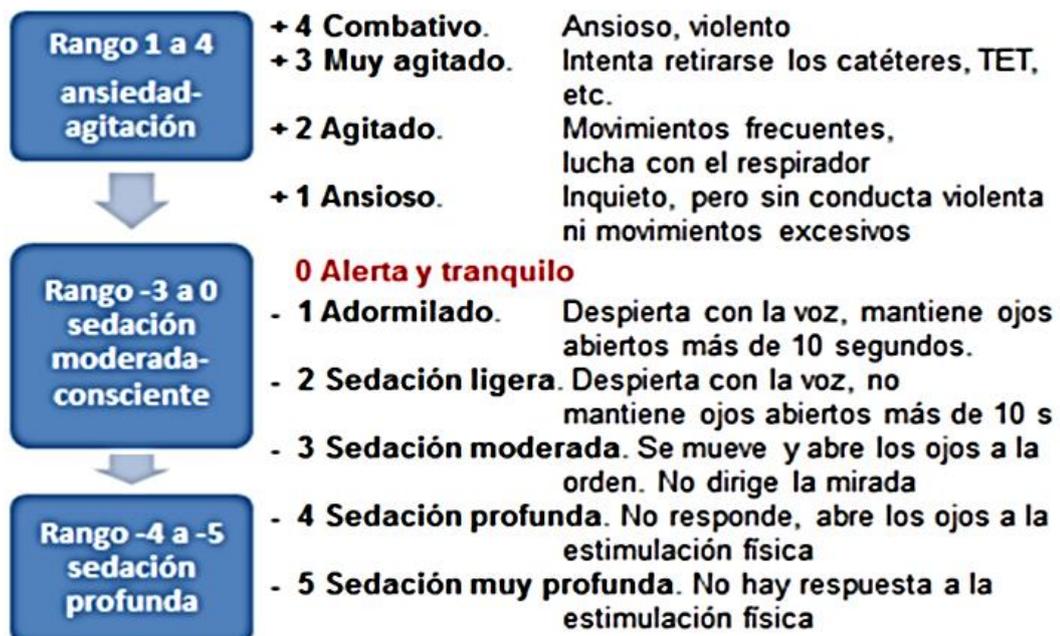
Fuerza muscular: Conservada:.... Disminuida:.... Nula.....

Ayuda Respiratoria: Cánula binasal:.....FiO2..... Máscara reservorio:....
 FiO2..... Venturi:... FiO2 TET:.... N°..... Nivel..... N° de días.....
 Traqueotomía:..... Ventilación: No Invasiva..... Invasiva.....
 Modo:..... Parámetros: FiO2 F.R..... P.I. V.T. P.S. I:E
 PEEP (Lo que da el paciente: V.T. V.m. FREX SO2
 ETCO2) Fecha:.....
 Actividad Circulatoria/riesgo periférico: Pulso regular:.... P. irregular:....
 P.pedio..... P.periférico..... P. A..... P.A.M. Pulso poplíteo:
 Normal:..... Ausente:..... Débil:.....
 Extremidad superior D:..... I..... Normal:..... Cianosis:.....
 Extremidad inferior D:..... I:..... Normal:..... Cianosis:.....
 Edema: Si:..... No:.....
 Especifique:.....Várices: Si :..... No:.....

DOMINIO 5:

PERCEPCIÓN/COGNICIÓN: (atención, orientación, sensación/ percepción, cognición y comunicación)

ESCALA RASS



Somnoliento:..... Soporoso:..... Comunicativo:..... Evasivo:.....
 Especificar:.....

Visión: Normal:..... Disminuido:..... Audición: Normal:.....
Disminuido:.....

Olfato: Normal:..... Disminuido:..... Gusto: Normal:.....
Disminuido:.....

Lenguaje: Normal:..... Afasia:..... Disartria:.....

Conoce sobre su enfermedad actual? SI..... NO.....

Sabe cómo cuidarse al salir de alta? SI..... NO.....

DOMINIO 6:

AUTOPERCEPCIÓN: (auto concepto, autoestima, imagen corporal).

Acepta su enfermedad: SI..... NO..... Acepta el cambio de su estado físico
SI..... NO:.....

Cuidado de su persona SI..... NO.....

Especifique.....

Tranquilo:..... Introverso:..... Extroverso:..... Impaciente.....

Positivo.....

DOMINIO N° 7:

ROL/RELACIÓN (roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol)

Fuentes de apoyo: Propios:..... Pareja:..... Hijos:.....

Familiares:..... Amigos:.....

Otros:.....

.....

Estado civil:..... Con quién

vive.....

Relación Familiar: Adecuado:..... Inadecuado:..... Conflictos familiares

SI..... NO:.....

Especifique:.....

.....

Ocupación:..... Ingreso económico: Adecuado:.....

Inadecuado.....

DOMINIO N° 8:

SEXUALIDAD (identidad sexual, función sexual, reproducción)

Disfunción sexual: Si:..... No:.....

Especifique:.....

Problemas con su pareja: Si:..... No:.....

Especifique:.....

DOMINIO N° 9:

AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRES (respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento y estrés neuro- comportamiento)

Irritable:..... Agresivo:..... Triste:.....

Otros:.....

Reacción frente a su enfermedad: Acepta: Si:.....

No:.....

Ansiedad:..... Preocupación:..... Indiferente:.....

Otros:.....

DOMINIO N° 10:

PRINCIPIOS VITALES (Valores, creencias y congruencias de las acciones con valores, creencias)

Religión:... Su religión es importante en su vida:

Si:..... No:..... ¿Por

qué?:.....

Solicita visita del capellán Si:.....

No:.....

Influye su religión en el tratamiento médico Si:.....

No:.....

Especifique:.....

.....

¿Qué necesita para fortalecer su espiritualidad?

.....

DOMINIO N° 11:

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN (Infección, Lesión física, Violencia, Peligros ambientales, Procesos defensivos y Termorregulación)

Apósitos: secos y limpios:..... Hemáticos:.....
 Serohemáticos:..... Seroso:..... Bilioso:..... Otros:.....

 Integridad dérmica: Intacta:..... Lesiones:.....
 Especifique.....
 Ulceras por presión Si:..... No:.....
 Especifique:.....

ESCALA DE NORTON

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.
 PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO
 PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.
 PUNTUACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

Lengua saburra: Si:..... No:..... Mucosas: Secas:.....
 Hidratadas:.....
 Lesiones Si:..... No:.....
 Especifique:.....
 Catéteres invasivos: Periférica:..... CVC:..... CAF:..... Línea arterial:.....
 Percutáneo:

Ubicación:.....

Sonda Foley.....Nº..... Fecha inserción:..... SNG.....Nº Fecha inserción:.....

Lesión por rasurado: Si:..... No:..... Incapacidades: Ceguera:....
Demencia:.... Otros:.....
Vías aéreas permeables: Si:..... No:.....
Secreciones:.....
Características:..... Dificultad para eliminarlas
Si:... No:....
Reacción a medicinas Si:..... No:.....
¿Cuáles?.....
Rash cutáneo a material de látex: Si:... No:... Hipotermia:.....
Hipertermia.....

DOMINIO 12:

CONFORT (Confort físico, confort ambiental, confort social)

Dolor agudo: Dolor crónico..... Características del
dolor:.....
Uso de analgésico.....
¿Cuáles?.....
Escala del dolor..... Pirosis:.... Náuseas:.....
Recibe visita de familiares: Si:..... No:..... Se siente Solo:..... Miedo a
la soledad:.....
Negatividad con los
demás:.....

DOMINIO 13:

CRECIMIENTO Y DESARROLLO (Crecimiento y desarrollo)

Desnutrición leve:..... Moderada:.....
Severa:.....
Aumento de masa corporal:..... Baja masa corporal:..... Factores de
riesgo: Pobreza..... Enfermedad..... Secuelas de una
enfermedad..... Peso:..... Talla:.....
Signos de incapacidad para mantener su desarrollo:
Anorexia..... Fatiga:.....
Deshidratación:.....