



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

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN
PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA CON SEGUIMIENTO EN EL
HOGAR BASADO EN LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DEL
MODELO DE DOROTHEA OREM.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PRESENTA
EMILIANO FLORES ROSALES.
NO. DE CUENTA: 404071002**

DIRECTORA DEL TRABAJO: MTRA. ROCÍO AMADOR AGUILAR.



MÉXICO D.F. OCTUBRE DE 2008



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.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios, por brindarme la oportunidad de vida y de tener a mis Padres y a mi familia unidos, por creer en mí y recibir todo su apoyo y confianza, inculcar buenos valores durante mi desarrollo y crecimiento como individuo y profesionalmente.

A mi tutor académico por brindarme su tiempo, dedicación y conocimiento.

A mi compañera -Novia, Amigos y Profesores por su apoyo y motivación.

ORGULLOSAMENTE ENEO

Gracias a todos



CONTENIDO

Introducción.

Justificación.

Objetivos.

Metodología.

CAPITULO I

1. Marco teórico.

1.1. Definición de Enfermería

1.1.1 Proceso Atención de Enfermería.

1.2. Modelo de Dorothea Orem.

1.3. Definición de la Red TAES de Enfermería

1.4 Tuberculosis

1.5 *Virus de Inmunodeficiencia humana*

1.6 *El binomio Tuberculosis / Virus de Inmunodeficiencia humana*

CAPITULO II

2. Presentación del caso.

2.1 Desarrollo de las etapas del Proceso Atención de Enfermería.

3. CONCLUSIÓN.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

5. BIBLIOGRAFÍA.

6. ANEXOS.

INTRODUCCIÓN.

La integración de los conocimientos teóricos – prácticos del pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, son elementales para elaborar cualquier Proceso Atención de Enfermería a problemas relacionados con el estado de salud – enfermedad de los seres humanos.

Por ello, se han utilizado estos conocimientos en el presente caso clínico de Tuberculosis pulmonar y Virus de Inmunodeficiencia Humana con seguimiento en el hogar del Sr. Erwin F. M. A., originario de Salina Cruz Oaxaca y radica en el Distrito Federal quien ingresa al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el cual permanece hospitalizado y por una mejoría clínica progresiva es dado de alta y referido de la misma institución al centro de salud “Dr. José Castro Villagrana” ubicado en la Del. Tlalpan para su tratamiento de la Tuberculosis pulmonar con la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), ya que es un paciente con antecedentes de abandono al tratamiento.

Este caso se ha seleccionado por ser la tuberculosis un problema de salud pública en México; afecta a cualquier edad, con mayor frecuencia a la población en edad productiva, bajos recursos económicos y de igual forma a hombres y mujeres, en el 2007 se diagnosticaron 17,143 casos nuevos de Tuberculosis en todas sus formas y de estas el 84% fue pulmonar.

La tuberculosis más frecuente es la pulmonar que es la forma infectante y de mayor importancia epidemiológica.

Un enfermo sin tratamiento infecta al año de 10 a 15 personas.¹

El servicio social ligado a la prevención de la tuberculosis resulta una experiencia significativa, sobre todo cuando existe el interés en participar activamente en el planteamiento de estrategias participativas por parte de la comunidad para atender este problema.

¹ <http://www.cenavece.gob.mx/tuberculosis>

En México el programa de acción: Tuberculosis, tiene como prioridad focalizar y reforzar las acciones necesarias para la detección, prevención y tratamiento oportuno en las áreas de mayor riesgo. Por tal motivo las instituciones de salud han unificado criterios de lucha para conformar un solo frente ante este problema de salud.²

Durante el servicio social, mi participación como pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el programa de RED TAES DE ENFERMERÍA, en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan me ha dejado gran experiencia en lo referente a la práctica comunitaria y la importancia que esta tiene en nuestra sociedad.

La **Enfermería comunitaria** es la parte de la Enfermería que desarrolla y aplica de forma integral, en el marco de la salud pública, los cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el continuum salud-enfermedad. El profesional de Enfermería comunitaria contribuye de forma específica a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado, en el marco de la promoción y prevención de la salud.³

Mi experiencia en la comunidad con los pacientes que acuden a los Centros de Salud para su tratamiento en este caso para los pacientes de Tuberculosis Pulmonar, se dificulta por el abandono y apego del mismo; por lo que se implemento la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), con seguimiento en el hogar.

La atención de Enfermería hospitalaria está cambiando. El enfermo agudo está siendo atendido en su domicilio. A pesar que este modelo de atención no es nuevo, se está volviendo a lo que en el periodo pre-industrial era la forma normal de cuidado (Arno, Bonuck & Padgug, cita en Duke & Street, 2003).

Hoy en día, las tendencias de salud son las de mantener al paciente el tiempo más corto posible en el hospital y continuar con su cuidado en el hogar.

² Norma Oficial Mexicana – 006-SSA2 – 1993

³ <http://www.enfermeriacomunitaria.org>

La tendencia es ofrecer servicios de salud comunitaria, que puedan disminuir los costos de salud (Kearney, York & Deatrick, 2000).

La experiencia y la mutua relación paciente – Enfermero con seguimiento en el hogar del paciente con Tuberculosis Pulmonar ayudo con el apego al tratamiento y su recuperación.

Por lo consiguiente, al reflexionar sobre algunas de las múltiples condiciones que favorecen la existencia de esta enfermedad, se realizo un Proceso Atención de Enfermería a fin de estudiar con mayor profundidad esta enfermedad y proporcionar ayuda a los pacientes con este padecimiento.

En este documento se describe la justificación por el cual se realizo este Proceso Atención de Enfermería, los Objetivos y se menciona la metodología aplicada la cual dio inicio con la revisión bibliográfica del modelo del Autocuidado de Orem, como se selecciono el paciente y por último las etapas del Proceso Atención de Enfermería.

Se organizo por capítulos:

En el capítulo I se describe el Marco Teórico el cual hace una descripción de los conceptos para su mejor entendimiento del trabajo; haciendo referencia a la definición de Enfermería, al Proceso Atención de Enfermería describiendo: sus etapas, objetivos, desarrollo, ventajas y características., del modelo de Dorothea Orem y de la Definición de la red TAES de Enfermería describiendo: antecedentes, definición, objetivos y funciones., al concepto, fisiopatología, diagnostico y tratamiento de la Tuberculosis pulmonar y Virus de Inmunodeficiencia Humana.

En el capítulo II

La presentación del caso y el desarrollo de las etapas del Proceso Atención de Enfermería con base en la Teoría de Dorothea Orem.

Se finaliza con las conclusiones del Proceso Atención de Enfermería.

JUSTIFICACIÓN.

La realización de este Proceso Atención de Enfermería es para obtener EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Se ha realizado sobre la base de un caso real que se ajusta al perfil habitual en pacientes con Tuberculosis pulmonar.

El motivo de este proceso es conocer y valorar sus problemas funcionales, así como, determinar el plan de cuidados al paciente con Tuberculosis pulmonar/Virus de Inmunodeficiencia Humana en el hogar, así como las ventajas al utilizar la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) y los posibles riesgos en su entorno mediante el seguimiento en el hogar y evitar el abandono del tratamiento.

La tuberculosis sigue siendo uno de los problemas de salud pública de mayor gravedad en el mundo. Se estima que 8,4 millones de personas desarrollan la enfermedad cada año y entre 2 y 3 millones mueren en ese período. Existen ahora 20 millones de enfermos, de los cuales 95% viven en países en desarrollo, donde ocurren 98% de las muertes por esta causa la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que la tuberculosis se ha vuelto más resistente en los últimos años y exhortó a redoblar esfuerzos en el combate contra la enfermedad.

El abandono del tratamiento se considera uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis, porque disminuye la eficacia de los programas nacionales al incrementar el riesgo de transmisión del bacilo y aumentar la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, la cual predispone a una mayor frecuencia de recidivas y fracasos⁴

En la actualidad el control del padecimiento es más difícil debido a la aparición del SIDA y a los casos de tuberculosis farmacorresistente a drogas.

⁴ http://journal.paho.org/?a_ID=207&catID=

Esto ocurre a pesar de que existe un régimen de tratamiento para la tuberculosis con una tasa de curación de 96 a 98% en los enfermos que lo terminan.⁵

Uno de los retos es concientizar al paciente sobre su enfermedad y las consecuencias que esta implica sino se apegaba a su tratamiento, lo cual puede desarrollarse mediante el seguimiento en su hogar.

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

En México el programa de acción: Tuberculosis, tiene como prioridad focalizar y reforzar las acciones necesarias para la detección, prevención y tratamiento oportuno en las áreas de mayor riesgo.

La Norma Oficial Mexicana 006 – SSA2 – 1993 tiene por objeto unificar los criterios que permitan establecer los procedimientos y lineamientos para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.⁶

Ante la necesidad de esta problemática de salud pública se implementó la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) en los pacientes con Tuberculosis pulmonar como ya se ha dicho un caso bacilífero que no recibe tratamiento e información puede infectar, por año, de 10 a 15 personas y una de las estrategias para incrementar la investigación y sistematizar los cuidados, es el Proceso Atención de Enfermería, el cual permite desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico para solucionar problemas de salud del individuo, familia o comunidad, a través de una atención metódica y científica.

Se encontró una mayor adherencia al tratamiento mediante TAES, y 6.5% de abandonos en comparación con las áreas de tratamiento autoadministrado, el

⁵ <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000849>

⁶ NOM – 006 – SSA2 – 1993

cual alcanzó hasta un 18%. La mayor frecuencia de abandonos en este estudio estuvo relacionada directamente con la falta de supervisión.

El tratamiento antituberculoso es más eficiente cuando es supervisado diariamente por personal de los servicios de salud. La diferencia en la eficacia varió en 9.1%, y en la eficiencia, hasta 20.4% al comparar los esquemas autoadministrados y TAES.

La importancia de la implantación del TAES radica en que la curación de los enfermos incide en la transmisión de la tuberculosis; además, al disminuir el número de abandonos se previene la aparición de farmacoresistencia secundaria. La presencia de bacilos farmacoresistentes puede ser el factor más importante para el control de la enfermedad en el futuro.

Los beneficios del TAES en el corto plazo se reflejan en los indicadores de eficiencia y eficacia del tratamiento, así como en el aumento en la detección de casos y su ingreso al programa de control. Al ampliar las áreas del TAES disminuirán las complicaciones que llevan a la muerte, así como la frecuencia de los casos de farmacoresistencia. El impacto económico en las instituciones se traducirá en la disminución del costo en el tratamiento de los pacientes, ya que un retratamiento llega a ser hasta 25 veces más costoso que el tratamiento primario, aparte de que es difícil adquirirlo.⁷

El seguimiento en el hogar al paciente nos proporciona una mayor interacción entre paciente – Enfermera y nos ayuda a determinar un adecuado plan de cuidados para su pronta recuperación y su autocuidado continuado.

Las ventajas de esta metodología es proporcionar una atención planeada e individualizada con base en las necesidades del individuo, familia o comunidad y fomentar la investigación en el personal de enfermería en formación.

⁷ <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000849>

OBJETIVOS.

Objetivo general.

- Exponer las estrategias generales y/o específicas para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento para lograr una pronta y adecuada recuperación, tomando como herramienta de trabajo de Enfermería, el proceso de atención de enfermería.

Objetivos específicos.

- Valorar al paciente de forma integral.
- Valorar los requisitos universales del autocuidado
- Establecer medidas básicas diarias de la vida del paciente y su entorno partiendo del autocuidado.
- Establecer el tipo de requisitos de autocuidado del desarrollo que el paciente de la enfermera ha satisfecho o está satisfaciendo.
- Establecer un sistema de autocuidado continuado.

METODOLOGÍA.

La realización de este Proceso Atención de Enfermería fue analizando uno de los casos de Tuberculosis pulmonar que nos refieren de otros Institutos y/o centros de salud para continuar con el tratamiento utilizando la estrategia TEAS (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) para la supervisión diaria de la toma de los medicamentos y la dosis completa; del cual seleccione un caso que se encuentra en la fase intensiva del tratamiento para supervisar y dar seguimiento en el hogar.

Ya seleccionado el caso me puse en contacto con el paciente para citarlo a una consulta en el centro de salud para explicarle el motivo de consulta y su autorización para supervisar personalmente su tratamiento completo.

La adquisición de datos, fue mediante la valoración de Enfermería en el consultorio y en su hogar que es donde se obtuvieron datos con mayor credibilidad ya que el paciente se sintió con mayor confianza y seguro.

Las otras que se utilizaron fueron mediante la revisión del expediente clínico y la entrevista verbal con el familiar a fin de obtener datos anteriores y actuales de la condición del paciente.

Se realizó una revisión bibliográfica, hemerografica y se utilizo el instrumento de valoración para permitir detectar los problemas para dar una mejor atención y realizar un plan de cuidados, siguiendo las etapas del Proceso Atención de Enfermería.

Realizando cuidados en el hogar mediante visitas establecidas con el paciente previamente para realizar el plan de autocuidados continuados.

Este Proceso Atención de Enfermería se llevo a cabo durante el Servicio social en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan en el centro de salud "Dr. José Castro Villagrana" en el programa de RED TAES de Enfermería con un periodo de 31/07/07 a 22/02/08 con un horario de 9 a 12:00 hrs realizando tres visitas a la semana.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1. Definición de Enfermería:

Dorothea Orem

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Callista Roy

La define como un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo.¹

La definición de Enfermería del CIE

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. Funciones esenciales de la Enfermería 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.²

La American Nurses Association (ANA) describe el ejercicio de la Enfermería como “directo, orientado hacia unos objetivos y adaptable a las necesidades de los individuos, la familia y la comunidad, tanto en la enfermedad como en la salud.”³

¹ R. L. Wesley (1997): *Teorías y modelos de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana, México. (*)

² Luis Rodrigo, M^a T. (2000). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión, crítica y guía*. Masson, Barcelona

³ Koziar, B., “Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica” p. 3

1.1.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial Enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las Enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemáticas un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de Enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

Orem contempla el Proceso de Enfermería como aquel que requiere que las Enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales las cuales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos (se tratara con mayor profundidad más adelante).⁴

1.1.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.

Valoración.

La valoración es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

La finalidad de la valoración es crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente.

Hay cuatro clases distintas de valoración: valoración inicial, valoración focalizada, valoración de urgencia y valoración después de un tiempo.

⁴ Cavanagh, S. "Modelo de Orem Aplicación práctica" p.5

Orem maneja que las operaciones diagnósticas que es el equivalente a la etapa de valoración en el proceso tradicional.

Diagnóstico.

Diagnosticar es la segunda etapa del proceso de Enfermería. En esta fase, las Enfermeras utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente.

El término diagnóstico se utiliza a menudo para describir tanto un proceso como un producto. Las Enfermeras emplean un proceso de razonamiento denominado diagnóstico Enfermero para generar un enunciado del estado de salud del paciente, el producto también se denomina diagnóstico de Enfermería.

Definición de la NANDA de 1990. Diagnóstico de Enfermería

El diagnóstico de enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para seleccionar las intervenciones Enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el Enfermero o Enfermera.⁵

Existen varios tipos de diagnósticos: reales, de riesgo posible y de salud.

1. Un diagnóstico real es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de Enfermería. Se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados.

2. Un diagnóstico de Enfermería potencial o de riesgo, según definición de la NANDA, es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situaciones igual o parecida.

⁵ Kozier Opcit p.116

3. Un diagnóstico de Enfermería posible es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales.

4. Un diagnóstico de salud se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.

Un diagnóstico Enfermero consta de tres componentes:

- 1) el enunciado del problema,
- 2) la etiología,
- 3) las características definitorias.

Enunciado del problema (etiqueta diagnóstica). El enunciado del problema o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los cuales se está administrando el tratamiento de Enfermería. Describe su estado de salud con claridad y concisión, en pocas palabras.

Etiología (factores relacionados y factores de riesgo). El componente etiológico del diagnóstico identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de Enfermería y permite a la Enfermera individualizar la atención al paciente.

La NANDA utiliza el término factor relacionado para describir la etiología o la causa probable de los diagnósticos de Enfermería reales. El término factor de riesgo se utiliza para describir la etiología de diagnósticos de Enfermería de riesgo (potenciales), porque no hay signos subjetivos ni objetivos.

Características definitorias. Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. En el caso de los diagnósticos de Enfermería reales, las Características definitorias son los signos y síntomas del paciente.⁶

⁶ Ibídem p.117-119

Planificación.

La planificación es una fase sistemática y deliberativa del proceso de Enfermería en la que se toman decisiones y se resuelven problemas. La Enfermera consulta los datos de la evaluación del cliente y los enunciados diagnósticos para orientarse al formular los objetivos del cliente y determinar las estrategias de Enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del cliente.

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

La planificación se inicia con el primer contacto con el paciente y prosigue hasta que la relación Enfermera-cliente termina, por lo general cuando el paciente recibe el alta.

Orem refiere que las operaciones prescriptivas son los juicios prácticos que debe realizar la Enfermera y puede equipararse a la fase de planificación del proceso de Enfermería tradicional.

El proceso de planificación comprende las siguientes actividades:

- Establecer las prioridades.
- Establecer los objetivos del cliente/criterios de resultados.
- Seleccionar las estrategias de Enfermería.
- Desarrollar planes de cuidados de Enfermería.

Las estrategias (o intervenciones) de Enfermería se identifican y escriben durante la etapa de planificación del proceso de Enfermería. Una intervención de Enfermería es todo cuidado directo que una Enfermera realiza a favor de un paciente, ya tenga su origen en la propia Enfermera o en el médico.

Las intervenciones independientes. Son las actividades que las Enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades. Comprenden los cuidados físicos, la evaluación continua, el apoyo

y el consuelo emocional, la docencia, el asesoramiento, el cuidado del entorno y la referencia a otros profesionales sanitarios.

Las intervenciones derivadas. Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados. Las órdenes médicas suelen consistir en prescribir medicamentos, terapias intravenosas, pruebas de diagnóstico, tratamientos, dietas y actividad.

Las intervenciones interdependientes. Son acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, asistentes sociales, dietólogos y médico.⁷

El plan de cuidados de Enfermería (también conocido como plan de cuidados del paciente) es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados a un cliente como un todo significativo. Comprende las acciones que deben emprender las Enfermeras para atender a los diagnósticos enfermeros del cliente y alcanzar los objetivos marcados.

Ejecución.

En el proceso de Enfermería la ejecución es la fase en la que la Enfermera pone en marcha el plan de cuidados de Enfermería.

La ejecución consiste en realizar, delegar y registrar. La Enfermera realiza o delega las órdenes de Enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de Enfermería y las respuestas de los clientes.

Orem maneja las operaciones reguladoras o de tratamiento que son las actividades que se llevan a cabo para realizar las operaciones prescriptivas, estas operaciones pueden compararse con los componentes de intervención en el proceso tradicional.

⁷ Ibídem p.150-151

Evaluación.

Evaluar es juzgar o estimar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de Enfermería.

En este contexto, la evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, en la que los clientes y los profesionales sanitarios determinan:

- 1) el progreso del cliente referido a la consecución de objetivos y
- 2) la eficacia del plan de cuidados de Enfermería.

La evaluación puede ser continua, intermitente o terminar. La evaluación continua se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de Enfermería y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales en una intervención.

La evaluación intermitente realizada a intervalos determinados, muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite a la Enfermera corregir cualquier deficiencia, así como modificar el plan de cuidados en función de las necesidades. La evaluación final indica el estado del cliente en el momento de ser dado de alta. Incluye la consecución de objetivos y la evaluación de la capacidad del cliente para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento.⁸

Por último Orem. Menciona que las operaciones de control de casos se pueden relacionar con la fase de evaluación del proceso de Enfermería tradicional.

1.1.3 Los objetivos del Proceso Atención de Enfermería.

El objetivo principal del proceso de Enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

⁸ Ibídem p.167

También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

1.1.4 Desarrollo del Proceso Atención de Enfermería.

Es una interacción entre el personal de Enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

1.1.5 Las ventajas del Proceso Atención de Enfermería.

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene beneficios sobre la profesión, el cliente y sobre la Enfermera; profesionalmente, el proceso Enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería; para el profesional Enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la Enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Para el crecimiento profesional.⁹

⁹ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60

1.1.6 Las características del Proceso Atención de Enfermería.

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la Enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la Enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.¹⁰

¹⁰ Griffit JW, Christensen PJ. *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. México: El Manual Moderno; 1986:6.

1.2 Modelo de Dorothea Orem.



Dorothea Orem nació en Baltimore, Maryland y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Inicó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providencial Hospital, de Washington D.C. donde obtuvo el diploma de enfermería a principios de la década de 1930. Continuó después su formación y consiguió el B.S.N. de The Catholic University of America en 1939 y el MS en educación de enfermería por esta misma universidad en 1945.

Orem publicó por primera vez su concepto sobre la Enfermería para proporcionar autocuidado de un individuo en 1959 en su "Guides for Developing Curricula for Education of Practical Nurses", en una publicación del estado.

La teoría de Orem consta de tres teorías relacionadas, que en conjunto se refieren a la Teoría General de la Enfermería de Orem.¹¹

1) La Teoría del Autocuidado. La cual se basa en los conceptos de autocuidado, la agencia de autocuidado, los requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico.

2) Teoría del Déficit de Autocuidado. Es el enfoque central de la teoría general de la enfermería de Orem, explica cuándo se necesita a la Enfermería.

3) Teoría de Sistemas de Enfermería. Hace referencia a la serie de acciones que realiza la Enfermera para satisfacer las necesidades de autocuidado del paciente.¹²

¹¹ Wesley, R., "Teoría y Modelos de Enfermería" p. 81

1.2.1 La Teoría de Orem y los cuatro conceptos del metaparadigma Enfermero.

a. Persona

1. Orem la define como el paciente (receptor del cuidado Enfermero): un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse.

2. Es un individuo sujeto a las fuerzas de la naturaleza, con capacidad para autoconocerse, que puede realizar una acción deliberada, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas.

3. Es un individuo que puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si por alguna razón la persona no puede aprender las medidas de autocuidado, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.¹³

Orem da su definición de paciente: un paciente es un individuo que requiere la ayuda de Enfermería para satisfacer demandas de autocuidado específicas y esta ayuda puede compensar o superar una limitación de sus capacidades.

La definición de paciente que Orem propone desde una perspectiva de Enfermería requiere tres condiciones para darse:

a. Debe haber alguna demanda de autocuidado (universal, del desarrollo, o de a desviación de la salud) que se ha de satisfacer por otra persona.

b. Esto sugiere que si la persona puede realizar su propio autocuidado no se requerirá la ayuda de Enfermería.

c. Algunas capacidades de autocuidado deben existir real o potencialmente, debe haber algún deseo, por parte del individuo de llegar a cuidarse a sí mismo, o una expectativa de que tras las intervenciones médicas y de Enfermería apropiadas, el individuo podrá adoptar algunas conductas para el cuidado de sí mismo.

¹² *Ibíd.* p. 81-83

¹³ *Ibíd.* p.82

d. Debe existir un déficit de relación entre las demandas de autocuidado de la persona y su capacidad para satisfacerlas.¹⁴

b. Entorno

1. Consta de factores ambientales (no definidos por Orem, pero interpretados por otros como externos a la persona), elementos ambientales (no definidos por Orem), condiciones ambientales (alrededores psicosociales y físicos externos y ambiente de desarrollo (promoción del desarrollo personal mediante la motivación para establecer metas apropiadas y adaptar la conducta para la satisfacción de estas metas; incluye la formación o el cambio de actitudes y valores, creatividad, autoconcepto y desarrollo físico).

2. Puede afectar, de forma positiva o negativa, a las capacidades de una persona para promover su autocuidado.¹⁵

c. Salud

1. Orem la describe como un estado caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal; la enfermedad es lo contrario.

2. Consta de aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales; según Orem, estos aspectos son inseparables.

3. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

d. Enfermería

1. Orem la considera como un servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros.

2. Se necesita de ella cuando la demanda de autocuidado terapéutico necesitada para satisfacer los requisitos de autocuidado supera a la agencia de autocuidado.

¹⁴ Cavanagh, S., "Modelo de Orem Aplicación práctica" p20

¹⁵ Wesley, R., Op cit p.82

3. Finalmente, promueve al paciente como agente de autocuidado.
4. Tiene varios componentes: arte Enfermero, prudencia Enfermera, servicio Enfermero, teoría de rol y tecnologías especiales.
5. Considera el arte Enfermero como a base teórica de la Enfermería y de otras disciplinas, como las ciencias, las artes y las humanidades.
6. Describe la prudencia Enfermera como la cualidad que permite a la Enfermera buscar consejo en situaciones nuevas o difíciles, para realizar juicios correctos, decidir actuar de un modo en particular y para actuar.
7. Contempla el servicio Enfermero como un servicio de ayuda; Orem describe la capacidad de la Enfermera como la AGENCIA DE ENFERMERÍA.
8. Define la teoría del rol como las conductas esperadas de la Enfermera y del paciente en una situación específica; los roles de la Enfermera y del paciente son complementarios, trabajando juntos para alcanzar el autocuidado.
9. Utiliza tecnologías especiales, entre ellas tecnologías sociales e interpersonales (comunicación, coordinación de relaciones entre grupos, establecimiento y mantenimiento de relaciones terapéuticas, y prestación de asistencia) y tecnologías reguladoras (mantenimiento y promoción de los procesos de vida, regulación de las formas psicológicas de funcionamiento, y promoción del crecimiento y el desarrollo).
10. Utiliza uno o más de los sistemas de Enfermería (totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo-educativo) designado por una enfermera en razón de las necesidades y las capacidades de autocuidado del paciente.
11. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de Enfermería (actuar por o hacer para otro; guiar, apoyar o enseñar a otro; y proporcionar un entorno que fomente el desarrollo personal para satisfacer las demandas actuales o futuras).

12. Consta de tres pasos: determinar por qué el paciente necesita cuidados; designar un sistema de Enfermería y planificar la administración de los cuidados; e iniciar, condicionar y controlar las acciones Enfermeras.¹⁶

Naturaleza del autocuidado.

Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

Como parte central del concepto de autocuidado está la idea de que el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos.

El autocuidado, sin embargo no debería considerarse como un conjunto de acciones rutinarias que los individuos realizan sin pensar o tomar decisiones: de hecho se trata de lo contrario, ya que el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender

¹⁶ Ibídem p.p.85-86

su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.¹⁷

Requisitos de autocuidado.

Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades son las llamadas “requisitos de autocuidado universal. El término “requisito” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo. Hay dos tipos más de requisitos de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud.

Los 8 requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos incluyen:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

¹⁷ Cavanagh, S., “Modelo de Orem Aplicación práctica” p.5

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Estos requisitos de autocuidado universal son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo.

Requisitos de autocuidado del desarrollo.

Además de los requisitos de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas de desarrollo, Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias asociados con el desarrollo humano. Estos requisitos de autocuidado del desarrollo se clasifican principalmente en dos.

- Etapas específicas de desarrollo

Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo.

En tales etapas debe prestarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento.
2. Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

- Condiciones que afectan el desarrollo humano

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente desarrollo humano.

Estos requisitos de autocuidado tienen dos Subtipos:

- El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas.
- El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimiento vital particular.

La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano. Las condiciones relevantes incluyen:

1. Carencia educacional.
2. Problemas de adaptación social.
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
5. Cambio súbito en las condiciones de vida.
6. Cambio de posición.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
9. Peligros ambientales.

Estar sujeto a una de estas condiciones o a una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado.¹⁸

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias, el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos.

2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyen sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.

3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas.

4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico.

5. Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.

6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos

¹⁸ *Ibíd.* pp. 6-10

cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

Demanda de autocuidado terapéutico.

Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es, por lo tanto, una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

Agencia de autocuidado.

Orem usa la palabra “agente” para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado.

Agencia de cuidado dependiente.

Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de Enfermería. Este concepto se denomina agencia de cuidado dependiente.

Cuidar de uno mismo.

El acto de cuidar de uno mismo requiere el inicio de una compleja serie de conductas, que exigen un enfoque de autocuidado personal e intencionado. El proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud.

Para poder cuidar de sí mismo, un individuo debe poseer los siguientes requisitos:

- Capacidad de mantener la atención y ejercer el requisito de vigilancia con respecto a sí mismo como agente de autocuidado y con respecto a las condiciones y factores interno y externos significativos para su cuidado.
- Capacidad de razonar dentro del marco de referencia del autocuidado.

- Motivación (es decir, orientaciones de los objetivos hacia el autocuidado que están de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar).
- Capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y de llevar a la práctica estas decisiones.
- Capacidad de adquirir conocimiento técnico sobre el autocuidado de fuentes autorizadas, retenerlo y llevarlo a la práctica.
- Aptitud de realizar de modo coherente las operaciones de autocuidado integrándolas con los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y comunitaria

Limitaciones del autocuidado.

Es probable que un individuo con estas capacidades sea competente para cubrir sus necesidades de autocuidado. No obstante, puede haber barreras o limitaciones para el autocuidado. La persona puede carecer de conocimientos suficientes sobre sí misma y que quizá no tenga deseo de adquirirlos.

Puede tener dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar la ayuda y el consejo de otros. Puede haber dificultades para aprender sobre uno mismo o sobre las acciones requeridas para el autocuidado.

Naturaleza de la acción de Enfermería.

Las Enfermeras pueden realizar muchas funciones para ayudar a los pacientes. Orem ha clasificado estas acciones en cinco categorías, que pueden expresarse de la siguiente manera:

- 1) Actuar por otros y hacer algo por otros.
- 2) Guiar y dirigir a otros.
- 3) Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico.
- 4) Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
- 5) Enseñar.

La teoría del autocuidado y el proceso de Enfermería

Orem ha destacado en todo su modelo que la Enfermería es acción y al igual que con otros modelos de Enfermería, las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica.

Orem contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales, y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.¹⁹

Operaciones interpersonales y sociales.

Los procesos interpersonales y sociales implican que la Enfermera desarrolle un estilo social el interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. En particular, las enfermeras deberían:

1. Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.
2. Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.
3. Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros.

Operaciones tecnológico- profesionales.

Las operaciones tecnológico-profesionales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos. Mientras en estas operaciones hay un secuencia inherente, en las que las acciones lógicamente diagnósticas (Valoración) debe ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración.

Las operaciones de cuidado de casos, sin embargo (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de Enfermería) continuarán durante toda la interacción de Enfermería con los pacientes.

¹⁹ *Ibíd*em p.20

Diagnóstico de Enfermería.

El diagnóstico de Enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente, sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas.

El diagnóstico de Enfermería aborda dos puntos:

1. Determinar las demandas de autocuidado presentes y futuras del individuo de la siguiente manera:

- Examinar cada requisito de autocuidado.
- Identificar los efectos de la interacción entre los requisitos.
- Identificar los factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito de autocuidado.

2. Determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras del individuo puede ponerse en práctica de la siguiente manera:

- Identificar y describir las capacidades de autocuidado.
- Identificar y describir las limitaciones.
- Determinar si el paciente tiene un déficit de autocuidado.
- Determinar los conocimientos del paciente, sus aptitudes y sus deseos de satisfacer las necesidades de autocuidado.
- Juzgar lo que el paciente puede hacer lo que no puede hacer y no debería hacer para satisfacer las demandas de autocuidado presentes y futuras.

Las operaciones prescriptivas.

Son el juicio práctico que debe realizar la Enfermera y el paciente después de la recogida de datos y pueden equipararse con la fase de planificación del proceso de enfermería tradicional. Las operaciones prescriptivas especifican los siguientes aspectos del cuidado:

- Medios que se han de usar para satisfacer los requisitos de autocuidado particulares y cursos de acción o medidas de cuidados que se deben realizar para satisfacer estos requisitos.
- Totalidad de las medidas de cuidados que han de realizarse para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico.

- Papeles de la Enfermera, el paciente y, el o los agentes de cuidado dependiente en la satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico.
- Papeles de la e
- Enfermera, el paciente y, el o los agentes de cuidado dependiente en la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado.

La operación de prescripción implica unir los procesos interpersonal y social de Enfermería con los papeles tecnológicos-profesionales.

Operaciones reguladoras o de tratamiento

Las operaciones reguladoras o de tratamiento son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar las operaciones prescriptivas establecidas, estas operaciones pueden compararse con los componentes de “intervención” y ‘evaluación” del tradicional proceso de Enfermería.

El diseño de un sistema de enfermería incluye las siguientes tareas:

1. Crear un sistema de relaciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado ahora y en el futuro.
2. Especificar el momento y duración del contacto enfermera-paciente, y las razones para él.
3. identificar las contribuciones de la enfermera y del paciente en la satisfacción de las demandas de autocuidado.²⁰

Enfermería es la acción realizada por las Enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos. La manera y el contexto en que la enfermera y el paciente interactúan son denominado sistema de enfermería.

El sistema de Enfermería es una serie continua de acciones que se producen cuando las Enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas a las que se está asistiendo y que están dirigidas a identificar las demandas de autocuidado terapéutico de esas personas o a regular la acción de su autocuidado.

²⁰ *Ibidem.* pp. 21-25

Los elementos básicos constituyentes de un sistema de Enfermería son:

- La Enfermera
- El paciente o grupo de personas.
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con los familiares y amigos.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de Enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, y apoyo educativo.

Totalmente compensatorio.

Es el tipo de sistema requerido cuando la Enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. El paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal, y la Enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

El papel de la Enfermera en los sistemas de Enfermería totalmente compensatorio es:

- a) Compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente.
- b) Apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para cultivar las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.

Las Enfermeras no sólo deben ser las proveedoras de cuidados, sino también formar los juicios y tomar las decisiones que sean necesarios en beneficio del paciente.

Parcialmente compensatorio.

En este sistema de Enfermería, la Enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

El papel de la Enfermera puede requerir el uso de los cinco métodos de ayuda y es probable que incluyan:

1. Realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente.
2. Compensar cualquier limitación de autocuidado que pueda tener el paciente.
3. Ayudar al paciente según requiera.

Este sistema de Enfermería también otorga algunas responsabilidades al paciente, incluyendo:

- a. Realizar algunas medidas de autocuidado (se espera que los pacientes se impliquen en la tarea de cuidar de sí mismos cuando son capaces de hacerlo).
- b. Aceptar cuidados y ayuda por parte del equipo de Enfermería cuando sea apropiado.

De apoyo educativo

Este sistema de Enfermería es apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de Enfermería.

El papel de la Enfermera se limitará a tomar decisiones de autocuidado del paciente, mientras éste realiza su autocuidado.

Cuidados reguladores

Las Enfermeras ayudan a los pacientes a cubrir sus necesidades de autocuidado y regulan el ejercicio o desarrollo de las habilidades para ocuparse en el autocuidado.

Esta operación es el aspecto de “hacer y pensar” de la Enfermería. A este respecto, Orem es prescriptiva proporcionando guías conforme a lo que las Enfermeras deberían hacer, pero también lo que deberían registrar en sus informes diarios sobre los pacientes, estas actividades incluyen lo siguiente:

- Realizar y regular las tareas de autocuidado de los pacientes o ayudarles en la realización de aquellas.

- Coordinar la realización de las tareas de autocuidado.
- Ayudar a los pacientes, a sus familias y a otros a establecer un entorno apropiado para la vida diaria que apoye la realización del autocuidado pero que a la vez satisfaga los intereses, talentos y objetivos del paciente.
- Guiar, apoyar o dirigir a los pacientes cuando actúan como agentes en el cuidado de sí mismos o cuando dejen de hacerlo.
- Estimular el interés del paciente en el autocuidado formulando preguntas y promoviendo la discusión de los problemas y cuestiones de autocuidado cuando las condiciones lo permitan.
- Apoyar y guiar a los pacientes en las actividades de aprendizaje y proporcionarles claves para éste, así como sesiones de educación.
- Apoyar y guiar a los pacientes mientras experimentan enfermedad o incapacidad, o los efectos de las medidas médicas. Seguir con éste apoyo a medidas que los pacientes experimentan la necesidad de ocuparse en nuevas actividades de autocuidado, o necesitan cambiar su forma de satisfacer las necesidades actuales de autocuidado.

Componente de evaluación de los cuidados reguladores.

Las tres últimas acciones de Enfermería requiere que la Enfermera forme juicios sobre el plan de cuidados existentes y los progresos del paciente en la consecución de los objetivos y resultados, estas son:

- Hacer juicios sobre la suficiencia y eficacia del autocuidado del paciente de su capacidad para desarrollar su propio repertorio de capacidades de autocuidado y la asistencia de Enfermería.
- Formular juicios sobre las percepciones del paciente de los resultados obtenidos a través de la intervención de la enfermera y hacer o recomendar ajustes en el sistema de cuidados de enfermería mediante cambios en las funciones de la enfermera y del paciente.

Operaciones de cuidado (control) de casos.

Las operaciones de cuidado de casos se relacionan con la evaluación, control y dirección de cada una de las operaciones diagnósticas, de tratamiento y reguladoras específicas del individuo.

Las operaciones de control incluyen la observación y valoración, para determinar:

- Si se realizan periódica o continuamente operaciones reguladoras o de tratamiento de acuerdo con el diseño del sistema de Enfermería que se produce para el paciente.
- Si las operaciones realizadas están de acuerdo con las condiciones del entorno del paciente o pacientes para cuya regulación, o si a prescripción ya no es válida.
- Si se está logrando la regulación del funcionamiento del paciente mediante la realización de medidas de cuidados para satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico, si la actuación del paciente como agente de autocuidado está adecuadamente regulada, si el cambio de desarrollo está en proceso y es adecuado, .o si el paciente se está ajustando a la reducción de sus capacidades para ocuparse de su autocuidado.²¹

²¹ *Ibidem.* pp. 25-33

1.3 Definición de la Red TAES de Enfermería.

Antecedentes

En el 2002 se conformó la Red Latinoamérica de Enfermería y Profesionales Aliados en Punta del Este, Uruguay a iniciativa de la Unión Internacional de Lucha Contra la Tuberculosis.

La Red TAES de Enfermería en Tuberculosis es una estrategia de apoyo al Programa de acción, está conformada por personal de Enfermería y otros Profesionales Afines como (Trabajadores Sociales, Psicólogos, Comunicólogos, etc.), que contribuyen en la lucha contra la tuberculosis para mejorar la calidad de atención de los pacientes a través de la promoción de la detección oportuna, diagnóstico, supervisión y seguimiento del tratamiento e involucrando a la participación social de la población hasta lograr la curación, cortando así la cadena de transmisión de la enfermedad.

Los objetivos que se persiguen de la Red TAES de Enfermería.

- Integrar a un grupo de aliados con impacto operativo en el Programa.
- Fortalecer las habilidades y competencias del personal de Enfermería en aspectos técnicos, humanísticos y de organización comunitaria enfocados al control de la tuberculosis.
- Contar con un grupo de personas comprometidas con la institución y con su comunidad.
- Innovar estrategias y metodologías que garanticen el aprendizaje significativo y fomenten el deseo de apropiación del conocimiento y crecimiento personal enfocado a tuberculosis.

Funciones que se desempeñan en de la Red TAES de Enfermería.

- Ser el enlace operativo nacional-estatal-local en tuberculosis.
- Ejercer liderazgo efectivo y afectivo.
- Promover la movilización social.
- Organizar y desarrollar eventos académicos y operativos.
- Ser facilitador humanístico en Escuelas y Facultades de Enfermería.

- Desarrollar investigaciones operacionales.

Como se logro la Red TAES de Enfermería.

- Desarrollamos un plan de trabajo
- Lanzamos una convocatoria nacional para seleccionar a las representantes estatales con alto compromiso, calidad, y desempeño, con experiencia operativa en tuberculosis y estabilidad laboral
- Realizamos un programa de desarrollo humano, técnico y de organización comunitaria
- Se innovaron materiales para capacitación
- Se realizó un Curso Taller de integración de la Red
- Se elaboró un boletín de difusión de la Red
- Se realizaron visitas de asesoría y seguimiento a los estados
- Se ha establecido comunicación a través de internet (correos electrónicos y chat)

Avances obtenidos de la Red TAES de Enfermería.

- 31 Estados con Red TAES integrada.
- 211 jurisdicciones con Red TAES.
- 31 Estados con directorio de Escuelas y Facultades de Enfermería.
- Distribución a los estados de la carpeta didáctica para capacitación humanística y de organización comunitaria.
- Directorio de la Red TAES integrado.
- Realización de 4 talleres regionales con 140 enfermeras capacitadas.
- Más de 7000 enfermeras integradas a la Red hasta el nivel local.
- Primer Encuentro Nacional de la Red TAES en noviembre de 2004.

¿HACIA DÓNDE VAMOS EN EL 2005 - 2008?

- Continuando con la capacitación al personal de salud: en el primer bimestre del 2005 realizamos un Curso a Distancia sobre Actualización en Tuberculosis y la Red TAES de Enfermería en

coordinación con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM con trascendencia nacional e internacional.

- A brindar apoyo en asesoría y dar seguimiento en la integración de la Red TAES en los estados.
- Realizar 3 Talleres de Capacitación Humanística y de Organización Comunitaria en Tuberculosis
- Llevar a cabo el Segundo Encuentro Nacional de la Red TAES.²²

²² <http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/default.asp?id=redTaes>

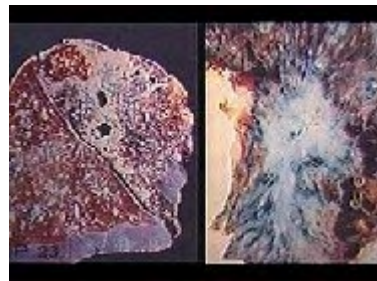
1.4 Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*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 tuberculosis más frecuente es la pulmonar que es la forma infectante y de mayor importancia epidemiológica.

1.4.1 Tuberculosis pulmonar

Es una infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos.



Causas, incidencia y factores de riesgo

La tuberculosis es causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) y se puede adquirir por la inhalación de gotitas de aire provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada.

La etapa primaria de la infección generalmente es asintomática (sin síntomas). La mayoría de las personas se recupera de la infección de tuberculosis primaria sin evidencia posterior de la enfermedad. Sin embargo, en algunos casos, la enfermedad se puede volver activa en cuestión de semanas después de la infección primaria o puede permanecer latente por años y reaparecer posteriormente.

Las siguientes personas están en riesgo de tuberculosis activa:

- Los ancianos
- Los bebés

- Las personas con sistemas inmunitarios debilitados, por ejemplo, debido a SIDA, quimioterapia o medicamentos antirrechazo administrados después de un trasplante de órgano.

El riesgo de contraer la tuberculosis aumenta si la persona:

- Está en contacto frecuente con personas que padecen la enfermedad
- Vive en condiciones de vida insalubres o de hacinamiento
- Está desnutrida

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

- Aumento de las infecciones por VIH
- Aumento en el número de personas sin hogar (ambiente de pobreza y mala nutrición)
- Aparición de cepas de la tuberculosis resistentes a las drogas

Signos y Síntomas.

- Tos con flemas (Por más de tres semanas).
- Fiebre.
- Sudor durante la noche.
- Pérdida de apetito.
- Pérdida de peso (Sin estar sometido a dietas).
- Sensación de cansancio.

Los síntomas adicionales que pueden estar asociados con la enfermedad son:

- Sibilancias
- Dolor en el pecho
- Dificultad respiratoria

Diagnostico.

Acudir al centro o unidad de salud más cercana a tu domicilio para que te realicen un estudio de flema (Baciloscopia) y/o cultivo.

Otros estudios adicionales:

El examen de pulmón con el estetoscopio puede revelar crepitaciones (sonidos respiratorios inusuales). Se puede presentar agrandamiento o sensibilidad de los ganglios linfáticos en el cuello u otras áreas. Se puede detectar líquido alrededor del pulmón y se pueden presentar dedos hipocráticos en manos y pies.

Los exámenes pueden ser:

- Radiografía de tórax
- Cultivos de esputo
- Prueba cutánea de tuberculina
- Broncoscopia
- Toracocentesis
- TC de tórax
- Prueba de sangre con interferón gamma, como la prueba QFT-Gold
- Biopsia del tejido afectado (poco común)

Tratamiento.

Deberás someterte a tratamiento el cual es gratuito en su totalidad y tiene una duración de 6 MESES.

Se divide en dos fases:

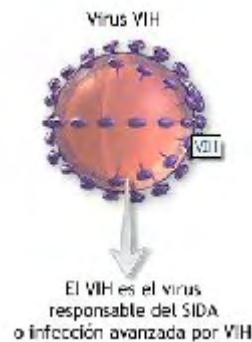
Intensiva: durante 2 meses de lunes a sábado.

Sostén: lunes, miércoles y viernes durante 4 meses; solo tienes que cumplir con el requisito de asistir por tu medicamento al centro o unidad de salud por tu medicamento y someterte a los exámenes de flema cada mes durante el tiempo que dura tu tratamiento.²³

²³ <http://www.nlm.nih.gov>

1.5 Virus de Inmunodeficiencia humana

La infección por VIH es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La afección destruye el sistema inmunitario en forma gradual, lo cual hace que para el cuerpo sea más difícil combatir infecciones.



Causas y factores de riesgo

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se puede diseminar de la siguiente manera:

- Transfusiones de sangre y hemoderivados contaminados
- Contacto sexual íntimo
- Uso de agujas y jeringas contaminadas

El virus también se puede propagar de la madre a su bebé, ya sea al nacer o a través de la lactancia.

Las personas que resultan infectadas con VIH pueden estar asintomáticas hasta por 10 años, pero aún pueden transmitir la infección a otros. Después de haber estado expuesto al virus, generalmente toma alrededor de tres meses para que los resultados de los exámenes de sangre cambien de negativos a positivos para VIH.

Síntomas

El VIH puede causar cualquier síntoma de enfermedad, ya que las infecciones pueden ocurrir en todo el cuerpo. Algunos síntomas relacionados con la infección por VIH comprenden:

- Diarrea
- Fatiga
- Fiebre

- Frecuentes infecciones vaginales por levaduras
- Dolor de cabeza
- Úlceras bucales, incluyendo infección por *Candida*
- Rigidez o dolor muscular
- Erupción cutánea de diversos tipos, incluyendo dermatitis seborreica
- Irritación de la garganta
- Inflamación de los ganglios linfáticos

Nota: en el momento del diagnóstico de la infección con VIH, muchas personas pueden no haber experimentado ningún síntoma.

Diagnostico.

El examen ELISA/inmunotransferencia para VIH detecta anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana. Tener estos anticuerpos significa que la persona está infectada con VIH. Si el examen es negativo (no se encuentran ningún anticuerpo) y la persona tiene factores de riesgo para la infección por VIH, el examen se debe repetir en 3 meses.

Si el examen ELISA/inmunotransferencia para VIH es positivo, se pueden realizar otros exámenes para determinar qué tanto VIH hay en el torrente sanguíneo. Una fórmula leucocitaria también puede mostrar anomalías.

Un conteo de CD4 inferior a lo normal puede ser una señal de que el virus está inhibiendo el sistema inmunitario.

Tratamiento.

A menudo, los médicos recomiendan la terapia farmacológica para pacientes que están comprometidos a tomar todos los medicamentos y tienen un conteo CD4 por debajo de 350 células/mL (lo que indica que su sistema inmunitario está inhibido). Algunas personas, incluyendo las mujeres embarazadas y las personas con problemas neurológicos o renales relacionados con el VIH, pueden necesitar tratamiento sin importar su conteo de CD4.

Es extremadamente importante que las personas con VIH se tomen todas las dosis de sus medicamentos o, de otro modo, el virus se volverá

rápidamente resistente a los fármacos. La terapia involucra siempre una combinación de medicamentos antivirales.

Las personas con infección por VIH necesitan recibir ilustración acerca de la enfermedad y su tratamiento, de manera que puedan ser parte activa en la toma de decisiones junto con el médico.

Complicaciones

- Cánceres
- Emaciación crónica (pérdida de peso) a causa de la infección por VIH
- Demencia por VIH
- Lipodistrofia por VIH
- Infecciones oportunistas
 - o angiomatosis bacilar
 - o candidiasis
 - o infección por citomegalovirus
 - o infección por criptococo
 - o enterocolitis por criptosporidio (u otras infecciones por protozoos)
 - o infección por complejo de *Mycobacterium avium* (MAC)
 - o neumonía por neumocystis carinii (también llamada neumonía por *Pneumocystis jiroveci*)
 - o infección por salmonella en el torrente sanguíneo
 - o toxoplasmosis
 - o tuberculosis (en los pulmones o diseminada a través del cuerpo)
 - o infección viral del cerebro (leucoencefalopatía multifocal progresiva)

Prevención

- Evitar el uso de drogas inyectadas (intravenosas); pero si se usan, evitar compartir agujas o jeringas y siempre utilizar agujas nuevas (hervir o limpiar estos elementos con alcohol no garantiza que queden estériles).

- Evitar el contacto oral, vaginal o anal con el semen de personas infectadas con VIH.
- Evitar las relaciones sexuales de tipo anal sin la debida protección, puesto que se producen pequeños desgarros en los tejidos del recto, a través de los cuales el VIH que se encuentra en el semen del compañero sexual infectado puede ingresar directamente a la sangre del otro compañero.
- Utilizar siempre protección si se tienen relaciones sexuales con personas usuarias de drogas intravenosas.²⁴

1.6 El binomio Tuberculosis / Virus de Inmunodeficiencia humana

¿Cuál es la conexión entre TB y VIH?

La infección por el VIH y la tuberculosis constituyen una combinación letal, ya que se potencian mutuamente. La infección por el VIH debilita el sistema inmunitario. Ante una infección por el bacilo de la tuberculosis, una persona VIH-positiva tiene muchas más probabilidades de enfermar de tuberculosis que alguien VIH-negativo. La tuberculosis es una importante causa de mortalidad en la población VIH-positiva. En África, la infección por el VIH es el factor aislado que más ha contribuido al aumento de la incidencia de tuberculosis desde 1990.

La OMS y sus socios internacionales han creado el Grupo de Trabajo sobre Tuberculosis/VIH con el fin de desarrollar una política mundial de control de la tuberculosis relacionada con la infección por el VIH cuyo principio se asienta en la lucha contra ambas infecciones para combatir su combinación letal. La política interina sobre actividades de colaboración Tuberculosis/VIH describe pautas para crear mecanismos de colaboración entre los programas de tuberculosis y VIH/SIDA y reducir las cargas de tuberculosis en la población y de infección por VIH en pacientes tuberculosos.

²⁴ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000602.htm>

En las personas con el VIH, la TB en los pulmones o en cualquier otra parte del cuerpo se denomina afección característica del SIDA. En otras palabras, una persona que tiene tanto el VIH como la TB activa también tiene SIDA.

TB y el VIH juntos, hacen una pareja mortal. Se aceleran su progreso el uno al otro.

Datos acerca de la coinfección entre TB y VIH:

El VIH es el factor más poderoso para incrementar el riesgo de Tuberculosis. En una persona sin VIH, el riesgo de que padezca Tuberculosis es del 5 a 10%; aumentando al 50% en presencia del virus. Se estima que en 2005 había 40.3 millones de personas infectadas con el VIH, de los cuales 3.3 millones se encontraban en la Región de las Américas. A finales de 2003 se calculó una prevalencia de infección por el VIH en 1.3% de los pacientes con Tuberculosis en la Región de las Américas. Se estima globalmente que alrededor de 13 millones están infectadas con Tuberculosis; los estimados globales sugieren que por lo menos 1 de cada 3 personas viviendo con VIH están coinfectadas con Tuberculosis; y de éstas un 40 a 60% desarrollarán una Tuberculosis activa. Aproximadamente el 11% de las morirá como resultado de la coinfección con Tuberculosis y sus complicaciones.

En México, el porcentaje de personas coinfectadas con *Mycobacterium tuberculosis* y SIDA se estima en 10%, aunque en otros países es mucho más elevado, nuestro país ha desarrollado estrategias para el abordaje integral de estos pacientes a fin de disminuir el daño ocasionado en nuestra sociedad.

- En el mundo hay 2000 millones de personas con infección latente por el bacilo de la tuberculosis (TB). En condiciones normales, sólo un 10% de ellas, aproximadamente, acaban padeciendo TB activa a lo largo de su vida, la mayoría en los dos años siguientes a la infección.
- Al menos un tercio de los 38,6 millones de personas que hay en el mundo infectadas por el VIH también están infectadas por el bacilo de la TB, y corren un riesgo mucho mayor de padecer TB activa.
- El VIH debilita el sistema inmunitario, lo cual aumenta la probabilidad de que la infección latente por tuberculosis progrese hacia la enfermedad activa. Los pacientes infectados por el VIH tienen una probabilidad hasta

50 veces mayor de sufrir TB a lo largo de su vida, en comparación con los no infectados.

- El VIH también aumenta la probabilidad de recidiva en pacientes tratados anteriormente de TB.
- La mayoría de los casos de TB en personas infectadas por el VIH se registran en el África subsahariana, donde el 80% de los pacientes con TB pueden estar coinfectados por el VIH.
- La TB afecta a toda la comunidad.
- En los últimos 15 años, el número de nuevos casos de TB (incidencia) ha aumentado más del doble en los países con alta prevalencia de infección por VIH.
- La infección por VIH y la TB están tan íntimamente relacionadas que a menudo se habla de "coepidemia", "epidemia dual", TB/VIH o VIH/TB.
- Muchas personas infectadas por el VIH en los países en desarrollo presentan TB como primera manifestación del SIDA. Las dos enfermedades constituyen una combinación mortal, dado que juntas tienen consecuencias mucho más graves que cualquiera de ellas por separado.
- Las personas infectadas por el VIH son especialmente vulnerables a la TB, por lo que la enfermedad puede propagarse rápidamente en entornos con gran concentración de pacientes infectados por el VIH, tales como los hospitales, las salas de espera de las consultas o las prisiones.
- Deben tomarse precauciones especiales para evitar que los pacientes infectados por el VIH entren en contacto con casos infecciosos de TB.
- Para evitar que los pacientes y los trabajadores de salud sean infectados por el bacilo de la TB, hay una necesidad urgente de mejorar el control de la infección en los lugares de atención a los pacientes infectados por el VIH y a los pacientes con TB.
- Incluso en pacientes infectados por el VIH, la TB puede curarse administrando una combinación de antibióticos potentes durante un periodo de 6 a 8 meses.
- Está demostrado que el tratamiento adecuado de la TB en pacientes infectados por el VIH prolonga su vida en al menos 2 años.

- La TB debe diagnosticarse y tratarse lo antes posible, con el fin de atenuar los daños, reducir el riesgo de transmisión y asegurar que los contactos de los casos infecciosos puedan ser captados para realizarles pruebas de detección y ser tratados en caso de necesidad.
- El uso incorrecto de los medicamentos antituberculosos puede hacer que la bacteria tuberculosa se vuelva resistente.
- La TB multirresistente aparece cuando las bacterias se vuelven resistentes a los dos antituberculosos de primera línea más potentes (la isoniazida y la rifampicina). La TB multirresistente requiere un tratamiento más prolongado con fármacos de segunda línea, que son más caros y tienen más efectos colaterales.
- La TB extensivamente resistente aparece cuando estos fármacos de segunda línea no se utilizan adecuadamente, por lo que también se vuelven ineficaces. Como estos casos son resistentes a los fármacos de primera y segunda línea, las opciones terapéuticas se ven seriamente limitadas y el riesgo de muerte es extremadamente elevado, sobre todo en pacientes infectados por el VIH.
- Tanto la TB multirresistente como la extensivamente resistente pueden transmitirse de persona a persona.
- Cada año se producen aproximadamente 420 000 casos de TB multirresistente y 30 000 de TB extensivamente resistente.²⁵

El reconocer la importante participación de todos los integrantes del Subcomité de la Red TAES de Enfermería en la realización de estrategias en pro de la salud permiten presentar la Guía de Enfermería para la Atención del Paciente con Tuberculosis y SIDA, la cual aborda temas con un enfoque más digno, más humano, y sobre todo con ese entusiasmo que nos permite desarrollar nuestro sentido más justo para nuestros pacientes que cursan con estos padecimientos.

Así. Los cuidados de Enfermería a nivel domiciliario se desarrollan con base en una dinámica sencilla y comprensible que sirva de herramienta para la

²⁵ <http://www.who.int/es>

Integración y función de la red de apoyo constituida por los familiares y amigos del paciente.

Brindar una apertura al diálogo con nuestra orientación clara, precisa y responsable invitará a los pacientes a prevenir, o limitar los daños físicos, morales y espirituales, permitiéndonos entrar en su mundo tan controvertido en el cual la mutua disposición juega un rol determinante para el éxito o fracaso del programa de Acción contra la TB.²⁶

De nuevo, haciendo mención a la importancia del VIH en relación a la tuberculosis, hay que señalar que una persona infectada con ambos microorganismos tendrá un riesgo anual del 10% de desarrollar tuberculosis (recuerda, el mismo que un inmunocompetente en toda su vida). La mayor incidencia de tuberculosis en los enfermos con infección por VIH es una consecuencia de las alteraciones de la inmunidad celular que padecen estos pacientes. Además, se ha demostrado una disminución progresiva de la respuesta proliferativa de los linfocitos T a la estimulación con PPD y de la actividad citolítica mediada por las células T. No parece, por otro lado, que la infección concomitante de los macrófagos por el VIH y por M. tuberculosis contribuya a esta mayor frecuencia de infecciones.

En cuanto a la edad, los tres períodos de la vida asociados con más riesgo de progresión a enfermedad son la infancia (sobre todo los dos primeros años de vida), la década comprendida entre los 15 y los 25 años y la edad avanzada.

²⁶ Atención del Paciente con Binomio TB/SIDA ISBN 970-721-336-1

2. Presentación del Caso Clínico

Nombre de la paciente: Erwin F. M. A **Ocupación:** Desempleado

Fecha de nacimiento: 16/04/1979 **Edad:** 28 años

Edo. Civil: Unión Libre

Originario: Oaxaca

Domicilio: Hacienda la Escalera No. 50, Prado Coapa, Tlalpan DF (vivienda prestada)

Escolaridad: Secundaria completa.

Religión: Cristiana.

Fuente de información: Su expediente 155735 y el mismo.

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan.

Centro de Salud: "Dr. José Castro Villagrana"

Se trata de un paciente masculino de 28 años quien es originario de Salina Cruz Oaxaca, quien ingresa al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el cual permanece hospitalizado por 3 meses, ha estado hospitalizado varias veces en el instituto; ingresa el 17 de Mayo de 2007 por recaída de cuadro pulmonar caracterizado por accesos de tos productiva, fiebre vespertina y síndrome de consumo, requiriendo el internamiento; el 11/06/07 se reporta los resultados de la baciloscopía y del cultivo positivo, se inicia tratamiento con fármacos antituberculosos durante 6 meses a un año, por una mejoría clínica progresiva es dado de alta y referido el 31/junio/2007 de la misma institución al centro de salud "Dr. José Castro Villagrana" ubicado en la Del. Tlalpan para su tratamiento de la Tuberculosis pulmonar con la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) en la fase intensiva del tratamiento, ya que tiene antecedentes de abandono y desapego al tratamiento.

Historia clínica del paciente

PA: Tuberculosis pulmonar /Virus de Inmunodeficiencia Humana

AHF: Padre y Madre hipertensos.

APNP: Tabaquismo, toxicomanías y alcoholismo positivos, refiere que tiene baño diario y cambio de ropa.

APP: Virus de Inmunodeficiencia Humana (+), Tuberculosis Miliar, Tuberculosis pulmonar

AQX: Negados

Estado emocional: Se encuentra preocupado por su estado actual y su condición económica.

Exploración Física.

T/A: 110/70

FC: 83 x"

FR: 20 x'

T: 36.5 C°

Peso: 50 kg.

Talla: 1,65 cm.

IMC: 17

2.1 Desarrollo de las etapas del Proceso Atención de Enfermería.

Mediante el instrumento de valoración se desarrollo el plan de cuidados, la alineación de la satisfacción de necesidades total, parcial y compensatoria.

(Ver, Anexo 1)

Valoración.

Lugar en que la persona entra en contacto con la Enfermera:

Erwin es referido el 31/junio/2007 del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias al centro de salud "Dr. José Castro Villagrana" para su tratamiento de la Tuberculosis pulmonar. El primer contacto con la enfermera(o) es en el consultorio de Epidemiología, el mismo día a las 11am realizando la valoración inicial; posteriormente a los dos días se cita para su autorización de llevar personalmente su tratamiento de la Tuberculosis pulmonar con la estrategia TAES y seguimiento en el hogar.

Valoración de los factores básicos condicionantes:

Descriptivo de la persona:

Edad: 28 años. Sexo: Masculino.

Residencia y características de la misma:

Su domicilio actual se ubica en un entorno urbano, la casa es prestada; su tipo de construcción es de concreto y esta alfombrada, la cual solo es de un piso dividido en una habitación, en la cual está ubicada su cocina y un baño, las características físicas son: tiene una buena ventilación e iluminación, cuenta con servicios intra y extradomiciliarios(agua, drenaje, recolección de basura).

Factores del sistema familiar:

Convive actualmente con su esposa Rocío de 36 años y sus dos hijas Fernanda de 3 años y Juquila de 5 años, refiere tener una relación y comunicación familiar buena.

Factores Socioculturales:

El es originario de Salina Cruz Oaxaca vivía en el Barrio de San Francisco, Calle Manzanillo S/N Parte Alta; desde su nacimiento, por falta de trabajo se ve en la necesidad de venir al Distrito Federal en el cual actualmente reside por temporadas en casas que le son prestadas por la comunidad cristiana, lleva

más de dos años y en esta última casa ubicada en Tlalpan tiene 8 meses, está bien adaptado, tiene amigos de la comunidad Cristiana y se lleva muy bien, dentro de la comunidad tienen una capilla donde hace sus oraciones y para distraerse sale a caminar en un parque público cercano a su domicilio.

Factores Socioeconómicos:

Refiere tener problemas con su situación económica ya que actualmente se encuentra desempleado y no puede laborar por su estado actual de salud y que es su esposa la que provee y solventa los gastos de la familia, y también con la ayuda que les brindan la comunidad Cristiana (ropa, dispensa, juguetes, recreación), conoce los recursos sanitarios y sociales de la comunidad y los utiliza adecuadamente.

Patrón de vida de la persona:

Es una persona nómada ya que no cuenta con casa propia y esta le es prestada por temporadas, no realiza ningún deporte, ocasionalmente sale a caminar, su patrón de sueño 8hrs, ocupa 2 a 3hrs, para descansar durante el día. Es parcialmente independiente para cubrir los requisitos de autocuidado.

Condiciones identificadas por la Enfermera(o):

Las necesidades de cuidados derivados de su estado de salud actual y tratamiento.

Características del estado de salud identificadas por la persona:

Refiere tener problemas para respirar, tiene tos productiva, agotamiento, ha bajado de peso, dificultad para dormir y sudoración por la noche.

Factores del estado de desarrollo capacidad para el autogobierno:

Descrita por la persona: el paciente se considera parcialmente independiente para autocuidarse y es capaz de tomar decisiones que sean necesarias sobre su estado de salud.

Observadas por la Enfermera:

Muestra interés sobre lo que le está pasando, por lo que realiza preguntas por su estado de salud, manifiesta sus sentimientos, inquietudes, es capaz de opinar y decidir por sí mismo.

Potencial de desarrollo:

Perspectivas de la persona: acepta su edad y etapa de desarrollo, la cual se encuentra en adulto joven (**ver Anexo 2**), la etapa que está viviendo y comprende los cambios propios de su edad.

Estimadas por la Enfermera:

Erwin está adaptándose a su etapa de desarrollo, el es su agencia de autocuidado, sólo desea tener más conocimiento para las nuevas demandas específicas de autocuidado derivadas de su estado actual de salud, el resto de autocuidado su agencia está desarrollado.

VALORACIÓN GENERAL DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO.

Erwin es capaz de ser su propia agencia de autocuidado, ya que tiene habilidades cognitivas, es apto para tomar decisiones, sólo le falta obtener conocimientos para desarrollarla y para satisfacer las demandas derivadas de su situación actual de salud.

Capacidades cognitivas:

Erwin tiene capacidad para mantener la atención y razonar dentro de sus autocuidados de referencia. Posee las habilidades cognitivas, perceptivas, de comunicación e interpersonales necesarias tanto para obtener información como para adquirir y recordar los conocimientos técnicos sobre el autocuidado.

Limitaciones cognitivas:

Carece de conocimientos sobre los cuidados que se debe tener sobre su estado de salud.

Capacidades para hacer juicios y tomar decisiones:

Posee habilidades necesarias para razonar y tomar decisiones sobre sus cuidados.

Limitaciones para hacer juicios y tomar decisiones:

Es capaz de emitir juicios y tomar decisiones pero influyen sus comportamientos habituales.

Capacidades para ocuparse en los cursos de acción:

Esta débil y adinámico; pero tiene la energía, el control de la posición del cuerpo y los movimientos de sus partes necesarias para el inicio y la realización de las operaciones de autocuidado.

Es capaz de realizar operaciones efectivas de autocuidado, integrándolas en su vida personal, siempre y cuando no afecten a sus hábitos.

REQUISITOS UNIVERSALES

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE:

Elementos relacionados con la cantidad y calidad:

El entorno de Erwin influye negativamente para cubrir este requisito: las características de la vivienda no lo ayudan favorablemente a pesar de que tiene buena ventilación e iluminación, ya que en la misma habitación duermen y cocinan (tienen una parrilla eléctrica); además esta alfombrada lo que favorece al acumulo de polvo y tienen amontonamiento en algunas esquinas de su habitación de juguetes y ropa.

Su sistema de autocuidado le facilita el aporte suficiente de aire.

- ✓ Sale a una terraza que tienen, durante varias horas.
- ✓ Mantiene las posturas adecuadas para poder expandir el tórax.
- ✓ Realiza correctamente las técnicas necesarias para mantener las vías aéreas permeables: limpieza de fosas nasales, tos productiva con flemas.
- ✓ Sale a caminar ocasionalmente.

Aspectos relacionados con la estructura y función:

Debilidad al realizar pequeños esfuerzos, tos productiva con flemas en moderada cantidad.

Tórax delgado, amplexión y amplexación disminuidos, frecuencia respiratoria 28 x', vibraciones vocales normales, claro pulmonar normal, ruidos respiratorios disminuidos, sibilancias inspiratorias y espiratorias bilaterales, estertores bilaterales de predominio basales.

Frecuencia cardiaca de 70xmin ruidos normales, y palpitaciones. **T/A:** 110/70mmhg. Pulsos periféricos: simétricos todos (tomando referencia: pedial, dorsal, radial, branquial y la carótida).

Percepción de bienestar:

Refiere tener dificultad para conversar por intervalos de tos.

Situaciones de que demandan cuidados específicos:

Su estado de salud actual es la causa de demanda de autocuidado terapéutico en un momento determinado que va tener que incorporar a sus cuidados cotidianos.

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA:

Elementos relacionados con la cantidad y calidad:

- ✓ Ingiere poca cantidad de agua 1lt al día, cuando tiene sed y siente la garganta reseca.
- ✓ Toma ½ vaso de leche y 2 a 3 vasos de refresco al día.

Aspectos relacionados con la estructura y función:

Piel y mucosas: hidratada.

Percepción de bienestar:

Manifiesta que se siente satisfecho con la cobertura del mantenimiento de un aporte de agua.

Situaciones de que demandan cuidados específicos:

Existe déficit de prevención de peligro para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS:

Elementos relacionados con la cantidad y calidad:

Debido a su situación económica Erwin me comenta que le han recomendado dietas pero que no tiene los recursos económicos suficientes

para comprar los alimentos que estas llevan, pero realiza tres comidas al día, en las cuales acostumbra:

✓ Desayunar: ½ vaso de leche, cereal y 1 pan. Toma suplementos alimenticios (ensure) que le otorgan en el hospital.

✓ Comida: guisado, 3 tortillas y ocasionalmente sopa.

En la incluye: carne 2 a 3 veces a la semana, huevo 3 veces, pastas 3 veces, verduras 4 veces y leguminosas 3 veces.

✓ Cena: fruta y leche.

Aspectos relacionados con la estructura y función:

Piezas dentarias completas, su constitución es delgada Peso: 50 kg anteriormente y actualmente 48kg, Talla: 1,65 cm,

IMC: 17 (ver, ANEXO 3), abdomen blando depresible, con peristalsis presente y sin datos anormales.

Percepción de bienestar:

Refiere que le agrada lo que come y no tiene problemas para deglutir, pero en ocasiones no tiene apetito.

Situaciones de que demandan cuidados específicos:

Por la baja de peso que está teniendo y por su estado de salud actual existe un déficit de autocuidado para el mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos.

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS Y EXCRECIÓN:

Elementos relacionados con la cantidad y calidad:

Las características de su vivienda son apropiadas para cubrir este requisito, no tiene problemas para realizar su higiene corporal y la realiza cada tercer día sin dificultad.

Aspectos relacionados con la estructura y función:

Sus hábitos de eliminación fecal, son diario de consistencia normal, área genital de acuerdo a su edad y sexo micción espontanea sin problema.

Percepción de bienestar:

Se siente a gusto con bañarse cada tercer día, el cambio de ropa lo lleva diario, manifiesta que se siente a gusto con sus hábitos de eliminación.

Situaciones de que demandan cuidados específicos:

No existen condiciones que demanden cuidados terapéuticos, este requisito está satisfecho, no hay déficit de autocuidado para la provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación de desechos y excreción.

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO:**Elementos relacionados con la cantidad y calidad:**

Erwin está alerta, orientado, parcialmente independiente, presenta dificultad para realizar grandes esfuerzos como: levantar objetos pesados, subir más de 10 escalones, correr más de 5min, no hay problemas en la visión, tiene preocupaciones respecto a los hábitos que lleva a cabo.

Sistema de autocuidado:

- ✓ Duerme 8hrs por la noche, presenta problemas para dormir, ocupa de 2 a 3hrs para descansar.
- ✓ No realiza ningún tipo de deporte, sólo sale a caminar ocasionalmente.
- ✓ Mantiene una postura adecuada.

Aspectos relacionados con la estructura y función:

- ✓ Miembros pélvicos con fuerza, buen tono muscular, llenado capilar de 2", pulso poplíteo y pedio presentes.
- ✓ No tiene problemas para la marcha.

Percepción de bienestar:

Refiere que por agotamiento y debilidad no puede realizar todas las actividades que acostumbraba comúnmente, y por sus preocupaciones de su estado de salud tiene problemas para conciliar el sueño.

Situaciones de que demandan cuidados específicos:

Existe déficit de autocuidado para el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, debido a su agotamiento que presenta y a su dificultad para conciliar el sueño.

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN HUMANA:

Aspectos relacionados con las condiciones de vida:

Erwin no tiene problemas para salir, pero ocasionalmente sale, ya que parte del día está dentro de la comunidad Cristiana donde se encuentran sus amigos.

Sistema de autocuidado:

No tiene dificultad para relacionarse ya que hay buena comunicación con su familia y el pastor de la comunidad Cristiana, le gusta tener amigos y le agrada escuchar y platicar con ellos.

Factores humanos:

Tiene habilidades para comunicarse con los demás.

Factores ambientales:

En su familia existe confianza, buena comunicación para cubrir este requisito.

Percepción de bienestar:

Se siente a gusto con su familia ya que es el pilar de que él se encuentre mejor sic... y sobre todo con su esposa ya quien es la que lleva la carga económica, emocional, las tareas del hogar y los requerimientos de sus hijas; le agrada estar en la comunidad Cristiana y convivir con ellos, se siente muy bien con las relaciones que tiene.

Situaciones de que demandan cuidados específicos:

No existe ninguna situación que demande nuevos autocuidados, por lo que no existe déficit para mantener el equilibrio entre la soledad y la interacción humana ya que se siente satisfecho por la cobertura del mismo.

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA:

Factores humanos:

Erwin está alerta, orientado y consciente respecto a los hábitos que lleva a cabo y conoce el posible riesgo que puede tener en su casa.

Factores ambientales:

Su vivienda se encuentra en un segundo piso por lo que representa subir escaleras y presenta riesgos que ponga en peligro su vida.

Percepción de bienestar:

No manifiesta preocupación para prevenir o controlar las situaciones peligrosas.

Situaciones de que demandan cuidados específicos:

Existe déficit de autocuidado para prevenir peligros para la vida debido a su enfermedad actual y estilo de vida.

8. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO AL POTENCIAL HUMANO:

Factores humanos:

- ✓ Lleva acabo su higiene personal y su cambio de ropa, en su alimentación es parcialmente independiente.
- ✓ Dispone de recursos: cognitivo – intelectual, emocional afectivo y conductual para mantener su autoconcepto.
- Construye ideas positivas, tiene mucha confianza en su Fe y escucha, entiende y pone en práctica algunas sugerencias y recomendaciones sobre el cuidado en su persona y su salud.
- Esta motivado por su mejoría y se muestra positivo ya que refiere con agrado su pronta recuperación.
- Se muestra muy agradable por el afecto que le muestra su familia y viceversa.

Factores ambientales:

- ✓ En su entorno no le dificulta la cobertura de los requisitos de autocuidado.

Percepción de bienestar:

Erwin manifiesta con agrado la etapa por la que cursa, comprende y acepta los cambios por lo que está pasando.

Situaciones de que demandan cuidados específicos:

No existen problemas que limiten el funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Erwin es un adulto joven de 28 años, en unión libre, que acepta la etapa de vida en que se encuentra, comprende los cambios que está sufriendo y asume su rol de adulto joven.

Provisión de los cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo:

Por los cambios súbitos de la condición de vida existen condiciones que pueden afectar el desarrollo humano de Erwin.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN A LA SALUD

Padece de Tuberculosis pulmonar/Virus de la Inmunodeficiencia Humana, desde hace algunos meses se había mantenido asintomático y apenas algunos días presenta tos productiva con flemas, baja de peso, agotamiento, debilidad, sudoración nocturna.

El 11/06/07 se reporta los resultados de la baciloscopía y del cultivo positivo, se inicia retratamiento con fármacos antituberculosos durante 6 meses a un año, por una mejoría clínica progresiva es dado de alta y referido el 31/junio/2007 de la misma institución al centro de salud "Dr. José Castro Villagrana" ubicado en la Del. Tlalpan para su tratamiento de la Tuberculosis pulmonar

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

Existe déficit de autocuidado en el requisito 1. Mantenimiento de un aporte de aire.

Operación Diagnóstica.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas **r/c** la viscosidad de las secreciones **m/p** tos productiva, estertores bilaterales de predominio basal.

Operación Prescriptiva.

Mantener permeable la vía aérea mediante la fisioterapia respiratoria, así como dar a conocer la técnica de asistida, y el incremento de líquidos vía oral.

Operación de Tratamiento.

El sistema de ayuda que se diseña para este déficit de autocuidado es un sistema de Enfermería parcialmente compensatorio, el paciente realizará las acciones de cuidado para lo que su agencia de autocuidado está desarrollada y aceptara el cuidado y la ayuda de la Enfermera. La Enfermera llevara a cabo las acciones de cuidado necesarias para compensar las limitaciones del paciente, así como autocuidados continuados para posibles recaídas en el futuro, tomando en cuenta las condiciones de su hogar.

- ✓ La inhalación de vapores puede ayudar a mejorar la dificultad para respirar. Colocar una tasa con agua caliente y humeante de manera que la persona pueda aspirar el vapor, teniendo cuidado de no colocar la tasa tan cerca, que el vapor o la tasa caliente quemara la cara.
- ✓ Realizar fisioterapia pulmonar (vibración), permite la movilización de las secreciones y facilita su expulsión.
- ✓ Ejercicios de expansión torácica. Se llevan a cabo con la realización de inspiraciones máximas sostenidas mediante una apnea breve al final de aquéllas, seguidas de una espiración lenta pasiva. Eliminación de las secreciones de las vías respiratorias es de gran importancia a medida que los músculos respiratorios se debilitan, tanto los músculos espiratorios como los inspiratorios son importantes y requieren atención y este ejercicio los fortalece.
- ✓ Enseñar la técnica asistida de la fisioterapia respiratoria, son técnicas practicadas por un fisioterapeuta, profesional de salud o un familiar adiestrado.

- ✓ Estimular el incremento de la ingesta de líquidos de 1.5 a 2 lt diario con la finalidad de fluidificar las secreciones e hidratar el cuerpo.
- ✓ Reposar y no exponerse a cambios bruscos de temperatura
- ✓ Depositar las secreciones en un recipiente y agregar cloro.
- ✓ Al toser o estornudar cubrirse la boca con papel desechable, depositarlos en una bolsa.
- ✓ Recomendar al paciente se acueste en posición de cúbito lateral.
- ✓ No fumar ni exponerse al polvo.¹
- ✓ Tomar su tratamiento médico.

Operación de cuidados de caso.

Erwin expectora con facilidad las secreciones, se siente motivado por aprender nuevas técnicas de autocuidado y porque ha mejorado su respiración en un lapso de tres semanas, los estertores han disminuido y la tos es ya parcial.

¹ Atención del Paciente con **Binomio TB/SIDA.**, p, 36

Existe déficit de autocuidado en el requisito 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Operación Diagnóstica.

Alto riesgo de déficit de aporte suficiente de alimentos **r/c** su estado económico y desagrado por algunos alimentos **m/p** baja de peso.

Operación Prescriptiva.

Modificar sus hábitos de alimentación.

Favorecer la ingesta de alimentos.

Operación de Tratamiento.

El sistema de ayuda que se diseña para este déficit de autocuidado es un sistema de apoyo educativo, el paciente realizará las acciones de cuidados para los que su agencia de autocuidado está desarrollada y aceptara la orientación y la ayuda de la Enfermera. La Enfermera llevara a cabo las acciones de cuidado necesarias para compensar las limitaciones del paciente.

- ✓ Se recomienda un plan nutricional a Erwin y a su esposa mediante pláticas y visitas en su hogar.
- ✓ Se informa mediante pláticas la alimentación y cuidados higiénicos estrictos de los alimentos y se muestra el “El Plato del Buen Comer” es una representación gráfica de los diferentes grupos de alimentos que se deben de consumir en mayor proporción, en cantidad moderada y los que deben consumirse esporádicamente
- ✓ Haciendo una lista con los alimentos que cuenta y que tiene en su casa le elaboramos unas dietas muy sencillas y nutritivas para que las pudiera preparar.
- ✓ Establecer horarios fijos para el consumo de comidas completas.
- ✓ Recomendar como mínimo dos litros de agua purificada al día, que será útil para reponer los líquidos perdidos.
- ✓ Cuidar la higiene de manos, alimentos, utensilios y la zona de preparación de los alimentos.
- ✓ Cuando se trate de alimentos enlatados, lavar el exterior de éstos.
- ✓ Consumir alimentos cocinados dentro del hogar.
- ✓ Desinfectar todo tipo de verduras crudas, se requiere dejarlos en remojo en soluciones desinfectantes por ejemplo (cloro, plata coloidal) por lo menos durante media hora; si se emplean pepinos, rábanos, zanahorias, nabos etc. se deben lavar y posteriormente quitarles la corteza o cáscara y en el caso de limones, toronjas, (si se están tomando antirretrovirales valorar la ingesta de toronja ya que puede inhibir la actividad del medicamento) naranjas y similares, lavarlos antes de exprimirlos. Los alimentos que sean consumidos con cáscara, como guayabas, deben lavarse con agua hervida.

- ✓ El consumo de leche y sus derivados debe ser únicamente de productos pasteurizados.
- ✓ Consumir las carnes perfectamente cocidas y evitar que permanezcan por mucho tiempo en refrigeración.
- ✓ Lavar el cascarón de los huevos antes de romperlos y no comerlos crudos, tibios o pasados por agua.
- ✓ Servir en pequeñas cantidades la comida y a libre demanda.
- ✓ Eliminar el consumo de café, ya que causa alteraciones en el sueño.
- ✓ Evitar el consumo de antojitos callejeros y alimentos chatarra.²

Operación de cuidados de caso.

Erwin comprende la importancia de modificar sus hábitos de alimentación y agradece por la información ya que manifiesta que no entendía cómo equilibrar sus alimentos y la importancia de la higiene, ha aumentado en un mes un kilogramo y se siente muy bien y pondrá en práctica en su estilo de vida los autocuidados continuados de alimentación.

Refiere su esposa que le han sido de gran ayuda estas recomendaciones ya que se sentía desesperada por Erwin por que no sabía cómo ayudarlo y ella se sentía mal y comenta “ahora veo más motivado a Erwin aunque a pasos lentos pero ya come un poco más y pronto va poder ayudarme más en la casa y con las niñas”... se ven muy motivados y unidos ambos.

² Ibídem. Pp. 20-21

Existe déficit de autocuidado en el requisito 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Operación Diagnóstica.

Ansiedad **r/c** el desconocimiento de la enfermedad **m/p** inquietud, temor.

Operación Prescriptiva.

Disminuir la ansiedad mediante información sobre TBP/VIH, así como darle a conocer los factores que pueden desencadenar una crisis y orientación en relación a los cuidados que debe tener.

Operación de Tratamiento.

El sistema de ayuda que se diseña para este déficit de autocuidado es un sistema de apoyo educativo, el paciente realizará las acciones de cuidado para lo que su agencia de autocuidado está desarrollada y aceptara la orientación y la ayuda de la enfermera. La enfermera llevara a cabo las acciones de cuidado necesarias para compensar las limitaciones de la paciente.

- ✓ Se realizan visitas a su hogar y mediante pláticas tanto con el paciente y sus familiares, la utilización de la guía de Enfermería para la atención del paciente con binomio Tb/Sida (**Ver anexo 6**) se dan a conocer lo que es el VIH y la TBP, y cómo interactúan ambos, así como los factores de riesgo, complicaciones, cuidados y recomendaciones que debe tener, él y sus familiares y se les otorga información impresa.
- ✓ Se da a conocer la importancia de que exprese sus sentimientos, temores, esto permite que la ansiedad y el temor disminuya; así mismo se fomenta mayor confianza entre enfermera – paciente.
- ✓ Se realiza una salida a un parque cercano al domicilio, mientras caminamos se sintió con más confianza y pudo expresar sus sentimientos más abiertamente.
- ✓ Se menciona las consecuencias si abandona el tratamiento; los riesgos para él y para su familia.
- ✓ Se le recomienda el uso de cubre bocas los primeros 2 meses, que es la fase intensiva, se le explica el uso y por que debe portarlo.

- ✓ Se invita asistir al Centro de Salud e integrarse al grupo de ayuda mutua de pacientes con TBp.
- ✓ Se otorga información impresa de VIH a la pareja, así como las técnicas de protección.
- ✓ Se facilitan información impresa relacionados con el binomio TBP/VIH.

Operación de cuidados de caso.

Erwin manifiesta que se siente muy bien y satisfecho por la ayuda y las visitas en su hogar que se realiza por el personal de Enfermería y agradece, además refiere “que no sabía lo importante que tiene un paciente para el personal de Enfermería”... ha disminuido su ansiedad lleva tres meses y ya ha podido dormir mejor y comprende ahora mejor su padecimiento actual, los factores de riesgo y como cuidarse.

Existe déficit de autocuidado en el requisito 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

Operación Diagnóstica.

Riesgo de alteración en el patrón respiratorio r/c las características e higiene de la vivienda.

Operación Prescriptiva.

Modificar en Erwin hábitos de vida encaminados a mejorar el estado de salud y evitar complicaciones futuras.

Operación de Tratamiento.

El sistema de ayuda que se diseña para este déficit de autocuidado es un sistema de apoyo educativo, el paciente realizará las acciones de cuidados para los que su agencia de autocuidado está desarrollada y aceptara la orientación y la ayuda de la Enfermera. La Enfermera llevara a cabo las acciones de cuidado necesarias para compensar las limitaciones del paciente.

- ✓ Proporcionar orientación a Erwin sobre la importancia de modificar las características de la vivienda (como evitar el uso de alfombras, no tener muñecos de peluche por que guardan mucho polvo).
- ✓ Tener bien ventilada la casa, abrir las ventanas y recorrer las cortinas para que entre la luz solar y fluya el aire dentro de la misma, ya que la tuberculosis predomina en ambientes oscuros, húmedos y donde hay acumulo de polvo.
- ✓ Recomendar el cambio de posición de los muebles que no se han movido durante varios meses y/o años ya que ahí se puede acumular polvo.
- ✓ Salir de la casa mientras cocinan y tenerla bien ventilada.
- ✓ Informar acerca de cambiar sus hábitos: como evitar el contacto con personas fumadoras, procurar no tener mascotas, (perros, gatos) y que limite la realización actividades durante temperaturas extremas.
- ✓ Se orienta sobre los medicamentos que se utilizan dando a conocer nombre, objetivo, dosis, horario de administración y efectos colaterales.

Operación de cuidados de caso.

Erwin comprende la importancia de modificar los hábitos de vida, y ha entendido su importancia, refiere que por las mañanas recorre las cortinas de la ventana y las abre, ha escombrado sus pertenencias y ha tirado lo que ya no utiliza, los juguetes los han puesto en bolsas y en su calendario apunta la hora y el medicamento que va tomar, cuando cocinan procuran tener la ventana que está cerca de la parrilla este abierta; me muestra el cambio que le ha hecho a su casa y se ve más ordenada y espaciosa.

Operación Diagnóstica.

Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos **r/c** desinterés y conocimiento de ingesta de líquidos **m/p** consumo en mayor cantidad de refresco de 6 a 7 vasos y poca cantidad de agua natural (1lt) al día.

Operación Prescriptiva.

Modificar en Erwin, el hábito de ingerir de 1lt de agua natural diario y concientizar sobre la importancia de aumentar la ingesta de agua natural durante el día y el riesgo que ocasiona el refresco y otros líquidos con azúcares.

Operación de Tratamiento.

El sistema de ayuda que se diseña para este déficit de autocuidado es un sistema de apoyo educativo, el paciente realizará las acciones de cuidados para los que su agencia de autocuidado está desarrollada y aceptara la orientación y la ayuda de la Enfermera. La Enfermera llevara a cabo las acciones de cuidado necesarias para compensar las limitaciones del paciente.

- Se informa mediante pláticas la importancia de ingerir por lo menos 2lts (ver Anexo7) de agua previamente hervida y/o desinfectada de preferencia, ya que favorece:
 - La piel más sana, limpia y elástica, tomando agua se fortalecen las células de la piel, logrando “humectarla”, limpiarla y mantener su elasticidad
 - Mejor circulación sanguínea.
 - Mejor rendimiento físico.
 - Mantiene despierto y lucido
 - La digestión, aumenta la motilidad intestinal, evitando el estreñimiento.
- Se menciona los riesgos de no tomar agua natural.
- Se explicaron las consecuencias de sustituir agua natural por refresco.

Operación de cuidados de caso.

Erwin comprende la importancia de aumentar la ingesta de agua en su dieta diaria durante el día, lleva 3 semanas y refiere “me ha costado trabajo ya que no estoy acostumbrado y además orina mucho” pero que ya toma aproximadamente 1 ½ y refiere sentir su cuerpo más refrescante.

Operación Diagnóstica.

Alto riesgo de incumplimiento del tratamiento *r/c* antecedentes de abando y apego al tratamiento y régimen terapéutico.

Operación Prescriptiva.

El apego o adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que comprende desde el inicio, seguimiento, verificación de reacciones indeseables y orientaciones hasta alcanzar la continuidad y término del tratamiento.

Lo anterior debe ser considerado para los pacientes con TB/SIDA. En Tuberculosis Pulmonar, el TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), quiere decir que debe vigilarse la ingesta de los medicamentos por el personal de salud o personal comunitario (alguien de la familia) previamente capacitado, hasta terminar el tratamiento (6 meses). Para el tratamiento con Antirretrovirales debe tomarse en consideración el deseo y compromiso de la persona y la familia que vive con VIH para iniciar y mantener por tiempo indefinido el tratamiento.

La adherencia al tratamiento se relaciona de manera importante con el apoyo proporcionado por los familiares así como con una red de apoyo social que ayude al paciente a lograr su objetivo. Además de lo anterior se consideran otros factores como el número de fármacos, sus reacciones adversas, el acceso a los servicios de salud y de manera sustantiva, la comunicación entre el personal de salud y el paciente.

Operación de Tratamiento.

El sistema de ayuda que se diseña para este déficit de autocuidado es un sistema de apoyo educativo, el paciente realizará las acciones de cuidados para los que su agencia de autocuidado está desarrollada y aceptara la orientación y la ayuda de la Enfermera. La Enfermera llevara a cabo las acciones de cuidado necesarias para compensar las limitaciones del paciente.

- ✓ Mediante visitas en su hogar se explican los riesgos y beneficios de cumplir su tratamiento.
- ✓ Mediante pláticas informar de la enfermedad y del tratamiento a seguir e informar sobre los medicamentos gratuitos.
- ✓ Apoyo familiar.
- ✓ Tipo de alimentación e ingesta de líquidos.

- ✓ Calidad en la atención
- ✓ Comunicación efectiva enfermera-paciente
- ✓ Conveniencia de horario de atención.
- ✓ Tranquilidad y privacidad
- ✓ No consumir bebidas embriagantes.
- ✓ Concientizar sobre los riesgos y complicaciones si abandona el tratamiento.
- ✓ Concientizar sobre al apego al tratamiento.

Operación de cuidados de caso.

Erwin refiere “he pasado por muchas circunstancias y problemas de salud y solo me importaba yo, el sentirme bien y estar bien pero no veía los problemas que le ocasionaba a mi familia, ni como se sentían de verme así por tal motivo he decidido a curarme, para que mi familia este también y yo también” se manifieste motivado acepta y comprende la importancia de apegarse y seguir el tratamiento para beneficio suyo y de su familia.

3. CONCLUSIÓN.

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería es muy importante, ya que utilizamos todos los sentidos (visión, audición, olfato, gusto y tacto) y sobre todo cuidando la individualidad del paciente, al mismo tiempo aclarando las dudas e inquietudes que pueda tener, así como la relajación, es decir, se olvidan tal vez del estrés y/o presión en la que están debido a la entrevista e interacción que se lleva a cabo mediante las etapas del Proceso Atención de Enfermería y las visitas a su domicilio, logrando así los cuidados integrales, ya que es muy gratificante ayudar a los pacientes y conocer sus limitaciones y riesgos, así como brindar los cuidados profesionales en un entorno humanístico.

La Enfermería está cambiando y la atención con los pacientes también, ya que la experiencia de tratarlos en el Centro de Salud, solo nos limita a la atención que en ese momento necesitan y en su hogar es muy diferente porque podemos tener una visión más amplia e identificar los factores de riesgo que se asocian con la Enfermedad del paciente y así poder realizar un plan de cuidados adecuado.

Gracias a la profesión de Enfermería he aprendido a valorar un ser humano siendo sensible a los prejuicios de la persona, es decir, escucharlo y dialogando obteniendo así su confianza, admiración y motivación para desarrollarme y crecer profesionalmente para el cuidado de la salud y sobre todo para mí como Enfermero y orgullosamente ENEO.



4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Atención primaria a la salud: La atención primaria de salud (APS) según la definición dada en la 'Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.¹

Autocuidados continuados: son técnicas de cuidados para el paciente para una vida satisfactoria futura.

Abandono: La inasistencia continuada del caso de tuberculosis a la unidad de salud por 15 días después de la fecha de la última cita.

Baciloscopía: es la técnica fundamental en toda investigación bacteriológica de la tuberculosis, en la detección de casos y control de tratamiento.

Cultivo negativo: La ausencia de colonias de bacilos ácido-alcohol resistentes después de noventa días de observación.

Cultivo positivo: La demostración de colonias con características de *Mycobacterium tuberculosis*.

Fracaso: La persistencia a partir del 6o. mes de tratamiento regular, de bacilos en la expectoración o en otros especímenes en dos muestras mensuales sucesivas, confirmadas por cultivo.

Forma infectante: Fase del parásito capaz de infectar el huésped.²

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993: Esta Norma tiene como objetivo uniformar los criterios, estrategias, actividades, procedimientos, y

¹ http://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud

² http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Parasitologia/Parasitol_04.html

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.

Organización Mundial de la Salud: es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

Retratamiento: El que se instituye por el médico especialista a un caso de tuberculosis multitratado, o en el que fracasó el tratamiento de corta duración.

Recaída: La reaparición de bacilos en la expectoración o en otros especímenes, después de haber egresado del tratamiento por curación.

Tuberculosis: Enfermedad infecciosa generalmente crónica causada por las especies del género Mycobacterium, M. tuberculosis y M. bovis que se transmite del enfermo al sujeto sano por la inhalación de material infectante o a través de la ingestión de leche de vaca contaminada, respectivamente.

Tratamiento autoadministrado: El que se aplica el paciente por sí mismo o vigilado por otra persona, utilizando los medicamentos que le entrega la unidad de salud.

Tratamiento supervisado: El que se aplica en los establecimientos de salud proporcionado y vigilado por el personal que presta el servicio, garantizando la toma total de dosis del medicamento al enfermo tuberculoso.

Tuberculosis pulmonar: Es una infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos.

El síndrome de consumo: Se define como fiebre y diarrea por más de un mes con pérdida de peso mayor al 10% del peso habitual y sin otra causa identificada en la investigación indicada por el médico. Los pacientes resuelven estas manifestaciones cuando se les da tratamiento antirretroviral.³

Virus de Inmunodeficiencia Humana: La infección por VIH es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La afección destruye el sistema inmunitario en forma gradual, lo cual hace que para el cuerpo sea más difícil combatir infecciones.

³ <http://tecno-marlon.blogspot.com/2008/09/sndrome-de-consumo.html>

5. BIBLIOGRAFÍA.

ATKINSON L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.

CARPENITO LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.

DUKE, M. & Street, A. (2003). The ímpetus for the development of hospital in the home (HITH) programs: A literature review. *Contemporary Nurse*, 14(3), 227-239.

EVALUACIÓN de los resultados del tratamiento acortado y supervisado de la tuberculosis. Tópicos actuales en tuberculosis. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1993:13-16

GORDON, Marjorie. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. En : IYER, Patricia W. Y otros. España : Interamericana, 1993. P. 339.

GORDON Marjory. Nursing diagnosis. Process ad application. McGraw Hill : 1982, pp. 82-34.

GRIFFIT JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno; 1986:6.

GUÍA de Enfermería para la Atención del Paciente con Binomio TB/SIDA
Primera Edición 2006
D. R. Secretaría de Salud
Impreso y hecho en México
Printed and made in México
ISBN 970-721-336-1

GUIRAO-Goris JA. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. *Educare*21 2003; 2.

KEARNEY, M. H., York, R. & Deatrick, J. A. (2000). Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 369-376.

LÓPEZ P. Proceso de Enfermería. Rev Iberoamericana de Geriatría y Gerontología 1994; 10:37-38.

LUIS Rodrigo, Mª T. (2000). Los diagnósticos enfermeros. Revisión, crítica y guía. Masson, Barcelona

MOSBY, Diccionario de medicina, edit: océano, impreso en España. Pags.1437.

M^a T., Luis Rodrigo. Los diagnósticos enfermeros. Revisión, crítica y guía. Masson, Barcelona.

MANUAL de normas y procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1996.S. Cano-Pérez G.

NOCIONES de Psicología, Telmo Salinas García, Ed Adunk SRL, Lima (Perú) 2003

NORMA Oficial mexicana, NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

OREM DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.

PHANEUF M., Cuidados de Enfermería", el proceso de atención de enfermería. Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1993.(Pág.16 a 48).

R. L. Wesley (1997): Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, México.

Páginas de Internet consultadas:

www.monografias.com

<http://www.tuotromedico.com>

<http://www.terra.es/personal/duenas/diagnos.htm> (aquí están los diagnósticos de la NANDA).

<http://www.adam.com>

<http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/default.asp?id=redTaes>

<http://www.drscope.com/pac/infecto-1/c4/index.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/tuberculosisspanish/id3591s3.pdf>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000602.htm>

<http://www.who.int/es>

http://www.parentprojectmd.org/site/PageServer?pagename=es_tc_respiratory

<http://enfermeros.org/revista>

<http://www.monografias.com/trabajos16/comportamiento-humano/comportamiento-humano.shtml>

<http://www.mistareas.com.ve/Justifica.htm>

<http://www.insp.mx/rsp/inicio/>

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/fisioterapiaresp.pdf>

<http://tilz.tearfund.org/Espanol/Paso+a+Paso+71->

[80/Paso+a+Paso+74/Atenci%C3%B3n+de+la+salud+en+el+hogar.htm](http://tilz.tearfund.org/Espanol/Paso+a+Paso+71-80/Paso+a+Paso+74/Atenci%C3%B3n+de+la+salud+en+el+hogar.htm)

<http://www.google.com.mx>

http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1998/num_3/40_3_tratamientoacort.pdf



6. ANEXOS

(ANEXO 1)

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN¹

1.- Datos de identificación.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (F) (M)

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Ocupación: _____ Edo. Civil: _____

Lugar de origen: _____ Residencia actual: _____

Domicilio:

Escolaridad: _____ Religión: _____

2. VALORACIÓN

Lugar en que la persona entra en contacto con la enfermera:

Valoración de los factores básicos condicionantes:

Descriptivo de la persona:

Edad: _____ Sexo: (F) (M)

Residencia y características de la misma:

Casa propia ____ Rentada ____ Prestada ____ No. de Habitaciones ____

Tipo de construcción: _____

Animales domésticos: _____

Características físicas (ventilación, iluminación):

Servicios sanitarios:

Agua intradomiciliaria ____ Hidratante público ____ otros _____

Eliminación de desechos: Drenaje: Si ____ No ____

Fosa séptica: Si ____ No ____ Letrina: Si ____ No ____

Composición familiar.

| Parentesco | Edad | Ocupación |
|-------------------|-------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Dinámica familiar: _____

Factores Socioculturales: _____

Factores Socioeconómicos: _____

PATRÓN DE VIDA DE LA PERSONA:

Descanso: (Tipo y frecuencia) _____

Sueño: (horario y características) _____

Diversión y/o deportes:

Características del estado de salud identificadas por la persona:

Factores del estado de desarrollo capacidad para el autogobierno:

Observadas por la enfermera:

Potencial de desarrollo:

Estimadas por la enfermera:

3. VALORACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO.

Capacidades cognitivas: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Capacidades para hacer juicios y tomar decisiones: _____

Limitaciones para hacer juicios y tomar decisiones: _____

4. VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE:

Elementos relacionados con la cantidad y calidad: _____

Aspectos relacionados con la estructura y función:

FR: _____ FC: _____

Percepción de bienestar: _____

Situaciones de que demandan cuidados específicos: _____

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA:

Elementos relacionados con la cantidad y calidad: _____

Aspectos relacionados con la estructura y función: _____

Percepción de bienestar: _____

Situaciones de que demandan cuidados específicos: _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS:

Elementos relacionados con la cantidad y calidad: _____

| Tipo de alimento | No. De veces a la semana |
|----------------------|--------------------------|
| Carne | |
| Verduras | |
| Frutas | |
| Leguminosas | |
| Pastas | |
| Leche | |
| Huevo | |
| No. De tortillas | |
| No. De piezas de pan | |

Aspectos relacionados con la estructura y función: _____

Percepción de bienestar: _____

Situaciones de que demandan cuidados específicos: _____

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS Y EXCRECIÓN:

Elementos relacionados con la cantidad y calidad:

Horario y características:

Intestinal: _____ Vesical: _____

Aspectos relacionados con la estructura y función: _____

Percepción de bienestar: _____

Situaciones de que demandan cuidados específicos: _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO:

Elementos relacionados con la cantidad y calidad: _____

Sistema de autocuidado: _____

Aspectos relacionados con la estructura y función: _____

Percepción de bienestar: _____

Situaciones de que demandan cuidados específicos: _____

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN HUMANA:

Aspectos relacionados con las condiciones de vida: _____

Sistema de autocuidado: _____

Factores humanos: _____

Factores ambientales: _____

Percepción de bienestar: _____

Situaciones de que demandan cuidados específicos: _____

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA:

Factores humanos: _____

Factores ambientales: _____

Percepción de bienestar: _____

Situaciones de que demandan cuidados específicos: _____

8. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO AL POTENCIAL HUMANO:

Factores humanos: _____

Factores ambientales: _____

Percepción de bienestar: _____

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Provisión de los cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo: _____

(ANEXO 2) ADULTO JOVEN

La mayoría de los autores concuerda en que esta etapa abarca desde los 20 hasta los 40 años, en la que se adquiere mayor estabilidad emocional, mayor autonomía, mayor proyección en cuanto metas y se debería adquirir una estabilidad a nivel de pareja.

El logro de las tareas de esta edad determinan el resto de la vida como adulto, se espera que se cumplan ciertas etapas, como abandonar el hogar paterno, trabajar y mantenerse, casarse y ser padre.

El adulto joven está en un período de aprendizaje, de ajuste y de toma de decisiones que lo llevan a comprometerse y a definir un estilo de vida. Son biológicamente adultos pero esto no significa que hayan asumido compromisos de carrera, familia y trabajo; psicológicamente se espera que ya hayan cumplido con las tareas de la adolescencia como la emancipación, la tranquilidad sexual, la identidad integrada y la capacidad de compromiso.

| | |
|--|---|
| Crecimiento y desarrollo Físico | Los hombres crecen hasta los 21 años y las mujeres hasta los 17-18 años, una de cada 10 mujeres puede crecer hasta los 21 años. |
| Desarrollo sensorial y motor | En el adulto joven las capacidades físicas alcanzan el máximo de efectividad, existe destreza manual y una mayor agudeza visual. Los hombres y mujeres alcanzan su mayor plenitud, han logrado el más elevado punto de coordinación, equilibrio, agilidad, fuerza y resistencia. Entre los 25 y los 30 años el hombre tiene máxima fuerza muscular, siempre y cuando la desarrolle. |
| Desarrollo Sistémico | Los sistemas tienen en esta edad una notable capacidad compensatoria, así el adulto joven es capaz de conservar la salud en forma casi continua, por esta razón presentan poca o ninguna preocupación por su salud. A pesar de que en esta etapa las características físicas alcanzan su plenitud, se debe considerar que alrededor de los 30 años empiezan a declinar algunas capacidades. |
| Desarrollo Cognitivo | Es importante saber que la vida para los adultos jóvenes, pierde su carácter provisional, lo cual significa que sabe que lo que hace hoy tendrá consecuencias mañana y que debe proyectarse a lo largo de la vida y no a 2 o 3 años. El desarrollo del pensamiento alcanza un paso más, el adulto pasa del pensamiento formal según Piaget, al pensamiento post formal que tiene la particularidad de que la persona es más flexible frente a las diversas situaciones a las que enfrenta. |
| | |

| | |
|--|--|
| <p>Desarrollo Afectivo</p> | <p>El adulto joven comienza a superar el egocentrismo de la etapa anterior y logra colocarse en el lugar del otro, compartir experiencias y comportarse de una manera altruista, que le permite establecer una relación de pareja responsable y asumir una posible paternidad.</p> <p>Al encontrar su identidad permite la fusión con otro, ya sea laboral o afectivamente ya posee la capacidad de adaptarse y de afiliarse.</p> |
| <p>Desarrollo Psicosocial</p> | <p>Según E. Erickson el adulto joven enfrenta la intimidad versus el aislamiento en donde la gran tarea es: ser capaz de comprometerse con otro.</p> <p>Según Schwartz las personas solteras pueden tener 6 estilos de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la profesional: que tienen planificada toda su vida y se dedican al trabajo y al estudio. • la social: que se dedican a las relaciones interpersonales, individualista que se concentran en si mismo. • la activista: los cuales se dedican a la política • él pasivo: que tienen una visión negativa de la vida. • los asistenteciales: a los cuales les gusta servir a otros. |
| <p>Desarrollo Moral</p> | <p>Kohlberg define moral como un sentido de justicia, el cual depende de un desarrollo cognitivo que implica una superación del pensamiento egocéntrico y una capacidad creciente de pensar de una manera abstracta.</p> <p>El adulto joven posee, según este autor, una moral Post-conventional, que marca el logro de la verdadera moralidad, la persona conoce las posibilidades de conflicto entre dos estándares socialmente aceptados y tratan de decidir entre ellos.</p> |
| <p>Las actividades de promoción de la salud</p> | <p>Las actividades de promoción de la salud están orientadas fundamentalmente a los hábitos de vida actuales, a la conservación de la salud y prevención de enfermedades. Las decisiones tomadas en esta época tienen consecuencias y efectos a largo plazo que pueden ser favorables o desfavorables (más a menudo) para el resto de la vida.</p> |
| <p>Riesgos de la etapa</p> | <p>Si bien es cierto, como se menciona anteriormente, existe una sensación de plenitud física, se debe considerar que a partir de los 30 años, se observa una declinación de ciertas funciones y habilidades, la cual ya es percibida por el adulto.</p> |
| <p>Alimentación</p> | <p>La alimentación se ve afectada por las modas alimenticias dadas por el auge de la comida rápida o chatarra, que</p> |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | también se ha fomentado por el poco tiempo para comer, lo atractivo de las comidas para los jóvenes, y el precio barato de éstas comparadas con un restaurante tradicional. Estas comidas rápidas son ricas en grasas saturadas y carbohidratos, que afectan el estado nutricional de las personas. |
| ACTIVIDAD | <p>LABORAL. Alrededor de los 20 años el nivel de productividad aumenta lo cual influye directamente en el trabajo del adulto joven, cuyo fin es generar ingresos, reconocimiento y realización.</p> <p>FÍSICA. La práctica de ejercicio en los adultos jóvenes es una actividad que se realiza con frecuencia, las personas cada vez están haciendo más ejercicios, con más ganas y en distintas formas. La instalación de gimnasios estimula la práctica de ellos. Esta actividad trae beneficios tanto físicos como psicológicos.</p> <p>RECREACIÓN. La recreación en el adulto joven está determinada por la necesidad de ampliar el círculo de amistades, de encontrar pertenencia y la posibilidad de establecer relación afectiva con personas del sexo opuesto.</p> |
| Sueño | El adulto joven posee múltiples actividades de tipo laboral, social y familiar que hacen que, en algunos casos, se transformen en factores que influyen en el buen dormir. Asimismo las autoexigencias que se imponen para tener éxito personal y lograr posición en la sociedad, la lucha por consolidar una familia, entre otras, lo llenan de preocupaciones, las que puede llevar consigo en la mente al momento de acostarse a dormir. |
| Drogas | Las drogas de mayor consumo en esta edad son el tabaco y el alcohol así como otras drogas ilícitas. Tanto el alcohol como el tabaco son hábitos que comienzan generalmente en la adolescencia y se mantiene por largos años de vida, a no ser que se deje. |
| Sexualidad | En esta edad la persona puede tener una vida sexual activa con su pareja con la cual estableció un compromiso de amor y fidelidad. |
| Alteración en el bienestar | Una de las principales alteraciones del bienestar es la pérdida del estado de salud, relacionado con el estilo de vida. ¹ |

¹ http://www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/index.html

(ANEXO 3)

El **índice de masa corporal** (IMC) es una medida de asociación entre el [peso](#) y la [talla](#) de un individuo. Ideado por el estadístico [belga L. A. J. Quetelet](#), también se conoce como **índice de Quetelet**.

Se calcula según la expresión matemática:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}(\text{kg})}{\text{talla}^2(\text{m}^2)}$$

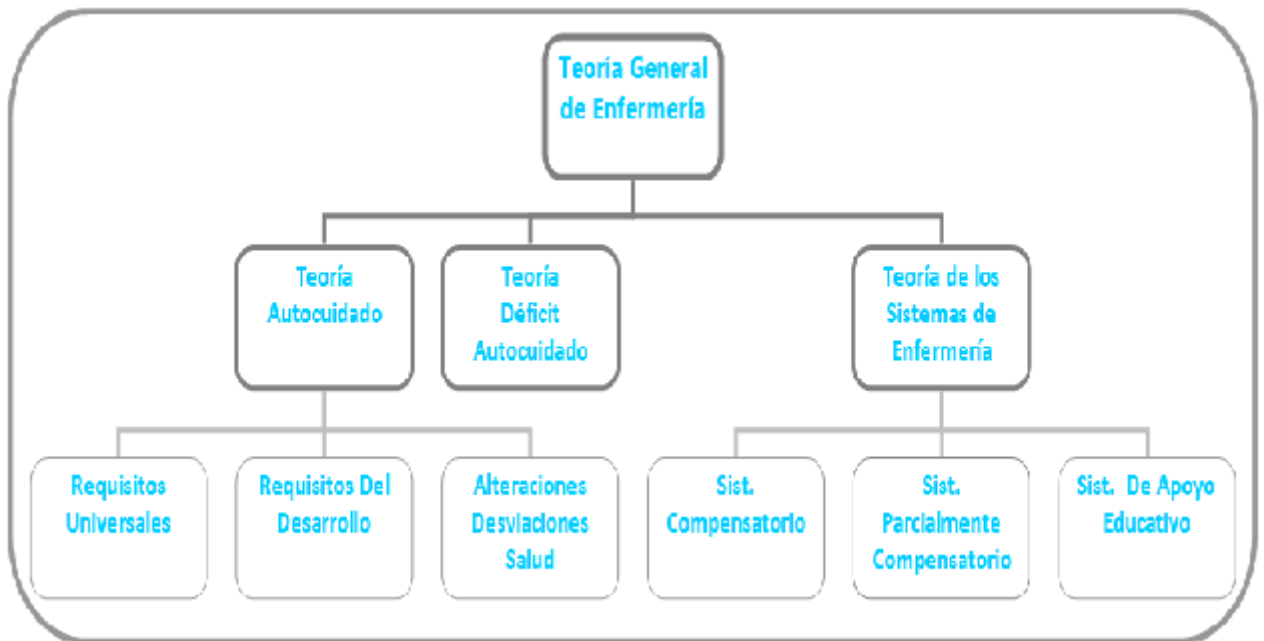
El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo.

Clasificación internacional (de la OMS: [Organización Mundial de la Salud](#)) del estado nutricional (infrapeso, sobrepeso y [obesidad](#)) de acuerdo con el IMC (índice de masa corporal).²

| Clasificación | IMC (kg/m ²) | |
|--------------------|--------------------------|----------------------|
| | Valores principales | Valores adicionales |
| Infrapeso | <18,50 | <18,50 |
| Delgadez severa | <16,00 | <16,00 |
| Delgadez moderada | 16,00 - 16,99 | 16,00 - 16,99 |
| Delgadez aceptable | 17,00 - 18,49 | 17,00 - 18,49 |
| Normal | 18,50 - 24,99 | 18,50 - 22,99 |
| | | 23,00 - 24,99 |
| Sobrepeso | ≥25,00 | ≥25,00 |
| Preobeso | 25,00 - 29,99 | 25,00 - 27,49 |
| | | 27,50 - 29,99 |
| Obeso | ≥30,00 | ≥30,00 |
| Obeso tipo I | 30,00 - 34,99 | 30,00 - 32,49 |
| | | 32,50 - 34,99 |
| Obeso tipo II | 35,00 - 39,99 | 35,00 - 37,49 |
| | | 37,50 - 39,99 |
| Obeso tipo III | ≥40,00 | ≥40,00 |

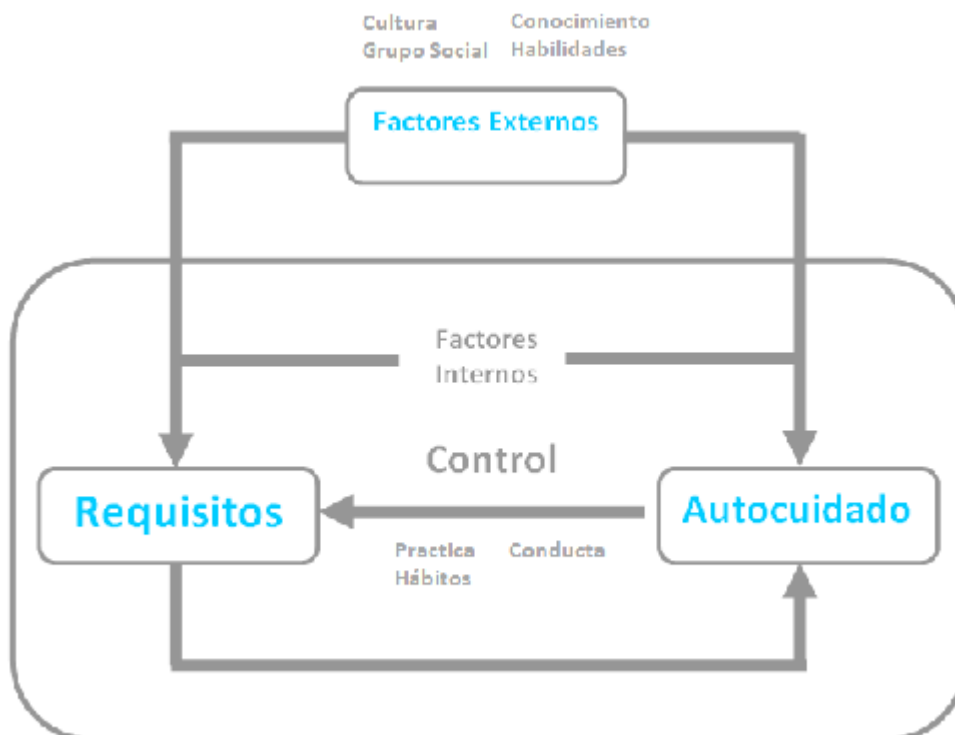
² http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_masa_corporal

(ANEXO 4) Organigrama de La Teoría General de Enfermería Según Orem



Análisis conceptual del Autocuidado y sus factores

"la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar"



3

³ Guirao-Goris JA. La agencia de autocuidados; p2

(ANEXO 5)

Guía de Bolsillo de Tratamiento de Tuberculosis en el Primer y Segundo Nivel de Atención.

Factores de riesgo para la infección por Tuberculosis:

Cuadro 1: Factores de riesgo para la infección por Tuberculosis

| | |
|--|---|
| ☒ Contacto cercano con un caso. | Los contactos cercanos presentan mayor riesgo de infección. |
| ☒ Duración de la exposición. | Las exposiciones breves conllevan un menor riesgo de infección. |
| ☒ Estado del esputo del caso. | El riesgo de infección es alto en casos con esputo positivo, medio si es esputo negativo/cultivo positivo y mínimo si tiene cultivos negativos. |
| ☒ Extensión de la enfermedad pulmonar del caso. | Las cavernas y la tos productiva indican un alto riesgo. La Tuberculosis laríngea es generalmente altamente infecciosa. |
| ☒ Frecuencia de la tos del caso. | El tratamiento produce una caída rápida de los bacilos en el esputo, lo que se asocia con una menor infectividad. Sin embargo la frecuencia de la tos tiene una menor significancia estadística sobre el infectividad que la extensión de la enfermedad o el estado bacteriológico. |
| ☒ Retraso en el tratamiento del caso. | El tratamiento efectivo reduce la progresión de la enfermedad y su infectividad. |
| ☒ Conversión reciente de la prueba de Mantoux. | Esto es un marcador de infección reciente, más que un factor de riesgo por se. Debe considerarse la posibilidad de presentar la enfermedad y no solo la infección. |
| ☒ Presencia de un absceso abierto por Tuberculosis. | El vendaje o la irrigación de este tipo de abscesos pueden producir infección. |
| ☒ Personas institucionalizadas. | Las personas que viven en hogares de retiro, aciles de ancianos, hospitalizados, prisiones o instituciones mentales tienen un mayor riesgo de infección. |
| ☒ Edad. | La prevalencia de la infección es mayor con la edad pero la incidencia es mayor en los niños. |
| ☒ Sexo. | Los hombres tienen un mayor riesgo de infección que las mujeres, esto después de la adolescencia. |
| ☒ Grupo étnico. | En países desarrollados se ha observado una mayor prevalencia de la enfermedad en la población negra. Si esto se debe a factores inmunológicos o sociales no está claro. |

Tomado, adaptado y traducido de Guidelines for Tuberculosis Control in New Zealand. 2003.

Factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad por Tuberculosis son:

Cuadro 2: Factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad por Tuberculosis

| | |
|--|--|
| ☒ Tiempo de infección. | Existe una relación inversa, el riesgo es mucho mayor durante el primer año de infección y empieza a disminuir lentamente justo después. |
| ☒ Dosis de infección. | El riesgo de infección es alto en casos con esputo positivo, medio si es esputo negativo/cultivo positivo y mínimo si tiene cultivos negativos. |
| ☒ Tamaño de la reacción de Mantoux. | Mientras más grande sea la reacción, mayor es el riesgo de enfermedad. Sin embargo existe una gran variación en esta relación. La presencia del VIH es el factor predisponente más fuerte, otros factores de riesgo incluyen diabetes, otimismo, uso de drogas ilegales, silicosis, gastrectomía, bypass intestinal y síndrome de malabsorción y estados de inmunosupresión. Enfermedades como diabetes, falla renal, HIV y VIH son fuertes predictores de la mortalidad por Tuberculosis. |
| ☒ Condiciones médicas predisponentes. | El uso de la terapia con corticosteroides (≥ 15 mg de prednisona QD por 2-3 semanas o el equivalente); quimioterapia, medicamentos inmunosupresores. |
| ☒ Tratamiento inmunosupresor. | Presentan un mayor riesgo durante los primeros 2 años. Nicaragua presentó tasas de 96 y 73/100 mil Hab. en los años 2000 y 2003 respectivamente. |
| ☒ Inmigrantes de países de alta incidencia. | Presenta una relación inversa: los picos generalmente ocurren en los años pre-escolares, adolescentes y adultos jóvenes. El riesgo de progresión es el siguiente: ☒ 5-15% en adultos. |
| ☒ Edad. | ☒ Inverso según la edad: <ul style="list-style-type: none">○ Hasta un 38% de los 0-14 años en los nativos canadienses.○ 16% de los 11-15 años.○ 0-25% de los 6-10 años.○ 11-24% de los 1-5 años.○ 23-43% en los <1 año. |
| ☒ Peso corporal. | Existe un mayor riesgo de enfermedad en aquellos pacientes con bajo peso o malnutridos. |

Tomado, adaptado y traducido de Guidelines for Tuberculosis Control in New Zealand. 2003.

Guía de Bolsillo de Tratamiento de Tuberculosis en el Primer y Segundo Nivel de Atención.

La escogencia del esquema recomendado depende de:

- ✓ La presencia de factores de riesgo de progresión a la enfermedad.
- ✓ La evaluación de la probabilidad de adherencia al tratamiento.
- ✓ El tiempo disponible para completar el tratamiento.
- ✓ Susceptibilidad del caso a los antituberculosos.
- ✓ Tolerancia al medicamento.

Cuadro 3: Esquemas recomendados para el tratamiento de Tuberculosis latente.

| Situación Clínica | Prescripción |
|---|---|
| Tratamiento estándar para pacientes con buena adherencia. | Isoniazida cada día por 6 meses. |
| Tratamiento recomendado para pacientes con buena adherencia y múltiples factores de riesgo. | Isoniazida cada día por 9-12 meses |
| Tratamiento estándar para pacientes con mala adherencia. | Isoniazida dos veces por semana por 8 meses |
| Tratamiento recomendado para pacientes con mala adherencia y múltiples factores de riesgo. | Isoniazida dos veces por semana por 9-12 meses |
| Tratamiento recomendado si se necesita un ciclo corto. | Isoniazida y Rifampicina cada día por 3 meses |
| Tratamiento recomendado si se necesita un ciclo corto. | Rifampicina y Pirazinamida* cada día por 2 meses |
| Tratamiento recomendado si se necesita un ciclo corto en pacientes con mala adherencia. | Isoniazida y Rifampicina dos veces por semana por 4 meses |

No se prescribe pirazinamida a los niños con Tuberculosis latente ya que no se ha demostrado su eficacia y perfil de efectos adversos. Tomado, adaptado y traducido de Guidelines for Tuberculosis Control in New Zealand, 2003.

Guía de Bolsillo de Tratamiento de Tuberculosis en el Primer y Segundo Nivel de Atención.

La escogencia del esquema recomendado depende de:

- ✓ La presencia de factores de riesgo de progresión a la enfermedad.
- ✓ La evaluación de la probabilidad de adherencia al tratamiento.
- ✓ El tiempo disponible para completar el tratamiento.
- ✓ Susceptibilidad del caso a los antituberculosos.
- ✓ Tolerancia al medicamento.

Cuadro 3: Esquemas recomendados para el tratamiento de Tuberculosis latente.

| Situación Clínica | Prescripción | TAES |
|---|---|-----------------|
| Tratamiento estándar para pacientes con buena adherencia. | Isoniazida cada día por 6 meses | No es necesario |
| Tratamiento recomendado para pacientes con buena adherencia y múltiples factores de riesgo. | Isoniazida cada día por 9-12 meses | Necesario |
| Tratamiento estándar para pacientes con mala adherencia. | Isoniazida dos veces por semana por 8 meses. | Necesario |
| Tratamiento recomendado para pacientes con mala adherencia y múltiples factores de riesgo. | Isoniazida dos veces por semana por 9-12 meses. | Necesario |
| Tratamiento recomendado si se necesita un ciclo corto. | Isoniazida y Rifampicina cada día por 3 meses | No es necesario |
| Tratamiento recomendado si se necesita un ciclo corto. | Rifampicina y Pirazinamida* cada día por 2 meses | No es necesario |
| Tratamiento recomendado si se necesita un ciclo corto en pacientes con mala adherencia. | Isoniazida y Rifampicina dos veces por semana por 4 meses | Necesario |

No se prescribe pirazinamida a los niños con Tuberculosis latente ya que no se ha demostrado su eficacia y perfil de efectos adversos. Tomado, adaptado y traducido de Guidelines for Tuberculosis Control in New Zealand, 2003

Cuadro 4: Dosis recomendadas para el tratamiento de la Tuberculosis latente.

| Medicamento | Dosis oral en mg/kg / (dosis máxima) | | | |
|--------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------|
| | Dosis diaria | | 2 veces por semana + DOT /TAES | |
| | Adultos | Niños | Adultos | Niños |
| Isoniazida | 5 mg/kg (300 mg) | 5-10 mg/kg (300 mg) | 15 mg/kg (900 mg) | 15 mg/kg (900 mg) |
| Rifampicina | 10 mg/kg (600 mg) | 10-20 mg/kg (600 mg) | 10 mg/kg (600 mg) | |
| Pirazinamida | 20-35 mg/kg (2 g) | | 50 mg/kg (1 g) | |

No se prescribe pirazinamida a los niños con Tuberculosis latente ya que no se ha demostrado su eficacia y perfil de efectos adversos. Tomado, adaptado y traducido de Guidelines for Tuberculosis Control in New Zealand, 2003

Principales fármacos antituberculosos

Isoniacida (H)

La isoniazida es el fármaco que más se acerca al tuberculostático ideal. Es bactericida, se tolera bien en una única dosis vía oral, es barato, y tiene pocos efectos secundarios. Se absorbe rápidamente y difunde con facilidad a todos los órganos y tejidos.

Se suele administrar vía oral, pero puede utilizarse la vía intramuscular en los casos muy graves.

Las dosis diarias en adultos y niños son:

5 mg/Kg al día, máximo 300 mg.

10 mg/Kg tres veces por semana.

15 mg/Kg dos veces por semana.

Los efectos adversos más frecuentes son gastrointestinales: disminución del apetito, náuseas, vómitos y molestias abdominales.

Información para el Uso Racional de los Medicamentos.

Información para el Uso Racional de Isoniazida.

| | | | |
|---|--------------------------|---|--------|
| Isoniazida (tabletas ranuradas) Código LOM: 03-0990 Clave: M Usuario: 1B Presentación: Tabletas 300 mg | Efectos Adversos | Contraindicaciones <ul style="list-style-type: none">Alcoholismo.Enfermedad hepática.Epilepsia.Falla renal. Interacciones Severas: <ul style="list-style-type: none">Itraconazol.Ketoconazol.Carbamazepina Interacciones Moderadas: <ul style="list-style-type: none">Hidantoinas. Seguridad en Embarazo y Lactancia ♀ C / ☺ + | |
| | Más Frecuentes | | |
| | DOLOR ABDOMINAL | | |
| | DIARREA | | |
| | HEPATITIS | | Severo |
| | NAUSEA | | |
| | NEURITIS PERIFÉRICA | | Severo |
| | VÓMITO | | |
| | Raros o Muy Raros | | |
| | DERMATITIS ALÉRGICA | | |
| | REACCIONES ALÉRGICAS | | |
| | DISCRACIAS SANGUINEAS | | Severo |
| | HIPO TENS IÓN | | |
| TOXICIDAD SNC | Severo | | |
| FIEBRE | | | |
| NEURITIS ÓPTICA | Severo | | |
| BROTE | | | |

Precauciones y Puntos Clave:
Recuerde utilizar Piridoxina en conjunto con la prescripción de Isoniazida en los pacientes de alto riesgo de Neuritis óptica.

Rifampicina (R)

Es también bactericida para *M. tuberculosis*. Tiene un potente efecto tanto sobre los bacilos intra como extracelulares. Es efectiva en dosis diaria única, y bien tolerada. Es liposoluble, se absorbe rápidamente y difunde a todos los tejidos y humores orgánicos. Su presencia es obligada en todas las pautas cortas (6-9 meses) de tratamiento.

Se administra a dosis de 10 mg/Kg diarios en niños y adultos, máximo de 600 mg diarios. Se debe administrar preferentemente 30 minutos antes de las comidas, ya que su absorción disminuye con el alimento.

La rifampicina induce enzimas microsomales del hígado, aumentando la eliminación hepática de determinados fármacos y con ello su eficacia: anticonceptivos orales, antirretrovirales, antifúngicos, metadona, corticosteroides, hipoglucemiantes orales, digoxina, fenitoína, cimetidina y ciclosporina. Se avisará a la mujer que toma anticonceptivos orales de esta circunstancia para que utilice otro medio anticonceptivo, o se prescribirá una píldora con una dosis mayor de estrógenos, hasta al menos un mes tras la interrupción.

La mayoría de los pacientes toleran bien el fármaco a las dosis habituales, pero algunos casos la intolerancia gastrointestinal (dolor epigástrico, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea) obligan a la retirada del fármaco.

Es frecuente al inicio del tratamiento una elevación moderada de la bilirrubina y de las transaminasas, pero suele ser transitoria y no tiene importancia clínica.

La hepatitis asociada a rifampicina es rara pero posible. Es dosis dependiente, por lo que se aconseja no pasas de la dosis de 10 mg/Kg.

La erupción cutánea aparece en un 1-5% de los casos, y es claramente más frecuente en los enfermos VIH positivos.

Información para el Uso Racional de Rifampicina.

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| <p>Rifampicina (cápsulas)</p> <p>Código LOM: 05-1500 Clave: M Usuario: 1D</p> <p>Presentación: Cápsulas 300 mg</p> | <p>Efectos Adversos</p> | <p>Contraindicaciones</p> |
| <p>Rifampicina (suspensión oral)</p> <p>Código LOM: 03 / 100 Clave: M Usuario: 1D</p> <p>Presentación: 100 mg/ 5 mL Frasco 60 mL</p> | <p>Más Frecuentes</p> | <ul style="list-style-type: none"> Alcoholismo. Enfermedad hepática |
| | <p>DOLORES ABDOMINALES</p> | |
| | <p>DIARREA</p> | |
| | <p>COLORACIÓN DE SECRECIONES</p> | |
| | <p>ARTRALGIAS</p> | |
| | <p>MIALGIAS</p> | |
| | <p>ASTENIA</p> | |
| | <p>ESCALOFRÍOS</p> | |
| | <p>Menos Frecuentes</p> | |
| | <p>DERMATITIS ALÉRGICA</p> | |
| | <p>REACCIONES ALÉRGICAS</p> | |
| | <p>SÍNTOMAS DE GRIPE</p> | |
| | <p>CANDIDIASIS ORAL</p> | |
| | <p>PRURITO</p> | |
| | <p>SALPULLIDO</p> | |
| | <p>Raros o Muy Raros</p> | |
| | <p>DISCRASIAS SANGUÍNEAS</p> | <p>Severo</p> |
| | <p>HEPATITIS</p> | <p>Severo</p> |
| | <p>NEFRITIS INTERSTICIAL</p> | <p>Severo</p> |
| | | <p>Interacciones severas:</p> |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Voriconazol. Inhibidores de proteasa Vacunas vivas. Teofilina. Anticonceptivos orales Ciclosporina. |
| | | <p>Interacciones moderadas:</p> |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Anticoagulantes. Lamotrigina Antimicóticos Azoles Beta-bloqueadores Verapamilo. Sulfonil ureas. Corticosteroides |
| | | <p>Seguridad en Embarazo y Lactancia</p> |
| | | <p>♀ C / ☺ +</p> |
| <p>Precauciones y Puntos Clave: Recuerde el gran número de interacciones con medicamentos y la necesidad de llevar un adecuado control de los medicamentos del paciente.</p> | | |

Pirazinamida (Z)

Es bactericida en el pH ácido intracelular y en las zonas de inflamación aguda. Es muy eficaz durante los dos primeros meses de tratamiento, mientras persiste esta inflamación aguda. Su uso permitió acortar la duración de los regímenes terapéuticos, y hace menos probables las recaídas.

También es efectiva en dosis única diaria, aunque la intolerancia gastrointestinal con dosis tan altas es frecuente.

Las dosis en adultos y niños son:

25 mg/Kg al día

35 mg/Kg tres veces por semana.

50 mg/Kg dos veces por semana.

Información para el Uso Racional de Pirazinamida.

| | | | |
|--|--------------------------|--------|---|
| Pirazinamida <small>(tabletas)</small> Código LOM: 03-1340 Clave: M Usuario: 1B Presentación: 500 mg Tabletas | Efectos Adversos | | Contraindicaciones |
| | Más Frecuentes | | <ul style="list-style-type: none">▪ Enfermedad hepática severa.▪ Gota. |
| | ARTRALGIAS | | Interacciones Severas |
| | Raros o Muy Raros | | |
| | HEPATITIS | Severo | Seguridad en Embarazo y Lactancia ♀ C / ☺ ? |
| | ICTERICIA | | |
| | ARTRITIS GOTOSA | | |
| PRURITO | | | |
| SALPULLIDO | | | |
| Precauciones y Puntos Clave: | | | |

Etambutol (E)

A las dosis habituales es principalmente bacteriostático. Se utiliza en dosis diaria única, y suele ser bien tolerado.

Se utiliza en el adulto a dosis de:

15 mg/Kg diarias.

30 mg/Kg tres veces por semana.

45 mg/Kg dos veces por semana.

En el niño el máximo será de 15 mg/Kg diarios.

El principal efecto secundario es la neuritis óptica, poco frecuente a dosis de 15 mg/Kg. Se debe avisar al enfermo que consulte si observan trastornos de la visión o de la percepción del color. Por este motivo, pacientes que por ser demasiado jóvenes o que por otra circunstancia no pudieran comprender esta situación, no deberían recibir etambutol. Las primeras alteraciones pueden ser reversibles, pero es posible la ceguera si no se suspende el tratamiento.

Información para el Uso Racional de Etambutol.

| | | |
|---|---|--|
| Etambutol <small>(etambutol)</small> Código LOM: 00-0670 Clave: N Uzuano: 1B Presentación: 400 mg Tabletas | Efectos Adversos | Contraindicaciones |
| | Menos Frecuentes DOLOR ABDOMINAL CONFUSIÓN ANOREXIA ARTRITIS GOTOSA CEFALEA HIPERURICEMIA NAUSEA VÓMITO CEFALEA | Más o Muy Raros DERMATITIS ALÉRGICA REACCIONES ALÉRGICAS ANAFILAXIS <small>Severo</small> MAFEO FIEBRE HEPATITIS HIPERSENSIBILIDAD LEUCOPENIA <small>Severo</small> NEUTROPENIA <small>Severo</small> NEURITIS ÓPTICA <small>Severo</small> |
| Precauciones y Puntos Clave: | | |

Streptomycin (S)

Es bactericida en medio alcalino. No se absorbe en el tracto gastrointestinal. Se debe administrar vía intramuscular profunda.

La dosis en niños y adultos es de 15 mg/Kg diarios o dos o tres veces por semana.

Siempre que se pueda se evitará su empleo en el niño.

Está contraindicada en el embarazo, pues atraviesa la placenta.

**Gula de Bolsillo de Tratamiento de Tuberculosis
en el Primer y Segundo Nivel de Atención.**

Esquemas Terapéuticos DOTS/TAES

| Tratamiento acordado | Categoría 1 | Retratamiento | Categoría 2 |
|-----------------------------|--|---|---|
| Fase Inicial | Rifampicina Isoniazida Etambutol Pirazinamida 2 meses de Lunes a Sábado Puede continuarse 1 mes más si persiste con baciloscopia + | | Rifampicina Isoniazida Etambutol Pirazinamida Y 3 meses de Lunes a Sábado |
| Fase de continuación | Rifampicina Isoniazida 4 meses tres veces a la semana | Pacientes que al 3 mes tienen BK+ o una PSA con resistencia limitada a la isoniazida o sólo a rifampicina. Aquellos pacientes que recibieron 3 meses de terapia inicial | Lstreptomicina 2 meses Rifampicina Isoniazida Etambutol 5 meses tres veces a la semana |
| Indicaciones | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Todos los casos nuevos de Tuberculosis pulmonar con BK+ ✓ Los casos con BK+ o Tuberculosis extrapulmonar deben ser referidos al 2º o 3º nivel. ✓ Si al 5 mes de tratamiento persiste con BK+ debe referirse al especialista como un fracaso terapéutico. | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fallo terapéutico al tratamiento. ✓ Pacientes que no completaron la fase inicial. ✓ Pacientes que después de haber sido considerados curados vuelven a ser diagnosticados con Tuberculosis. |

BK+ = baciloscopia

Tomado y adaptado de Tratamiento de la Tuberculosis-fase inicial y de continuación. Gerencia de División Médica. CCSS, 2002.

| Mexico | Fase inicial (2 m.) | Fase de mantenimiento |
|------------------------------|-------------------------------------|--|
| NOM 006 y Estándares | H, R, Z, E ¹ diario (AI) | H, R diario, 4 meses. (7 m en VIH) AI |
| | H, R, Z, E ¹ 3x/semana. | H, R 3x/semana. 4 meses. |
| Otros países Opcional | H, R, Z, E diario | H, E diario, 6 meses. |

Dosis Recomendadas.

| Medicamento | Dosis diaria | |
|-------------------------|---------------------|----------------|
| | Niños | Adultos |
| Isoniazida | | |
| Dosis Max/día | 5-10 mg/d | 5 mg/d |
| Dosis Max/semana | 300 mg | 300 mg |
| Rifampicina | | |
| Dosis Max/día | 10-20 mg/d | 10 mg/d |
| Dosis Max/semana | 600 mg | 600 mg |
| | | 1,8 g |
| Pirazinamida | | |
| Dosis Max/día | 20-35 mg/d | 20-30 mg/d |
| Dosis Max/semana | 2 g | 2 g |
| | 6 g | 6 g |
| Etambutol | | |
| Dosis Max/día | 15-25 mg/d | 1600 mg/d |
| Dosis Max/semana | | |

Tomado, adaptado y traducido de Guidelines for Tuberculosis Control in New Zealand. 2003 y Government of Canada. Canadian Tuberculosis Standards. Canadian Lung Association/Canadian Thoracic Society and Tuberculosis Prevention and Control, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada. 2000.

(ANEXO 6)

El Programa Nacional de Tuberculosis, a través del Subcomité de la Red TAES de Enfermería en Tuberculosis dependiente del Comité “Alto a la Tuberculosis en México”, ha recomendado la integración de actividades en relación al Binomio Tuberculosis y SIDA, dada la importante sinergia que existe entre estas dos patologías.⁴



| Índice | |
|---|----|
| Presentación | 9 |
| Objetivo General | 11 |
| Capítulo 1 | 13 |
| Identificación de necesidades de Individuo y la Familia | 13 |
| 1.1 Familia: concepto | 13 |
| 1.2 Orientación y consejería en el manejo de la enfermedad | 15 |
| 1.3 Alimentación y aspectos nutricionales | 19 |
| 1.4 Cuidados higiénicos (lavado de manos, manejo de secreciones, control de antitúberculosis) | 21 |
| 1.5 Manejo de la sexualidad | 26 |
| 1.6 Condiciones de la vivienda | 30 |
| Capítulo 2 | 32 |
| Intervenciones Individuales y Familiares | 32 |
| 2.1 Detección de signos y síntomas de alarma | 32 |
| 2.2 Tratamiento conjunto de la TB/HIV-SIDA | 35 |
| 2.3 Quimioprofilaxis | 40 |
| 2.4 Estudio de contactos | 40 |
| 2.5 Adherencia al tratamiento | 41 |
| 2.6 Seguimiento de laboratorio | 42 |
| 2.7 Apoyo farmacológico | 42 |
| Capítulo 3 | 46 |
| Intervenciones Comunitarias | 46 |
| 3.1 Estigma social | 46 |
| 3.2 Redes sociales para el paciente con TB/HIV-SIDA | 48 |
| 3.3 Sensibilización a la comunidad | 50 |
| Bibliografía | 54 |

⁴ <http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis>

(ANEXO 7)

Importancia del consumo e ingesta de agua natural a diario.

El agua es el principal componente del cuerpo humano constituyendo del peso corporal total entre 60 a 70 % para los lactante ,55 a 60 % para los niños y 55% en los adultos.

El agua cumple funciones biológicas importantes como el ser diluyente de líquidos corporales (sangre, orina, secreciones digestivas, etc.), contribuye en el transporte de nutrientes a las células y de éstas los productos de desechos y además regula la temperatura corporal.⁵

Se suele perder, a través del sudor, la orina o la respiración, unos 2.5 litros diarios de agua. El organismo necesita reponer esta agua. La comida proporciona casi una tercera parte del agua que se pierde. El resto debemos hacerlo bebiendo agua pura. La cantidad de agua que debemos de beber depende del grado de calor y del esfuerzo físico que realizamos.

En general, se aconseja la ingesta de 2 litros diarios, como mínimo, cuando hace calor y de 1 ½ con temperaturas menores.⁶

(ANEXO 8) Instrumentos utilizados para el apoyo educativo y actividades.

Material didactico



⁵ Programa de Nutrición y Dietética de la UNIFE

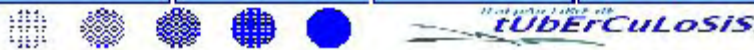
⁶ <http://www.botanical-online.com/aguanecesidades.htm>

LA TUBERCULOSIS ES UN RIESGO DE SALUD PARA TODOS

El primer paso para prevenir esta enfermedad es informándote, por favor

POR UN Tlalpam Libre de Tuberculosis

| 1 ¿QUE ES LA TUBERCULOSIS? | 2 ¿CÓMO SE CONTAGIA? | 3 ¿CÓMO SABER SI LA TENGO? | 4 ¿CUÁL ES LA SOLUCIÓN? |
|---|---|--|---|
| ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA QUE AFECTA A LOS PULMONES PERO QUE ES CURABLE. | CUANDO UNA PERSONA CON TUBERCULOSIS TOSE, ESTUJENEA O HACE LA EXPRESIÓN MICROBIOS QUE CONTAGIAN A LAS OTRAS PERSONAS. | SI PRESENTAS: <ul style="list-style-type: none"> TOS CON FILMAS FIEBRE SUDORACIÓN POR LA NOCHE DEBILIDAD O CANSANCIO PERDIDA DE PESO | ACUDIR AL CENTRO DE SALUD Y REALIZARSE UN EXÁMEN DE FLEMA, ASÍ COMO TOMAR UN TRATAMIENTO POR 6 MESES QUE SON GRATUITOS. |



TUBERCULOSIS

¿QUÉ ES?

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa que afecta principalmente a los pulmones.



¿CÓMO SE CONTAGIA?

Cuando una persona que padece la enfermedad de tuberculosis habla, tose o estornuda, expulsa microbios que contagian a los que le rodean, sobre todo a las personas que viven con él, o que comparten una misma espacio de trabajo.



¿CÓMO ME DOY CUENTA SI ALGUIEN O YO TENGO TUBERCULOSIS?

- TOS CON FILMAS Por más de tres semanas.
- FIEBRE
- SUDOR DURANTE LA NOCHE.
- PERDIDA DE APETITO.
- PERDIDA DE PESO (si estar comiendo a diario).
- SENSACIÓN DE CANSANCIO.



¿A DÓNDE ACUDO?

Al centro o unidad de salud más cercana a tu domicilio para que te realicen un estudio de flema (baciloscopia).



¿QUÉ HAGO SI TENGO TUBERCULOSIS?

LA TUBERCULOSIS ES CURABLE

Deberás someterle a tratamiento el cual es gratuito en su totalidad y tiene una duración de 6 MESES.

Se divide en dos fases: 1. INICIAL: durante 2 meses de lunes a sábado.

2. DE MANTENIMIENTO: durante 4 meses: solo tiene que cumplir con el requisito de asistir por lo medicamento al centro o unidad de salud por lo medicamento y comerte a los exámenes de flema cada mes durante el tiempo que dura el tratamiento.

Es necesario que por ningún motivo abandones el tratamiento.



MOTIVOS PARA QUE TE CURES DE LA TUBERCULOSIS

- Para que no tengas el riesgo de morir.
- Para que no lo contagies.
- Para proteger la salud de tu familia.
- Porque le haces falta a tu familia.
- Para que te encuentres sano.

Actividades:



Registro de las actividades y control del tratamiento en el Centro de Salud.



Seguimiento en el hogar con material de apoyo



Análisis del entorno y ubicación del domicilio del paciente.



Equipo de trabajo de la red TAES / Grupo. De Ayuda mutua.



Compartiendo la experiencia del tratamiento c/paciente.



Paciente en su hogar

