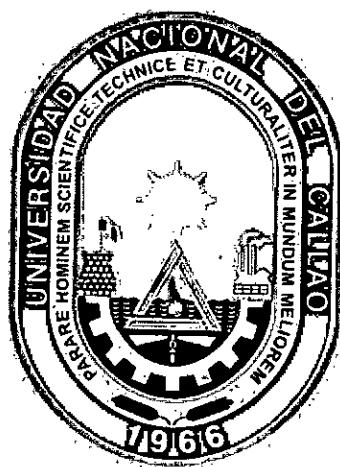


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR EN MEDICINA C DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**

2015-2017

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

BERTHA PAGÁN CUENCA

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES SECRETARIO
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA VOCAL

ASESORA: Mg. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 236

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 15/04/2018

Resolución Decanato N° 938-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	24
3.1 Recolección de Datos	24
3.2 Experiencia Profesional	24
3.3 Procesos Realizados en la atención del niño o la niña	33
IV. RESULTADOS	56
V. CONCLUSIONES	60
VI. RECOMENDACIONES	61
VII. REFERENCIALES	63
ANEXOS	65

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad “Describir los Cuidados de Enfermería en pacientes con Tuberculosis Pulmonar”.

La enfermera asistencial es con frecuencia el primer profesional que hace contacto con personas infectadas, teniendo la posibilidad de influenciar y corroborar con la recuperación del paciente, aun a costa de su propia salud.

En ese sentido, la población con tuberculosis es una población expuesta y frecuentemente excluida, por las desventajas económicas y el estigma social que enfrenta.

Así, el presente informe busca dar a conocer el potencial rol del profesional de Enfermería en el enfrentamiento del problema de la tuberculosis en un contexto de inequidad y pobreza. Por lo que, pongo a su vuestra consideración el trabajo de investigación titulado: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL SERVICIO DE MEDICINA “C”, DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2016-2017”**.

En dicho informe, se muestran los alcances realizados en la experiencia profesional de la atención en enfermería en pacientes con Tuberculosis Pulmonar, el informe está estructurado en seis capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del Problema

Capítulo II: Marco Teórico o Conceptual o Referencial

Capítulo III: Experiencia Profesional

Capítulo IV: Resultados

Capítulo V: Conclusiones

Capítulo VI: Recomendaciones

Referencias:

Anexos

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La tuberculosis es una de las enfermedades que más ha impactado en la sociedad a nivel mundial siendo influenciada por la pandemia del VIH, los patrones migratorios y el uso de la medicación antituberculosa. (1)

El tratamiento de la tuberculosis es importante tanto para preservar la salud del paciente como para prevenir la propagación de la enfermedad entre la población. (2)

La forma extrapulmonar es rara siendo más característica en los pacientes inmunocomprometidos, cuyas manifestaciones clínicas son inespecíficas, por lo que constituye un reto diagnóstico para los clínicos, en la mayoría de los casos retardando su detección y tratamiento. (1)

La tuberculosis es una de las enfermedades que más ha aquejado a la población mundial desde tiempos antiguos, con su mayor pico de incidencia durante la pandemia del VIH entre 1985 y 1992, con lo que en 1993 fue declarada por la OMS como emergencia de salud pública global; y aunque ha disminuido su incidencia aún se considera uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial. Su agente etiológico, el *Mycobacterium tuberculosis* puede afectar cualquier órgano, siendo los pulmones los principalmente afectados. (1)

La tuberculosis (TB) es una enfermedad conocida desde tiempos inmemoriales. Ha constituido un verdadero azote para la humanidad desde el Siglo XX. En la actualidad hay 20 millones de tuberculosos en el mundo y aparecen 9 millones de casos nuevos cada año, de los cuales mueren cerca de 1,7 millones lo que es una paradoja para una enfermedad esencialmente curable. El problema actual de la TB es de tal magnitud que ha sido considerado una emergencia sanitaria por la Organización Mundial de la Salud. (3)

En el Perú, en 2013 se logró reducir la tasa de morbilidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, seguimos siendo el segundo país en América en registrar más casos de TB, precedido por Brasil, y los primeros con más casos de TB multidrogoresistente, es decir, aquella variedad que no responde al tratamiento con medicinas convencionales.

Según la estadística del Ministerio de Salud, durante el 2013 se registraron 31 mil casos de TB en la forma sensible, 1,260 casos de TB multirresistente (TBMDR) y 66 casos de TB extremadamente multirresistente (TB-XDR). Las regiones con más incidencia del mal fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima, donde se ha fortalecido la atención con medicinas, enfermeras y médicos especialistas. En la capital la mayor cantidad de casos de TB se concentra en el distrito de San Juan de Lurigancho, que alberga la mayor cantidad de población de Lima y dos penales de máxima seguridad. Le siguen en la estadística El Agustino, Santa Anita, Ate Vitarte y el Rímac ⁽⁵⁾ De acuerdo a datos publicados en el portal de la Dirección de Salud del Cusco en el año 2015 se diagnosticaron 57 casos de tuberculosis con una tasa de 18 por cada 100,000 habitantes y una incidencia de 15.5 por cada 100,000 habitantes.

Según el Censo de Medicina "C" del Hospital Regional del Cusco, el año 2016 se atendió a 80 pacientes con tubérculos con diagnóstico confirmado.

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en pacientes con tuberculosis pulmonar en Medicina "C" del Hospital Regional del Cusco en el periodo comprendido entre el 2016 y 2017.

1.3. Justificación

El Programa Mundial de lucha contra la Tuberculosis tiene como metas la detección de 70% de los casos de TB bacilíferos y la curación de 85% de ellos, para ser alcanzadas en 2015. La principal arma para el control de la enfermedad es la detección rápida y curación de los casos infecciosos. Cuba cumple con las metas globales de la OMS de curación y detección de casos y tiene perspectivas de eliminar la tuberculosis como problema de salud. (4)

Debido al importante papel que desempeña la enfermería en el cuidado de pacientes con Tuberculosis Pulmonar decidimos realizar este estudio sobre el tipo de cuidado que recibe el paciente con Tuberculosis Pulmonar en el servicio de Medicina C del Hospital Regional del Cusco.

Ley del Trabajo de la Enfermera(o): LEY N° 27669

CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 2.- Rol de la Profesión de Enfermería La Enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

(Serra Valdés, Aboy Capote, & Díaz Ordóñez, 2015) en su trabajo de investigación titulado Tuberculosis pulmonar. Presentación de caso, utilizando el estudio de caso como metodología con el objetivo de presentar un caso de Tuberculosis Pulmonar con errores en el diagnóstico y tratamiento en la Atención Primaria de Salud. Llegando a la conclusión, presentó un caso con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar activa mal diagnosticado y tratado en la Atención Primaria de Salud. A través de este caso, se demostró que la Tuberculosis pulmonar, a pesar del desarrollo tecnológico, las drogas existentes, los programas de control y el esfuerzo de muchos, nos sigue desafiando. (5)

(González N, 2010) en su investigación titulada "Descripción del caso presentado en el número anterior: Tuberculosis pulmonar" utilizando el estudio de caso como metodología, teniendo como objetivo describir un caso de tuberculosos pulmonar, llegando a las conclusiones: En este caso podemos observar la característica paucibacilar de la tuberculosis primaria con examen directo para BAAR negativo en las secreciones respiratorias. La forma de presentación como una infección respiratoria aguda inespecífica acompañada de anergia tuberculínica puede demorar la sospecha diagnóstica, pero la proximidad con enfermos bacilíferos es sumamente importante para considerar la posibilidad de tuberculosis en pediatría. (6)

(Salinas & Moreno, 2014) en su investigación titulada "Tuberculosis pulmonar, esofágica y laríngea" utiliza el estudio de caso como metodología, teniendo como objetivo general describir el caso de un paciente masculino inmuno competente con compromiso pulmonar y

extrapulmonar por tuberculosis que tomó seis años su diagnóstico. Llegando a las siguientes conclusiones el abordaje diagnóstico del paciente fue completo, ya que se estudiaron las diferentes etiologías de su cuadro, descartando como primera opción otras enfermedades infecciosas atípicas, así como compromiso neoplásico sugerido por las características macroscópicas de las lesiones. Y finalmente se documentó por histología el diagnóstico, al hacerse evidentes los granulomas y bacilos ácido alcohol resistentes en las muestras. Es así como cobra cada día más importancia la sospecha clínica para este tipo de pacientes, en quienes un diagnóstico oportuno y eficaz abarata costos, ahorra recursos y por supuesto disminuye situaciones asociadas que van en deterioro de la sobrevivencia de nuestros pacientes con un diagnóstico oportuno y certero, siendo igualmente útil como medida de contención por los efectos que tiene en la diseminación de la enfermedad por la contagiosidad tan alta de dichos focos. (1)

(Boldú, Cebollero, Abu, & De Prado, 2007) en su investigación titulada Tratamiento de la tuberculosis pulmonar según la metodología utilizada es la investigación descriptiva, tiene como objetivo general: Describir cómo se debe actuar desde el punto de vista terapéutico ante determinadas situaciones especiales y cuando los tratamientos iniciales se han abandonado o han fracasado. Llegando a las siguientes conclusiones: Para facilitar la adherencia y mejorar la tolerancia, los tuberculostáticos deben administrarse juntos en una sola toma diaria con presentaciones combinadas. En pacientes inmigrantes procedentes de países con alta tasa de resistencia primaria debe añadirse etambutol durante los dos primeros meses. En general, los fármacos de primera línea son bien tolerados y tienen pocos efectos secundarios pero estos existen, pueden ser potencialmente graves y deben ser bien conocidos. (2)

(Apaza Monrroy & Copari Yancachajlla, 2015) en su investigación titulada "Factores Determinantes que influyen en la Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la micro Red Santa Adriana Abril – Julio 2015" la metodología de la investigación fue de enfoque cuantitativo, ya que los datos son procesados con métodos estadísticos, de nivel causal - explicativo, porque se busca encontrar la influencia de la variable independiente en la dependiente. Es transversal, porque se hace un corte en el tiempo para el desarrollo de la investigación. Teniendo como objetivo general identificar los factores que influyen en la calidad de vida en pacientes diagnosticados con TBC pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana Abril – Julio 2015. Llegando a las siguientes conclusiones: Los factores personales que influyen en la calidad de vida en pacientes diagnosticados con TBC pulmonar fueron: edad y sexo del paciente siendo estos los predominantes, ya que el 68.57% tenían de 20 a 39 años, el 50% tenían regular calidad de vida con $P=0.002$; sexo del paciente, el 65.71% eran de sexo masculino, el 50% tenían regular calidad de vida, $P=0.000$. Los factores culturales que influyen en la calidad de vida en pacientes diagnosticados con TBC pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana Abril - Julio 2015, fueron: año de estudio, el 38.57% estudio primaria completa, el 30% tenían mala calidad de vida, con $P=0.000$; residencia el 52.86% vivía en zona peri urbana, el 44.29% tenían regular calidad de vida, con $P=0.000$. Los factores económicos que influyen en la calidad de vida en pacientes diagnosticados con TBC pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana Abril - Julio 2015, fueron: ingreso económico, el 54.29% tenían un ingreso económico de 700 a 1,000 nuevos soles, el 48.57% tenían regular calidad de vida, con $P=0.000$. (7).

2.2. Marco Conceptual

2.2.1 TUBERCULOSIS

La tuberculosis (abreviada TBC o TB) es una enfermedad infecciosa, causada por la especie más importante y representativa; *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. La TBC es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. (8)

Por definición, la TB es la enfermedad ocasionada por alguna de las especies pertenecientes al complejo *Mycobacterium tuberculosis*, entre las cuales destacan *M. tuberculosis* (el bacilo de Koch), *M. bovis*, *M. microti*, *M. africanum*, *M. Caprae*, *M. Pinnipedii* y *M. Canettii*. Si bien el padecimiento puede afectar a diversos tejidos humanos, en alrededor del 90% de los casos los pulmones representan los órganos infectados, habida cuenta que el agente causal se transmite mayoritariamente por vía aérea; el bacilo llega al parénquima pulmonar y es englobado por macrófagos alveolares, dentro de los cuales se desarrolla lenta pero eficazmente. Cuando se trata de individuos inmunocompetente, el invasor es neutralizado 2-8 semanas después, al impedirsele crecer intracelularmente y ser capturado en granulomas: macrófagos activados rodeados por células gigantes y linfocitos Th1; estos últimos le confieren estabilidad al granuloma, liberando citosinas tales como el denominado factor inhibitorio de la migración de macrófagos.

En este caso se habla de una primoinfección (pero no de TB), la cual cursa sin mayor daño tisular y suele pasar ~ inadvertida clínica y radiológicamente (Cooper, 2009; Day et al., 2010; Di Paolo et al., 2015). De hecho, la TB solo aparece en una minoría de individuos: tanto en los inmunocomprometidos que inhalan el microorganismo y no logran confinarlo en granulomas, como en quienes habiéndolo controlado anteriormente, meses o años más tarde experimentan algún episodio de inmunodeficiencia que llega a desatar la llamada "reactivación" del invasor y la patogénesis. Así, cuando desarrolla la TB

es cuando los rayos X revelan daño pulmonar y se presenta una fiebre que asciende conforme el día avanza hasta originar sudor nocturno. Otras manifestaciones incluyen malestar general, irritabilidad, astenia, fatiga, cefalea y pérdida de peso. Posteriormente, aparecen la tos con expectoración, hemoptisis y dolor en el pecho; la disminución de la capacidad inspiratoria se presenta en etapas posteriores. (9)

2.2.2 CLASIFICACIÓN

Aunque la tuberculosis es una enfermedad predominantemente de los pulmones, puede también verse afectando a otros sistemas (extra pulmonar).

2.2.2.1 TUBERCULOSIS PULMONAR

El diagnóstico de la localización pulmonar de la tuberculosis es de importancia capital, no solo por ser la forma más frecuente de la enfermedad, 80 a 85%, sino porque además de comprometer la vida de un paciente individual, por su alto poder de contagio representa un problema de salud pública, siendo imperativo cortar la cadena de transmisión con un diagnóstico y tratamiento precoz.

Además de las manifestaciones sistémicas ya comentadas, poco sensibles y nada específicas, la manifestación pulmonar más frecuente es la tos, seca al comienzo y luego con expectoración muco purulenta, algunas veces teñida de sangre y en raras ocasiones franca expulsión de sangre o hemoptisis. La tos, aunque poca específica para el diagnóstico, tiene suma importancia si se aplica el concepto del sintomático respiratorio, que se define como: cualquier persona con tos por más de quince días y a quien hay que hacer la búsqueda del bacilo tuberculoso en dos muestras de

esputo; sin duda, su hallazgo en cualquier paciente que consulte por éste o cualquier motivo, es el hecho más importante para detectar prontamente la tuberculosis pulmonar. (10)

2.2.2.2 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Es más difícil diagnosticarla que la forma pulmonar no tiene contagiosidad como la forma pulmonar. Los órganos extrapulmonares se infectan inmediatamente después de la primo infección, cuando los bacilos al pasar a los ganglios linfáticos y a la corriente sanguínea pueden localizarse en la parte superior de los pulmones, pleura, meninges, diáfisis de huesos largos y ganglios, pero, en general, ningún órgano es indemne a esta siembra precoz. (11)

2.2.2.3 ETIOPATOGENIA

La tuberculosis es una enfermedad altamente infecciosa. Su ruta de entrada dentro del organismo es a través del tracto respiratorio, vía inhalatoria. Las partículas infecciosas de los enfermos con TB pulmonar son liberadas al toser, hablar, cantar, reír y estornudar. Al ser expulsadas las gotas infecciosas, sufren un proceso de evaporación y algunas quedan constituidas solamente por un núcleo pequeñísimo con bacilos viables, que pueden permanecer suspendidas en el aire por períodos prolongados de tiempo, como fue demostrado por los estudios de Welles. Las partículas mayores de 10 micras no son infecciosas porque rápidamente caen al suelo, o si son inhaladas chocan contra las paredes de las vías aéreas superiores, llevadas a la orofaringe y luego deglutidas o expectoradas. Las gotitas de 1 a 5 micras de diámetro, en suspensión y con bacilos tuberculosos viables, pueden alcanzar el alvéolo y debido a la distribución del aire dentro de los pulmones, los

campos medios e inferiores son usualmente el sitio de implantación inicial del bacilo, por tanto, la transmisión de la infección tuberculosa requiere de una combinación de factores entre los que están:

- Bacilos viables en el esputo del enfermo.
- Aerosolización del esputo cuando el paciente tose.
- Concentración suficiente de bacilos suspendidos en el aire.
- Huésped susceptible.

Tiempo suficiente del huésped respirando aire contaminado. Si las condiciones anteriores se conjugan, la TB pulmonar es altamente contagiosa, como fue demostrado por los notables estudios de Riley y otros autores. Una vez en el espacio alveolar, el bacilo tuberculoso es ingerido por el macrófago alveolar, y la mayoría son prontamente destruidos. Sin embargo, cuando un bacilo tuberculoso muy virulento es ingerido por un macrófago alveolar, el bacilo puede multiplicarse en forma intracelular y eventualmente. (12)

2.2.2.4 EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con reportes de la Organización Mundial de la Salud, las principales causas de muerte en el mundo varían notablemente, dependiendo de las condiciones socioeconómicas de la región geográfica analizada: mientras en las naciones desarrolladas 7 de cada 10 decesos ocurren en personas mayores de 70 años, predominando los padecimientos transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, demencia, diabetes, etcétera), en los países considerados pobres o en vías de desarrollo un elevado 40% de las defunciones se registra en menores de 15 años, sobresaliendo entre las principales causas los padecimientos infecciosos. (13)

En tal contexto, debe señalarse que la tuberculosis (TB) representa una de las principales enfermedades infecciosas en el mundo, en virtud de que anualmente origina alrededor de 10 millones de nuevos enfermos y 1.5 millones de decesos. (13)

Lógicamente, el dato sobre mortalidad por TB rebasa notablemente a los relacionados con otras afecciones bacterianas y solo es similar al del sida; de hecho, la relación entre la TB y el sida es muy estrecha: en 2014, la tercera parte de los individuos infectados por el VIH también lo estaban por el bacilo tuberculoso y esa misma proporción se mantuvo en cuanto a defunciones por la coinfección (13)

Habida cuenta que la TB representa el padecimiento bacteriano con mayor mortalidad en el orbe, la Organización Mundial de la Salud se ha trazado como objetivos: acabar para 2030 con la actual epidemia de TB y reducir para 2035 las tasas de mortalidad e incidencia en un 95 y 90%, respectivamente; con ello se pretende que, para esa fecha, las cifras mundiales sean similares a las observadas actualmente en los países desarrollados (WHO, 2014b). La numerología asociada a la TB incluye un dato impactante: alrededor de 2,000 millones de personas en el mundo (cerca de la cuarta parte de la población mundial) se encuentran infectadas por el bacilo tuberculoso. Ello significa que el término «infección» no siempre implica «enfermedad» (la cantidad de enfermos con TB es cercana a los 14 millones) y, además, que el sistema inmune de por lo menos el 90% de los individuos logra «controlar» al agente causal, indefinida o temporalmente (Manabe, 2008; Young, Gideon y Wilkinson, 2009; Ulrichs y Kaufmann, 2006).

2.2.2.5 SINTOMATOLOGÍA

En este artículo vamos a abordar los más comunes signos y síntomas de la tuberculosis pulmonar y de la tuberculosis extrapulmonar. Como la forma pulmonar es la más común, vamos a enfatizar sus síntomas.

- **Fiebre**

La fiebre es uno de los síntomas más comunes de la tuberculosis, sea en la forma pulmonar o en la tuberculosis de otros órganos. En general, la fiebre es alta, superior a 38°C, diaria y con predominio al final del día, llamada fiebre vespertina. En los ancianos la tuberculosis puede surgir sin fiebre. (14)

- **Sudores nocturnos**

Otro síntoma de tuberculosis muy común. Además de la fiebre vespertina, también es habitual que los pacientes presenten sudores nocturnos. En algunos pacientes con tuberculosis, los sudores nocturnos pueden ocurrir inclusive sin la presencia de fiebre. (14)

- **Tos**

La tos es el síntoma más común de la tuberculosis pulmonar, pero no suele estar presente en las otras formas de tuberculosis. Un paciente con tuberculosis urinaria o gastrointestinal, por ejemplo, solamente presentará tos si también tiene tuberculosis pulmonar activa.

La tos de la tuberculosis pulmonar es crónica, con duración de semanas. Generalmente empieza con una tos seca, agravándose a lo largo de los días, pudiendo evolucionar para una tos purulenta, con expectoración verde-amarillenta.

La tos con catarro de la tuberculosis es diferente de la tos de la neumonía en razón de ser un cuadro más arrastrado, que evoluciona durante semanas. En la neumonía el cuadro de fiebre alta y tos evoluciona en pocas horas, haciendo con que el paciente procure ayuda médica en 24-48 horas. En la tuberculosis el paciente solamente

se siente muy mal para procurar un médico varios días, a veces semanas, después del inicio de la enfermedad. (14)

- **Expectoración con sangre**

Con el paso de los días, la expectoración purulenta puede transformarse en expectoración sanguinolenta, que recibe el nombre de hemoptisis. El catarro con sangre es un síntoma típico de la tuberculosis en fases más avanzadas. (14)

- **Falta de aire y cansancio**

La falta de aire es un síntoma común de la tuberculosis pulmonar y ocurre, habitualmente, en fases más avanzadas, cuando el acometimiento del pulmón ya es muy grande, La falta de aire en el inicio del cuadro ocurre solamente durante el esfuerzo; no obstante, con la evolución de la infección, pasa a surgir inclusive en reposo.

La falta de aire también puede ser causada por acometimiento de la pleura del pulmón, provocando derrame pleural (agua en la pleura) o neumotórax (aire en la pleura).

El cansancio, por otra parte, es diferente de la falta de aire y ocurre en cualquier forma de tuberculosis, siendo caracterizado por falta de fuerzas, sensación de malestar, deseo de quedarse acostado el tiempo todo y desánimo. El cansancio no es causado por acometimiento pulmonar, pero por el cuadro de infección grave. (14)

Dolor torácico

El dolor en la región torácica es otro síntoma común de la tuberculosis pulmonar. Puede surgir por varios motivos, desde la lesión del pulmón causada por la propia tuberculosis, como pelo esfuerzo causado por la tos crónica, o inclusive por el acometimiento de la pleura por la infección, que se caracteriza por un dolor que surge durante la respiración profunda, llamado dolor pleurítico.

El dolor torácico en los casos de infección pulmonar por tuberculosis suele ser en la región de la espalda, en general del lado del pulmón más acometido. (14)

- **Pérdida de peso**

La pérdida de peso y la falta de apetito ocurren en todas las formas de tuberculosis. Es común el paciente ir al médico asustado con una pérdida de 5 a 10 kilos en las últimas semanas. (14)

- **Linfonodos aumentados**

El apareamiento de uno o más linfonodos aumentados y palpables por el cuerpo es un síntoma típico de la tuberculosis ganglionar.

La presentación más común es la aparición de un único linfonodo aumentado, no doloroso, en un adulto joven, sin otros síntomas, como fiebre, pérdida de peso, tos o cansancio. Sin embargo, no es inusual el paciente presentar más de un ganglio aumentado o tener la forma pulmonar y ganglionar juntas, haciendo con que los síntomas descritos anteriormente estén presentes.

El examen del linfonodo revela una masa endurecida y bien adherida. En alrededor de un 70% de los casos el ganglio surge en la región del cuello.

Otros sitios donde suelen surgir linfonodos en la tuberculosis ganglionar son la región de las axilas, encima de la clavícula, en el codo o en la ingle. Exámenes radiológicos consiguen identificar linfonodos aumentados en regiones más profundas, como en la cavidad abdominal y en el mediastino (región dentro del tórax). (14)

- **Dolor óseo**

La tuberculosis ósea suele manifestarse como un dolor en los huesos, principalmente dolor lumbar, por acometimiento de las vértebras de la columna por la infección (llamado mal de Pott).

La tuberculosis ósea no es una forma muy común y el dolor suele ser solamente leve a moderado en el inicio del cuadro. Si no hay fiebre ni pérdida de peso, el médico no suele (ni debe) sospechar inicialmente de tuberculosis en los pacientes con quejas de dolor en la columna. La radiografía de la columna suele ser normal en las fases iniciales,

siendo necesario hacer una tomografía computarizada o resonancia magnética para el diagnóstico precoz. (14)

2.2.2.6 DIAGNÓSTICO

De certeza	Identificación de M. tuberculosis (cultivo)
De probabilidad	Visualización de BAAR en microscopia directa (solicitar cultivo)
Clínica	Síntomas Locales: tos, expectoración, hemoptisis, dolor torácico y disnea. Síntomas Generales: fiebre o febrícula, astenia, anorexia, pérdida de peso, sudoración.
Radiología	Cualquier lesión radiología pulmonar es compatible con la tuberculosis. La ausencia de lesiones no excluye la enfermedad.
Bacteriología	Baciloscopia: visión directa de BAAR en 3 esputos u otra muestras. Cultivo: permite la identificación del M. tuberculosis

2.2.2.7 TRATAMIENTO

FARMACO	ACTIVIDAD CONTRA TB	ABSORCIÓN	METABOLISMO	EXCRECIÓN
Rifampicina	Bactericida	Absorción retardada por alimentos	Hepático	Mayor parte en heces 20-30% por riñón.
Isoniazida	Altamente bactericida	Mejor absorción en ayunas	hepático	Renal
Pirazinamida	Bactericida	Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo	hepático	70% por riñón
Etambutol	Bacteriostático (bactericida a altas dosis)	Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo	Renal y hepático	80% por riñón
Estreptomina	Bactericida	Parenteral	Distribución amplia en tejidos y líquidos corporales	50 - 60% por riñón y pequeña cantidad por bilis.

2.2.2.8 PREVENCIÓN

Diagnóstico y Tratamiento de la tuberculosis Pulmonar: La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio, eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y completo de los casos de tuberculosis pulmonar principalmente frotis positivo (TBP-FP). "El tratamiento de uno es la prevención de todos". (7)

Vacunación BCG: La BCG (Bacilo de Calmette – Guerin) contiene bacilos vivos y atenuados, obtenida originalmente a partir del *Mycobacterium Bovin*. Su aplicación. Tiene como objetivo provocar respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa post-infección primaria. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis: Meningoencefalitis tuberculosa (MEC-TB) y tuberculosis miliar; debiendo ser aplicada en todo recién nacido. La vacuna BCG se aplica gratuitamente a los recién nacidos, evitando oportunidades perdidas y es responsabilidad de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones. En muchos países se usa la vacuna BCG como parte de los programas de control de la tuberculosis, especialmente en niños. Esta vacuna fue desarrollada en el Instituto Pasteur, Francia entre los años 1905 y 1921. (7)

La vacuna BCG se aplica en los países en vías de desarrollo, aprovechando que *M. bovis*, el microorganismo vivo que la constituye, presenta antígenos compartidos con el resto de las especies del complejo *M. tuberculosis*. La cepa vacunal es inofensiva, ya que previamente se la ha sometido a un proceso de atenuación (disminución de la virulencia al mínimo), sembrándola 231 veces *in vitro*, proceso cuya duración es de 13 años. Cuando se aplica a niños aparentemente sanos, la cepa da lugar a una respuesta celular, con linfocitos Th1 sensibilizados que, además de restringir la bacteria atenuada en granulomas, responde en un 85% de los

casos a las infecciones naturales por bacilos de la TB (Dannenberg, 2010; Hoft et al., 2008). Evidentemente, otras vacunas han sido analizadas: en 2008, Hoft aplicó a voluntarios humanos una cepa recombinante, aún en fase de prueba, que sobre expresa algunas proteínas inductoras de mejores respuestas que las asociadas a la BCG original (Hoft et al., 2008). (15)

2.3 Definición de términos

- **Bacterias resistentes:** Las bacterias que no pueden ser destruidas con un medicamento específico.
- **Contacto:** Una persona que ha pasado tiempo con alguien que tiene tuberculosis en su etapa infecciosa.
- **Cultivo:** Una prueba para determinar si hay bacterias de la tuberculosis en las flemas o en otros líquidos corporales. Esta prueba puede tardar entre 2 y 4 semanas, en la mayoría de los laboratorios.
- **Enfermedad de tuberculosis:** En partes del cuerpo. Los síntomas de la enfermedad de tuberculosis incluyen debilidad, pérdida de peso, fiebre, falta de apetito, escalofríos y sudores por la noche. Otros síntomas de la enfermedad de tuberculosis dependen del área del cuerpo donde estén proliferando las bacterias. Si la enfermedad de tuberculosis está en los pulmones (tuberculosis pulmonar), los síntomas pueden incluir tos intensa, dolor en el pecho y tos con sangre. Una persona con enfermedad de tuberculosis puede ser contagiosa y transmitir la tuberculosis a otras personas.

- **Espudo:** La flema proveniente del interior de los pulmones que se expulsa al toser. El esputo se examina para detectar la presencia de bacterias de la tuberculosis mediante un frotis; una parte del esputo también se puede usar para hacer un cultivo.
- **Mycobacterium tuberculosis:** Bacterias que causan la infección de tuberculosis latente y la enfermedad de tuberculosis activa.
- **Negativo:** Por lo general se refiere al resultado de una prueba. Si usted tiene una reacción negativa a la prueba cutánea de la tuberculina, es probable que no tenga la infección por tuberculosis.
- **Positivo:** Por lo general se refiere al resultado de una prueba. Si usted tiene una reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina, es probable que tenga una infección de tuberculosis.
- **Frotis:** Una prueba para determinar si hay bacterias de tuberculosis en las flemas. Para realizar esta prueba, el personal del laboratorio unta la flema en un portaobjetos de vidrio, tiñe la muestra con un colorante especial y analiza si hay bacterias de tuberculosis en el portaobjetos. Por lo general, los resultados de esta prueba tardan un día.
- **Infección por el VIH:** Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el virus que provoca el sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Una persona que tiene la infección de tuberculosis latente y la infección por el VIH tiene un riesgo muy elevado de enfermarse de tuberculosis activa.

- **Infección de tuberculosis latente:** Una afección en la que las bacterias de la tuberculosis están vivas en el cuerpo pero inactivas. Las personas con la infección de tuberculosis latente no tienen ningún síntoma, no se sienten mal, no pueden transmitir la tuberculosis a los demás y, por lo general, tienen una reacción positiva a la prueba cutánea. Sin embargo, estas personas pueden enfermarse de tuberculosis activa si no se trata la infección de tuberculosis latente.
- **Isoniazida o INH:** Un medicamento usado para prevenir la tuberculosis activa en las personas que tienen la infección de tuberculosis latente. La Isoniazida también es uno de los cuatro medicamentos que suelen usarse para tratar la tuberculosis activa
- **Prueba cutánea de la tuberculina:** Una prueba que a menudo se utiliza para saber si la persona está infectada con bacterias de la tuberculosis. Un líquido denominado tuberculina es inyectado debajo de la piel en la parte inferior del brazo. Si usted tiene una reacción positiva a esta prueba, es probable que tenga la infección de tuberculosis. Será necesario realizar otras pruebas para determinar si tiene la infección de tuberculosis latente o la enfermedad.
- **Prueba de sangre para detectar la tuberculosis:** Una prueba que utiliza una muestra de sangre para determinar si la persona está infectada con bacterias de la tuberculosis. La prueba mide la respuesta a las proteínas de la tuberculosis cuando se mezclan con una pequeña cantidad de sangre.
- **Radiografía de tórax:** Una fotografía del interior del tórax. La radiografía de tórax es una fotografía del pecho tomada con rayos X.

El médico puede analizar esta placa para determinar si las bacterias de la tuberculosis han dañado los pulmones.

- **Terapia por observación directa DOT:** Una forma de ayudar a los pacientes a tomar sus medicamentos para la tuberculosis. Si usted recibe terapia por observación directa, se reunirá con un miembro del personal de salud todos los días o varias veces por semana. Se reunirán en un lugar acordado por ambos. Puede ser la clínica especializada en tuberculosis, su casa, su trabajo o cualquier otro lugar conveniente. Usted se tomará sus medicamentos en presencia del trabajador de salud.
- **Tuberculina:** Un líquido que se inyecta debajo de la piel en la parte inferior del brazo durante la prueba cutánea de la tuberculosis. Si usted tiene la infección de tuberculosis latente, es probable que presente una reacción positiva a la tuberculina.
- **Tuberculosis extrapulmonar:** Tuberculosis activa que afecta cualquier parte del cuerpo que no sea en los pulmones (por ej., los riñones, la columna vertebral, el cerebro o los ganglios linfáticos).
- **Tuberculosis extremadamente resistente:** Una forma inusual de tuberculosis resistente a casi todos los medicamentos utilizados para tratar la tuberculosis.
- **Tuberculosis multirresistente:** Una forma de tuberculosis activa causada por bacterias resistentes a dos o más de los principales medicamentos contra la enfermedad: la isoniazida y la rifampicina.

- **Tuberculosis pulmonar:** La tuberculosis activa que afecta a los pulmones y que por lo general provoca una tos que dura 3 semanas o más. En la mayoría de los casos, la tuberculosis activa es pulmonar.
- **Vacuna BCG:** Una vacuna contra la tuberculosis que lleva las iniciales de los científicos franceses que la desarrollaron, Calmette y Guérin. La vacuna BCG no es de uso frecuente en los Estados Unidos, sin embargo, en los países donde la tuberculosis es común, a menudo se les administra a los bebés y niños pequeños.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para el presente informe de experiencia profesional, considere como fuentes primarias de recolección de datos los siguientes:

- ✓ Información estadística emitida por Servicio de Epidemiología sobre Tuberculosis de los años 2016 y 2017.
- ✓ Libro de Registro y Seguimiento del Adulto y Adulto Crónico periodos 2016-2017.
- ✓ Historias Clínicas de algunos pacientes del periodo 2016 y 2017.
- ✓ Informes De Seguimiento.
- ✓ Parte Diario de Atenciones en la Cartera de Adulto del periodo 2016 y 2017.
- ✓ Informes mensuales de adultos crónicos 2016 y 2017.

3.2. Experiencia Profesional

Luego de concluir mis estudios profesionales realice mi Servicio Civil del Graduando, SECIGRA, en el Centro de Salud de Corao, durante 6 meses, fortaleciendo la prevención y promoción contra la Tuberculosis administrando vacunas realizando visitas domiciliarias.

Terminando mi SECIGRA me inicié como Profesional de Enfermería Asistencial en el Hospital Regional del Cusco en el año 1982, laborando en diferentes servicios del nosocomio. La cantidad de enfermeras que trabajábamos era ínfima para abastecer a todos los servicios que tenía el Hospital, éramos solo 13 enfermeras para la atención y realización de guardias hospitalarias que brindaba el nosocomio. Sin embargo los turnos nocturnos solo realizábamos 03 enfermeras, situación que llegaba a un colapso de atención.

En el transcurso de mi experiencia, desempeñando el rol de Enfermera, no teníamos condiciones de trabajo, no solo porque hacía falta muchos insumos sino porque la atención era precaria, lo cual motivo en mí “el ingenio” para poder brindar mejor atención como Enfermera, mencionaré algunos procedimientos, que me ayudaron a solucionar algunas deficiencias:

Para la colocación de una sonda vesical, adaptaba el equipo de venoclisis, colector de orina conectado a un frasco, usábamos las jeringas de vidrio con agujas metálicas, las cuales se reutilizaban después de esterilizarlas, realizando el proceso de ebullición, también afilábamos el bisel de las puntas, para no ocasionar dolor en el paciente. Se atendía a pacientes asegurados hasta el año 1986, hasta la inauguración del nuevo hospital del seguro (ESSALUD), eso como sobre carga laboral sobre la atención en los servicios del nosocomio.

Resaltando las acciones antes mencionadas como Enfermera, he desempeñado un rol crucial en los programas de control en la atención al paciente con Tuberculosis, las acciones que realice fueron integrales para poder contribuir en la reducción radical de esta enfermedad.

No cabe duda que la tuberculosis ocurre preponderantemente en poblaciones vulnerables por pobreza e inequidad, aun cuando el tratamiento de la tuberculosis es una de las intervenciones más costosas pero efectivas, dependiendo del grado de complejidad de la enfermedad, mi rol como profesional de enfermería no estuvo ajena a esta realidad; pues fue parte de mi filosofía el contribuir con el nivel adecuado y calidad de vida del paciente, más aun específicamente en el caso de la Tuberculosis.

En la lucha contra la tuberculosis, realizamos visitas domiciliarias periódicamente para hacer el seguimiento del cumplimiento del tratamiento, esta visita se realiza principalmente en el primer nivel de

atención. Muchos pacientes experimentan reacciones gastrointestinales por la sobrecarga farmacológica que enfrentan, es por ello que para mí, la educación pertinente en este caso era importante, para orientar al paciente en la selección de alimentos que le permita sobrellevar la terapéutica respectiva y evitar aquellos que agraven las manifestaciones adversas, con esto contribuía no solo a fortalecer la nutrición del paciente, sino también a restar las posibilidades de abandono por rechazo al tratamiento.

Los riesgos ocupacionales a los que están expuestas las enfermeras en su trabajo de detección y asistencia a portadores de tuberculosis, son un tema importante en la formación de los futuros profesionales, apuntando para la necesidad de defensa de las buenas prácticas y adecuadas condiciones para la atención del paciente, en especial en la Atención Primaria, principalmente teniendo en cuenta que algunos profesionales de enfermería aprenden a trabajar en el programa no por formación sino muchas veces por la práctica diaria en el servicio.

A nivel de docencia, he podido apreciar en los alumnos, que la formación y participación activa de los estudiantes de enfermería en el manejo integral propuesto permitirá que egresen con una mentalidad abierta y proactiva en este ámbito, especialmente en el tratamiento de la tuberculosis, erradicando de esa manera los casos de discriminación al paciente.

Una de las cuestiones básicas a nivel local para el profesional de enfermería es valorar y promover la participación de la comunidad, en los programas de control de la calidad de atención de salud, especialmente en los programas de enfermería. La información es una herramienta fundamental para capacitar al usuario, a fin de que pueda participar como elemento activo en el control social del sector. Por ello es necesario considerar como estrategia de acción, el informar acerca de quién es la

enfermera, cuál es su actividad, cuál es su valor dentro de la sociedad y como es su rol en el tratamiento de la tuberculosis.

Es así, que en el año 2013 volqué mi experiencia en un manual de procedimientos de Enfermería, con Resolución Directoral (RD N°14-13MINSA-HRC/UP), titulado: "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA C- 2013".

Así como una guía de intervención de enfermería, con Resolución Directoral (RDN°082-13MINSA-HRC/UP), titulado: "GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA CON LAS DIFERENTES PATOLOGIAS DE MEDICINA C – 2013".

Actualmente vengo desempeñando el cargo de Jefa de Servicio de Medicina "C", el cual realiza atención a diferentes especialidades con pacientes de alto riesgo de contagio. También ejerzo la docencia universitaria en la Escuela de Enfermería de la UNSAAC, con la Asignatura Fundamentos II de Enfermería.

CUADRO RESUMEN DE LA EXPERIENCIA LABORAL

AÑO	SERVICIO/ INSTITUCION	CARGO	FUNCION
1980	Cenecape Excélsior	Docente	Enfermería. Prácticas en el Cuartel de Huancaro.
1981	Centro de Salud de Corao	Servicio Civil del Graduando, SECIGRA.	Enfermera Asistencial y Manejo de Programas Preventivo Promocional
1982- 1995	Hospital Regional del Cusco	Enfermera Asistencial	Atención de Pacientes Hospitalizados en los diferentes Servicios Como: Medicinas, Traumatología, Cirugías, Quemados, Emergencias y Programas de Salud.
1984	UNSAAC	Docente, Jefa de Practicas	Jefe de Prácticas de Quirúrgica I

1996	Hospital Honorio Delgado-AREQUIPA	Enfermera Asistencial	Programa de Tuberculosis
1996	Hospital Honorio Delgado AREQUIPA	Enfermera Asistencial	Servicio de Psiquiatría
1998	Hospital Regional del Cusco	Jefa de Servicio de Cirugía "A"	Atención de Pacientes Hospitalizados y gestión Administrativa del Servicio.
2007	Hospital Regional del Cusco	Jefa de Servicio de Medicina "A"	Atención de Pacientes Hospitalizados y gestión Administrativa del Servicio.
2007	UNSAAC	Docente, Jefa de Practicas	Fundamentos de Enfermería II Prácticas en el Campo clínico en el Hospital Regional.
2008	UNSAAC	Docente, Jefa de Practicas	Fundamentos de Enfermería I Prácticas en el Campo clínico en el Hospital Regional.
2010	Hospital Regional del Cusco	Secretaria General del SINDICATO de Enfermeras del Hospital Regional	Enfermera Asistencial, realizando guardias diurnas y nocturnas.
2014-2015	UTEA	Jefa de Practicas	Adulto Clínico
2015-2018	Hospital Regional del Cusco	Jefa de Servicio de Medicina "C"	Atención a Pacientes Hospitalizados con alto riesgo de contagio.

3.2.1 DESCRIPCIÓN CENTRO LABORAL SERVICIO DE MEDICINA "C"

A. UBICACIÓN

- Ubicado en el bloque A del quinto piso
- Área de 400 m²
- Capacidad de 22 camas

B. ESPECIALIDADES

➤ **INFECTOLOGÍA**

- TBC- 6 camas
- VIH/SIDA

➤ **NEUMOLOGÍA**

- NAC (neumonía adquirida en la comunidad)
- Asma bronquial
- Bronquiectasias
- NIH (Neumonía intrahospitalaria)

➤ **ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOTICAS**

- Malaria
- Dengue
- Leishmaniasis
- Gripe influenza

C. DEMANDA DEL SERVICIO DE MEDICINA “C”

➤ **NEUMOLOGÍA**

- NAC (neumonía adquirida en la comunidad)
- NIH (neumonía intrahospitalaria)
- Neumotórax
- Hemotorax
- Bronquiectasia
- Neumonía lobar
- Insuficiencia respiratoria
- N/M de pulmón
- Abcesos pulmonares

➤ **ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

- TBC (tuberculosis pulmonar)
- TBC miliar

- MDR Multidrogo resistente
- RAFA Reacción adversa a fármacos

➤ **INFECTOLOGÍA**

- VIH-SIDA
- Leishmaniasis
- Malaria
- Dengue
- Meningitis tuberculosa.

➤ **EXÁMENES EN NEUMOLOGÍA**

- Bronoscopios
- Fobrobronoscopias.
- Biopsias.
- Drenaje torácico
- Toracocentesis
- Espirometrías

➤ **CIRUGIA TORÁXICA**

- Realizado por cirujano cardiovascular.
- Punción lumbar.

D. PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA "C"

GRUPO OCUPACIONAL	TOTAL
Profesional.	5 médicos. 7 enfermeras
No profesional	6 técnicos en enfermería 1 personal de nutrición 1 personal de limpieza
De apoyo internos de medicina, enfermería	2 internos de medicina 4 internos de enfermería.

E. POBLACIÓN OBJETIVO

- ❖ Pacientes atendidos en la institución (consulta externa o emergencia).
- ❖ Pacientes referidos de otras instituciones y regiones.

F. ATENCIÓN PRIMARIA

- ❖ Medidas de bioseguridad (lavado de manos)
- ❖ Capacitación al personal
- ❖ Información al paciente
- ❖ Equipamiento adecuado (insumos, equipos y otros)

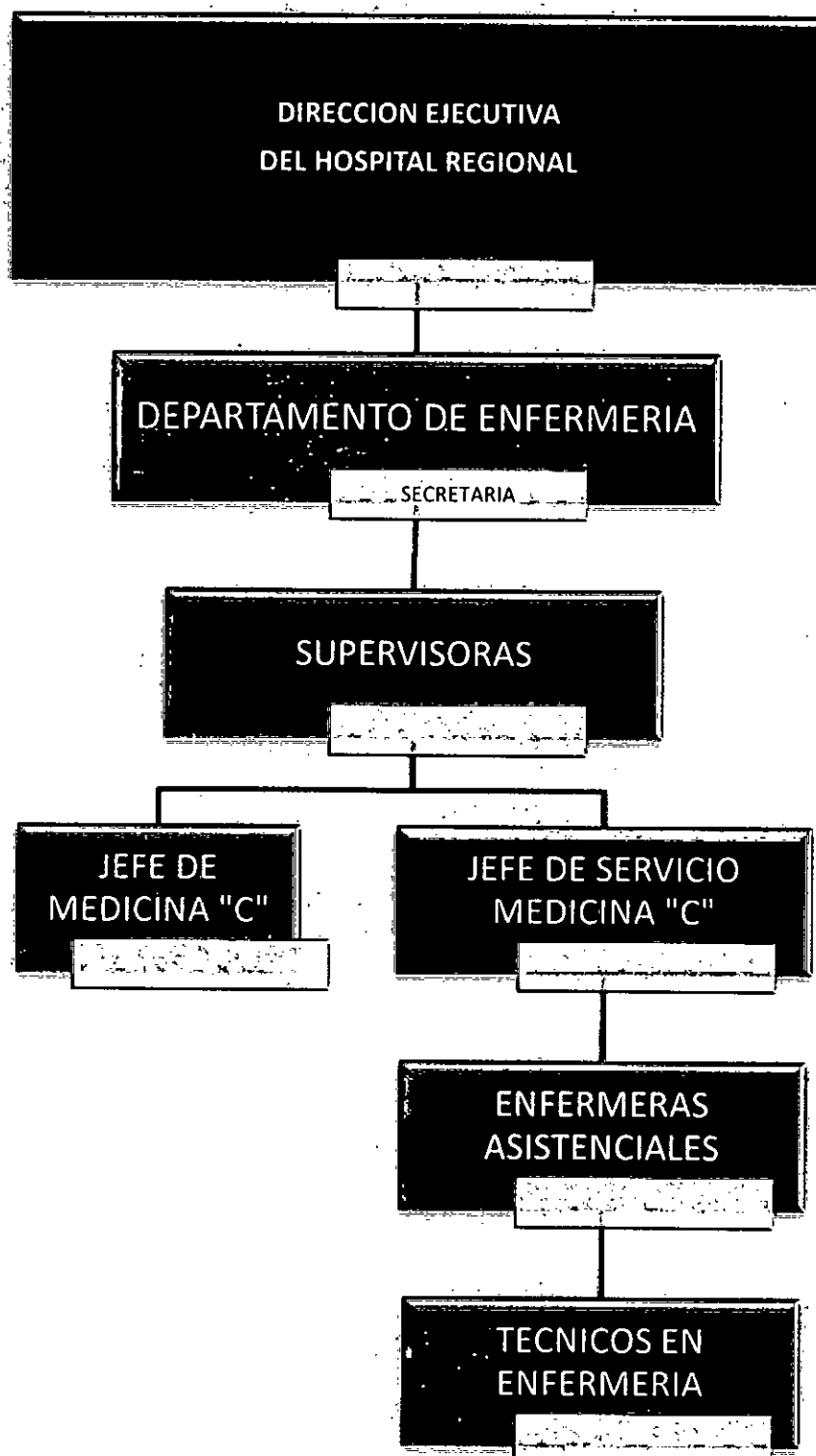
G. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Con prioridad haciendo énfasis en la segregación de biocontaminados.

Entrega de material de bioseguridad a todo el personal del servicio como es:

- ❖ Guantes
- ❖ Mandiles
- ❖ Gorros
- ❖ Barbijos
- ❖ Respiradores y lentes

H. ORGANIGRAMA DE SERVICIO DE MEDICINA "C"



3.3. Procesos realizados en el tema del informe

A continuación se detalla las acciones realizadas cotidianamente en el servicio de Medicina C del Hospital Regional del Cusco en la atención de pacientes con Tuberculosis, para lo cual se muestra cuatro casos y sus respectivas acciones en atención en enfermería.

3.3.1 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA - ANÁLISIS DE LOS DATOS SIGNIFICATIVOS:

1 DIAGNÓSTICO: Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas

CÓDIGO: 00031

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección

CLASE: 2 Lesión Física

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

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Tos productiva, presencia de sonidos estertores, roncales en ACP y agitación.

FACTOR RELACIONADO: Presencia de secreciones bucofaríngeas, densas y amarillentas en regular cantidad.

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas Relacionada a presencia de secreciones bucofaríngeas, densas amarillentas en regular cantidad, evidenciado por Tos productiva, presencia de sonidos estertores, roncales en ACP, agitación.

2 DIAGNÓSTICO: Deterioro del intercambio gaseoso

CÓDIGO: 00030

DOMINIO: 3 eliminación e intercambio

CLASE: 4 función respiratoria

DEFINICIÓN: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: sat.O2: 86 FR: 30 por minuto, agitación, somnolienta, diaforética.

FACTOR RELACIONADO: disminución de la ventilación – perfusión secundario a dificultad respiratoria.

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Deterioro del intercambio de gases Relacionado a disminución de la ventilación – perfusión secundario a dificultad respiratoria, evidenciado por Sat O2 86, FR: 30 por minuto, agitación, somnolienta, diaforética.

3 DIAGNÓSTICO: Ansiedad

CÓDIGO: 00146

DOMINIO: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al Estrés

CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN: Sensación de vaga intranquilizadora de malestar o amenaza acompañado de una respuesta anatómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de opresión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: temor, referencia de preocupación.

FACTOR RELACIONADO: cambios de salud, estancia hospitalaria

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Ansiedad relacionado a cambios en el estado de salud secundario a su enfermedad, evidenciado por informe del paciente (preocupación de quedar paralizada), preocupación familiar, debilidad muscular, dolor abdominal.

4 DIAGNÓSTICO: Riesgo de la integridad cutánea

CÓDIGO: 00045

DOMINIO: 11 Seguridad/protección

CLASE: 2 lesión física

DEFINICIÓN: alteración de epidermis y/o la dermis.

FACTOR RELACIONADO: medicamentos y déficit inmunitario (rash, prurito, edades extremas 52 años de edad)

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Riesgo de la integridad cutánea Relacionado a medicamentos y déficit inmunitario (rash, prurito, edades extremas 52 años de edad)

5 DIAGNÓSTICO: Déficit de volumen de líquidos.

CÓDIGO: 00027

DOMINIO: 2 Nutrición

CLASE: 5 Hidratación

DEFINICIÓN: Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: FC. 80 por minuto, fuerza muscular disminuida, debilidad, mucosas orales secas, deposiciones semilíquidas.

FACTOR RELACIONADO: pérdida activa del volumen de líquidos.

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Déficit de volumen de líquidos. Relacionado con: pérdida activa del volumen de líquidos. Evidenciado por: FC. 80 por minuto, fuerza muscular disminuida, debilidad, mucosas orales secas, deposiciones semilíquidas.

6 DIAGNÓSTICO: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.

CÓDIGO: 00002

DOMINIO: 2 Nutrición

CLASE: 1 ingestión

DEFINICIÓN: ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

FACTOR RELACIONADO:

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades Relacionado con: incapacidad para ingerir los alimentos evidenciado por debilidad muscular, peso, lesión de la mucosa oral, dolor abdominal.

7 DIAGNÓSTICO: Deterioro de la mucosa oral

CÓDIGO: 00045

DOMINIO 11: Seguridad/Protección

CLASE: 2 Lesión física

DEFINICIÓN: Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: lesiones orales y secas.

FACTOR RELACIONADO: deshidratación

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Deterioro de la mucosa oral

Relacionado con: deshidratación **Evidenciado por** lesiones orales y secas.

8 DIAGNÓSTICO: Intolerancia a la actividad

CÓDIGO: 00092

DOMINIO:4 Actividad/Reposo

CLASE: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar

DEFINICIÓN: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: informes verbales de fatiga y debilidad

FACTOR RELACIONADO: debilidad generalizada y desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Intolerancia a la actividad Relacionado con debilidad generalizada y desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, evidenciado por informes verbales de fatiga y debilidad.

9 DIAGNÓSTICO: Dolor agudo

CÓDIGO: 00132

DOMINIO: 12 confort

CLASE: 1 Confort Físico

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (Internacional asociación forth estudy of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve o grave con final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: diaforética, trastornos del sueño (dolor al toser, abdomen blando depresible doloroso a la palpación).

FACTOR RELACIONADO: agentes lesivos (biológicos, físicos, psicológicos.)

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Dolor agudo, relacionado con: agentes lesivos (biológicos, físicos, psicológicos.), evidenciado por diaforética, trastornos del sueño, (dolor al toser, abdomen blando depresible doloroso a la palpación).

10 DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección

CÓDIGO: 0004

DOMINIO: 11 Seguridad/ protección

CLASE: 1 Infección

DEFINICIÓN: Aumento del riesgo del ser invadido por organismos patógenos.

FACTOR RELACIONADO: Defensas inadecuadas disminución de la hemoglobina secundario a anemia, vía periférica, presencia de secreciones por zona vaginal.

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección
Relacionado con: Defensas inadecuadas disminución de la hemoglobina secundario a anemia, vía periférica, presencia de secreciones por zona vaginal.

11 DIAGNÓSTICO: Insomnio

CÓDIGO: 00095

DOMINIO: 4 Actividad/reposo

CLASE: 1 Sueño/ reposo

DEFINICIÓN: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: tos productiva, falta de energía, paciente informa dificultad para conciliar sueño. (la tos no me deja dormir).

FACTOR RELACIONADO: sueño interrumpido secundario a enfermedad

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Insomnio **Relacionado con:** sueño interrumpido secundario a enfermedad **Evidenciado por** tos productiva, falta de energía, paciente informa dificultad para conciliar sueño. (La tos no me deja dormir).

12 DIAGNÓSTICO: Riesgo de Caída

CÓDIGO: 00155

DOMINIO: 11 Seguridad/protección

CLASE: 2 lesión física

DEFINICIÓN: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

FACTOR RELACIONADO: Disminución de la fuerza muscular secundario a insomnio.

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Riesgo de Caídas, evidenciado por Disminución de la fuerza muscular secundario a insomnio.

13 DIAGNÓSTICO: Déficit de autocuidado: baño

CÓDIGO: 00108

DOMINIO: 4 actividad/ reposo

CLASE: 5 autocuidado

DEFINICIÓN: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño/ higiene.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: incapacidad para secarse el cuerpo. REh, cuero cabelludo grasoso.

FACTOR RELACIONADO: ansiedad secundario a debilidad muscular.

ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO: Déficit de autocuidado: baño

Relacionado con: ansiedad secundario a debilidad muscular.

Evidenciado por incapacidad para secarse el cuerpo. REh, cuero cabelludo grasoso.

3.3.1 PRIMER CASO

3.3.1.1 RESUMEN DE HISTÓRIA CLINICA

1. DATOS PERSONALES

- Nombre : Agripino Gutiérrez Chávez
- DNI : 25065402
- Fecha de nacimiento : 08/06/1972
- Lugar de nacimiento : Paruro
- Edad : 45 años
- Sexo : Masculino

- Raza : Mestizo
- Religión : Católico
- Idioma : Castellano
- Estado civil : Conviviente
- Dirección : APV Virgen Rosario F2
- Ocupación : Albañil
- Instrucción : Secundaria incompleta
- Persona responsable : Clorinda Vivas Salas
(esposa)
- Vía de ingreso : Emergencia
- Ingreso al servicio : 05/04/2016
- Elaboración de HC : 08/04/2016
- HC elaborada por : IM William Pérez Oviedo
- N° de Cama : 516

2. ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de enfermedad : 1 mes
- Forma de inicio : insidioso
- Curso : progresivo

3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Cefalea
- Sensación de alza térmica
- Vómitos
- Tos desde hace 2 meses
- Disminución de peso

4. RELATO CRONOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD

Esposa refiere que hace 8 meses se encuentra recluido en el INPE, el miércoles pasado, en la visita lo encuentran en muy malas condiciones,

se encontraba en el Centro de Salud del INPE con dolor de cabeza, sensación de alza térmica y astenia. Venía tosiendo 2 meses y perdiendo peso. El médico de guardia ordena exámenes auxiliares los mismos que revelan derrame pleural siendo drenado y puesto en observación e internado en Medicina C.

5. FUNCIONES VITALES

- Pulso 80 lpm
- P.A. 90/60 mm/hg
- FR 22 rpm
- Sat O₂ 90%

6. DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

- Síndrome consuntivo.
- Síndrome meníngeo.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

- Insuficiencia respiratoria crónica reagudizada
- RAM Dérmico (Reacción adversa a medicamentos)
- TBC pulmonar miliar

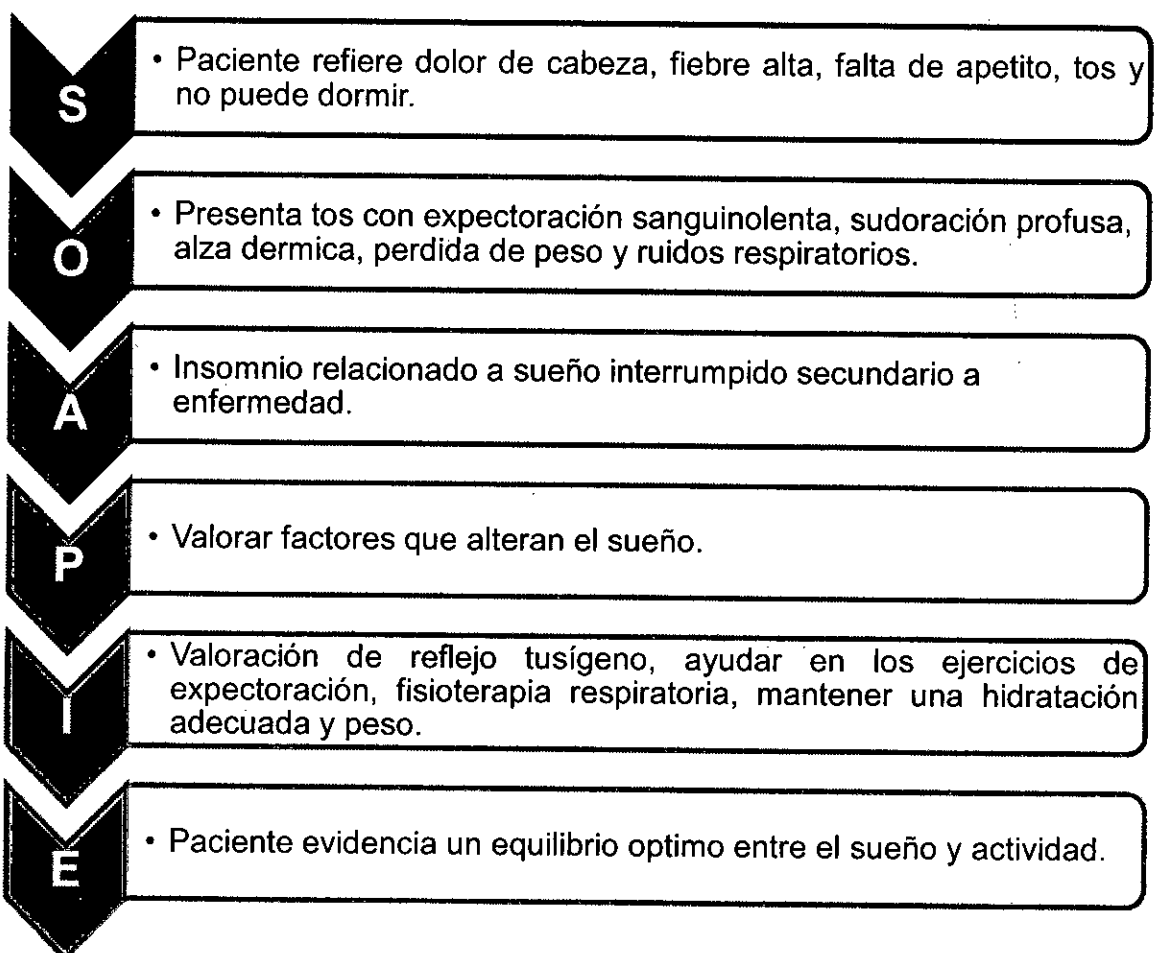
3.3.1.2 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

SERVICIO: Medicina C	N° DE CAMA: 516
NOMBRES Y APELLIDOS: Agripino Gutiérrez Chávez	EDAD: 45 años
DIAGNOSTICO MEDICO: ✓ Insuficiencia respiratoria crónica reagudizada ✓ RAM Dérmico (Reacción adversa a medicamentos) ✓ TBC pulmonar miliar	PROCEDENCIA: Paruro-Cusco.
	FECHA DE INGRESO: 05/04/2016

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
Insomnio R/C sueño interrumpido secundario a enfermedad.	Paciente evidencia un equilibrio optimo entre el sueño y actividad	1) Valorar factores que alteran el sueño. 2) Reducir los ruidos durante la noche y realizar procedimientos de enfermería antes que el paciente duerma. 3) Favorecer el alivio del dolor. 4) Indicar a paciente que debe evitar la siesta por más de 90 minutos al día y tratar de hacer ejercicios. 5) Educar al paciente sobre la causa que pueda alterar la calidad de sueño: las cenas abundantes, consumo de cafeína, tabaco y alcoholismo.	El paciente logró conciliar el sueño durante la noche, así mismo se identificó las causas que le impedían dormir.

1.1.1.1. SOAPIE

- SERVICIO: Medicina C
- N° DE CAMA: 516
- NOMBRES Y APELLIDOS: Agripino Gutiérrez Chávez
- DIAGNOSTICO MEDICO: Insuficiencia respiratoria crónica reagudizada, RAM Dérmico, TBC pulmonar.
- FECHA DE INGRESO: 05/04/2016
- EDAD: 45 PROCEDENCIA: Paruro - Cusco.



3.3.2 SEGUNDO CASO

3.3.2.1 RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

1. DATOS PERSONALES

- Nombre : Dionisio Quispe Ccama
- DNI : 02295393
- Fecha de nacimiento : 09/10/1967
- Lugar de nacimiento : Santa Rosa
- Edad : 49 años
- Sexo : Masculino
- Raza : Mestizo
- Religión : Católico
- Idioma : Castellano
- Estado civil : Casado
- Dirección : Calle Lima- Santa Rosa
- Ocupación : Agricultor
- Instrucción : Secundaria completa
- Persona responsable (esposa) : Nicolasa Mamani Aroni
- Vía de ingreso : Emergencia
- Ingreso al servicio : 31/07/2016
- Elaboración de HC : 03/08/2016
- HC elaborada por : IM William Pérez Oviedo
- N° de Cama : 518

2. ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de enfermedad : 15 días
- Forma de inicio : insidioso
- Curso : progresivo

3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Cefalea
- Sensación de alza térmica
- Dolor de espalda

4. RELATO CRONOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD

Esposa refiere que presento dolor de cabeza a predominio de región frontal y parietal que fueron aumentando de intensidad con el pasar del tiempo al punto de hacerse muy doloroso en los últimos 4 días, lo que motivo a que acudiera a consulta particular con un neurólogo, quien indico unos medicamentos en inyectables cuyo nombre no recuerda pero que le alivio el dolor, pero al cabo de unos días la cefalea comenzó con mayor intensidad. Acuden al servicio de emergencia de Sicuani por dolores intensos. Es evaluado en dicho nosocomio y referido al Hospital Regional para que se tome una tomografía. En el servicio de Emergencias es evaluado por el médico de guardia quien indica su internamiento en Medicina C.

5. FUNCIONES VITALES

- T : 36.7 °C
- Pulso 111 lpm
- P.A. 110/70 mm/hg
- FR 29 rpm
- Sat O₂ 92%

6. DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

- Síndrome meníngeo.
- Síndrome infeccioso.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

- TBC miliar
- TBC meníngea
- Proceso expansivo intracerebral

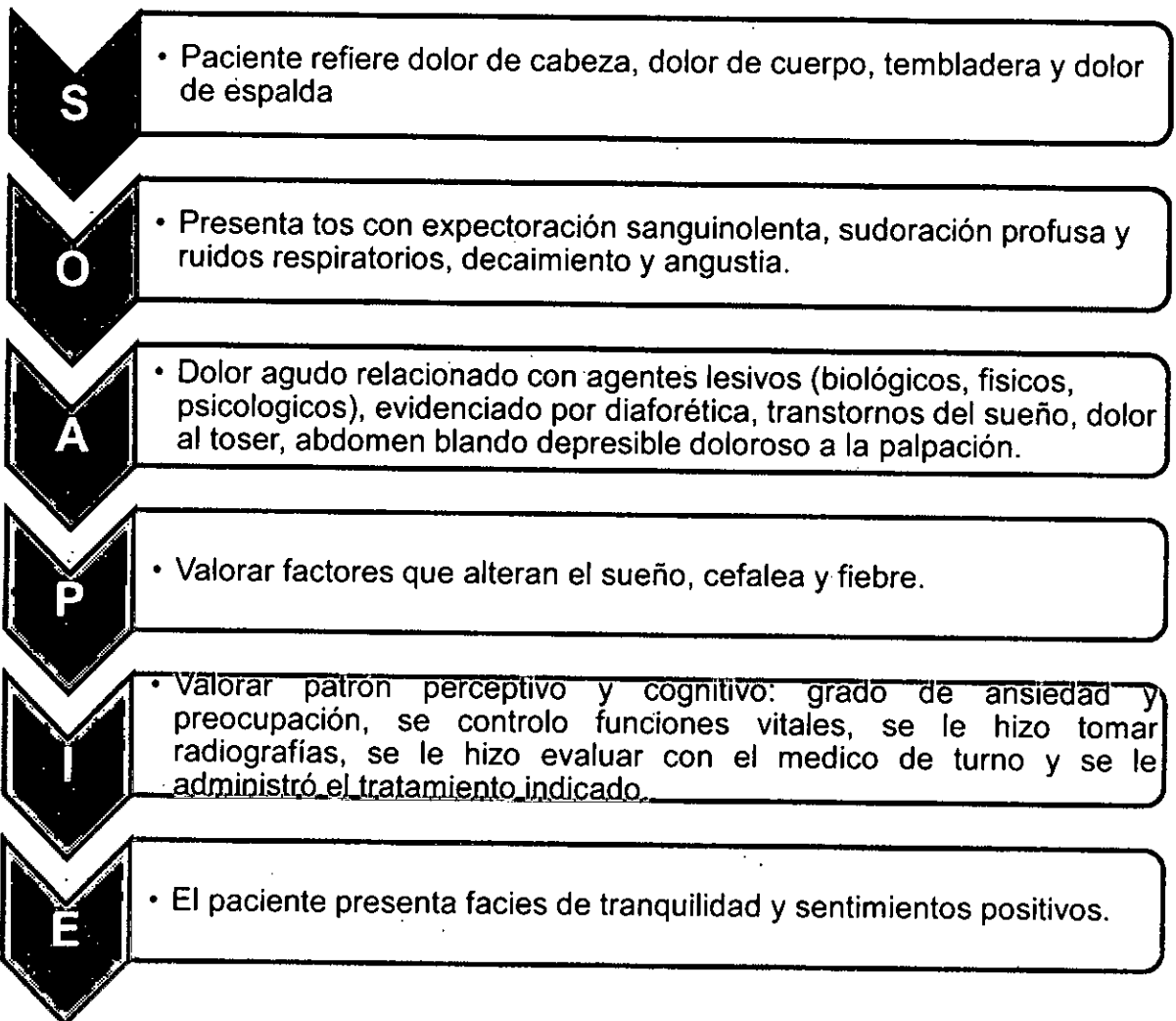
3.3.2.2 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

SERVICIO: Medicina C	N° DE CAMA: 518
NOMBRES Y APELLIDOS: Dionisio Quispe Ccama	EDAD: 49 años
DIAGNOSTICO MEDICO: ✓ TBC miliar ✓ TBC meníngea ✓ Proceso expansivo intracerebral	PROCEDENCIA: Santa Rosa Calle Lima
	FECHA DE INGRESO: 31/07/2016

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
Ansiedad R/C cambios de estado de salud secundario a su enfermedad.	Paciente presentara facies de tranquilidad y de sentimiento positivo.	1) Valorar patrón perceptivo y cognitivo: grado de ansiedad y preocupación. 2) Controlar funciones vitales: FR y FC 3) Disponer de tiempo para escuchar temores e inquietudes del paciente. 4) Proporcionar información precisa sobre su enfermedad. 5) Comprobar fortalezas individuales. 6) Derivar al personal religioso y especialista.	El paciente presenta facies de tranquilidad y sentimientos positivos.

3.3.2.3 SOAPIE

- SERVICIO: Medicina C
- N° DE CAMA: 518
- NOMBRES Y APELLIDOS: Dionisio Quispe Ccama
- DIAGNOSTICO MEDICO: TBC miliar, TBC menígea y Proceso expansivo intracerebral
- FECHA DE INGRESO: 31/07/2016
- EDAD: 49 PROCEDENCIA: Santa Rosa Calle Lima



3.3.3 TERCER CASO

3.3.3.1 RESUMEN DE HISTÓRIA CLINICA

1. DATOS PERSONALES

- Nombre : Alejandro Maruri Hilares
- DNI : 25138137
- Fecha de nacimiento : 27/06/1947
- Lugar de nacimiento : Huancarani- Paucartambo
- Edad : 70 años
- Sexo : Masculino
- Raza : Mestizo
- Religión : Católico
- Idioma : Quechua
- Estado civil : Viudo
- Dirección :Piscohuata
- Ocupación : Agricultor
- Instrucción : Secundaria
- Persona responsable : Vicente Huillca Huillca
- Vía de ingreso : Emergencia
- Ingreso al servicio : 10/04/2016
- Elaboración de HC : 12/04/2016
- HC elaborada por : IM Willy Cano Alatrística
- N° de Cama : 517

2. ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de enfermedad : 10 días
- Forma de inicio : insidioso
- Curso : progresivo

3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Tos seca

- Hemoptisis
- Dorsalgia
- Dolor de espalda

4. RELATO CRONOLÓGICO DE ENFERMEDAD

Paciente con cuadro clínico de tos seca luego presenta hemoptisis escasa 250 cc aproximadamente, que no cedía, por lo que acude al Centro de Salud de Huancarani, donde le dan medicamentos pero no refiere cuales, al no presentar mejoría acude a I Hospital Regional del Cusco por el consultorio externo de neumología desde donde es hospitalizado. El mes pasado tuvo accidente de tránsito, en esa ocasión fue la primera vez que presento sangrado. Se le interna en Medicina C.

5. FUNCIONES VITALES

- T : 36.5 °C
- Pulso 70 lpm
- P.A. 110/90 mm/hg
- FR 24 rpm
- Sat O₂ 90%

6. DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

- Síndrome hemoptoico.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

- TBC pulmonar
- Secuela de TBC

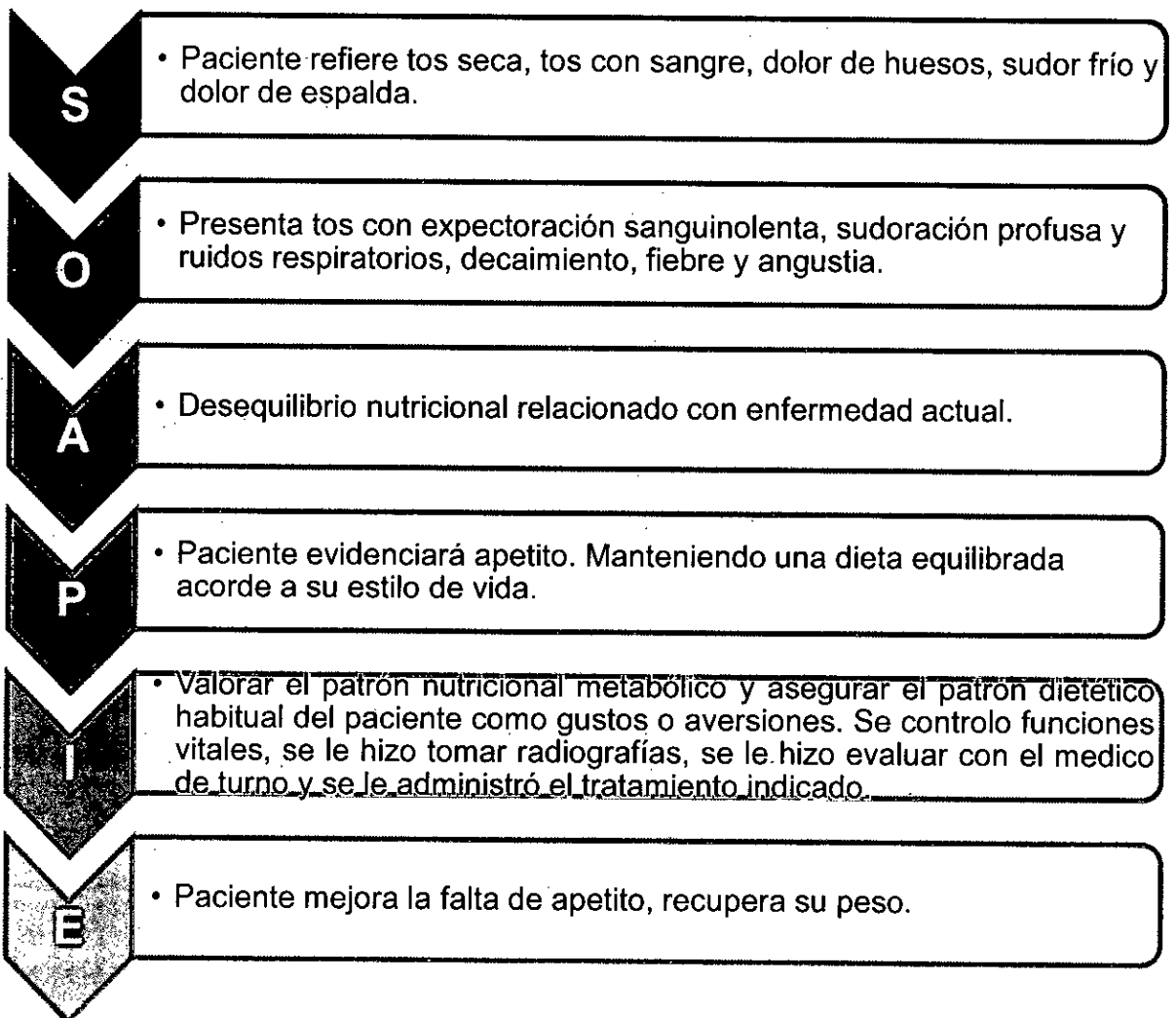
3.3.3.2 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA:

<u>SERVICIO:</u> Medicina C	<u>N° DE CAMA:</u> 517
<u>NOMBRES Y APELLIDOS:</u> Alejandro Maruri Hilares	<u>EDAD:</u> 70 años
<u>DIAGNOSTICO MEDICO:</u> ✓ TBC pulmonar ✓ secuela de TBC	<u>PROCEDENCIA:</u> Huancarani- Paucartambo
	<u>FECHA DE INGRESO:</u> 10/04/2016

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
Desequilibrio nutricional R/C enfermedad actual.	Paciente evidenciará apetito. Manteniendo una dieta equilibrada acorde a su estilo de vida.	1) Valorar el patrón nutricional metabólico. 2) Asegurar el patrón dietético habitual del paciente como gustos o aversiones. 3) Vigilar el balanceo hídrico y pesar periódicamente al paciente. 4) Fomentar y proporcionar frecuentes periodos de reposo. 5) Proporcionar cuidados bucales antes y después de los tratamientos respiratorios. 6) Frecuentar comidas poco abundantes de alimentos ricos en proteínas y carbohidratos.	Paciente mejora la falta de apetito, recupera su peso.

3.3.3.3 SOAPIE

- SERVICIO: Medicina C
- N° DE CAMA: 517
- NONBRES Y APELLIDOS: Alejandro Maruri Hilares
- DIAGNOSTICO MEDICO: TBC pulmonar, secuela de TBC
- FECHA DE INGRESO: 10/04/2016
- EDAD: 70 PROCEDENCIA: Huancarani- Paucartambo



3.3.4 CUARTO CASO

3.3.4.1 RESUMEN DE HISTÓRICA CLINICA

1. DATOS PERSONALES

- Nombre : Damiana Condori Leqqe
- DNI : 25203750
- Fecha de nacimiento : 27/09/1975
- Lugar de nacimiento : Ocongate
- Edad : 42 años
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestizo
- Religión : Católico
- Idioma : Quechua
- Estado civil : Casada
- Dirección : Pról. Libertad S/n
Ocongate
- Ocupación : Ama de casa
- Instrucción : Ninguno
- Persona responsable : Nicanor Turpo Huillca
(espos)
- Vía de ingreso : Emergencia
- Ingreso al servicio : 15/04/2016
- Elaboración de HC : 18/04/2016
- HC elaborada por : IM Willy Cano Alatrística
- N° de Cama : 519

2. ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de enfermedad : 15 días
- Forma de inicio : insidioso
- Curso : progresivo

3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Alteración de la conciencia
- Afasia
- Excitación psicomotriz

4. RELATO CRONOLÓGICO DE ENFERMEDAD

Paciente presentó progresivamente hace 15 días limitaciones para la marcha, dolor de cabeza de moderada intensidad (no especifica detalles del dolor). Desde hace un mes por la mañana la paciente presenta alteración del lenguaje (no puede hablar) y es llevada al Centro de Salud de Ocongate de donde es referida. Paciente tiene diagnóstico de TBC miliar, diagnosticada en el Hospital Regional. Cursaba con tratamiento de segunda fase para TBC (H: 300mg y R: 600 mg).

5. FUNCIONES VITALES

- T : 36.5 °C
- Pulso 85 lpm
- P.A. 90/60 mm/hg
- FR 22 rpm
- Sat O₂ 90%

6. DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

- Síndrome meníngeo.
- Síndrome infeccioso.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

- TBC pulmonar
- TBC meníngea vs. meningocelalitis bacteriana
- Proceso expansivo intracerebral.

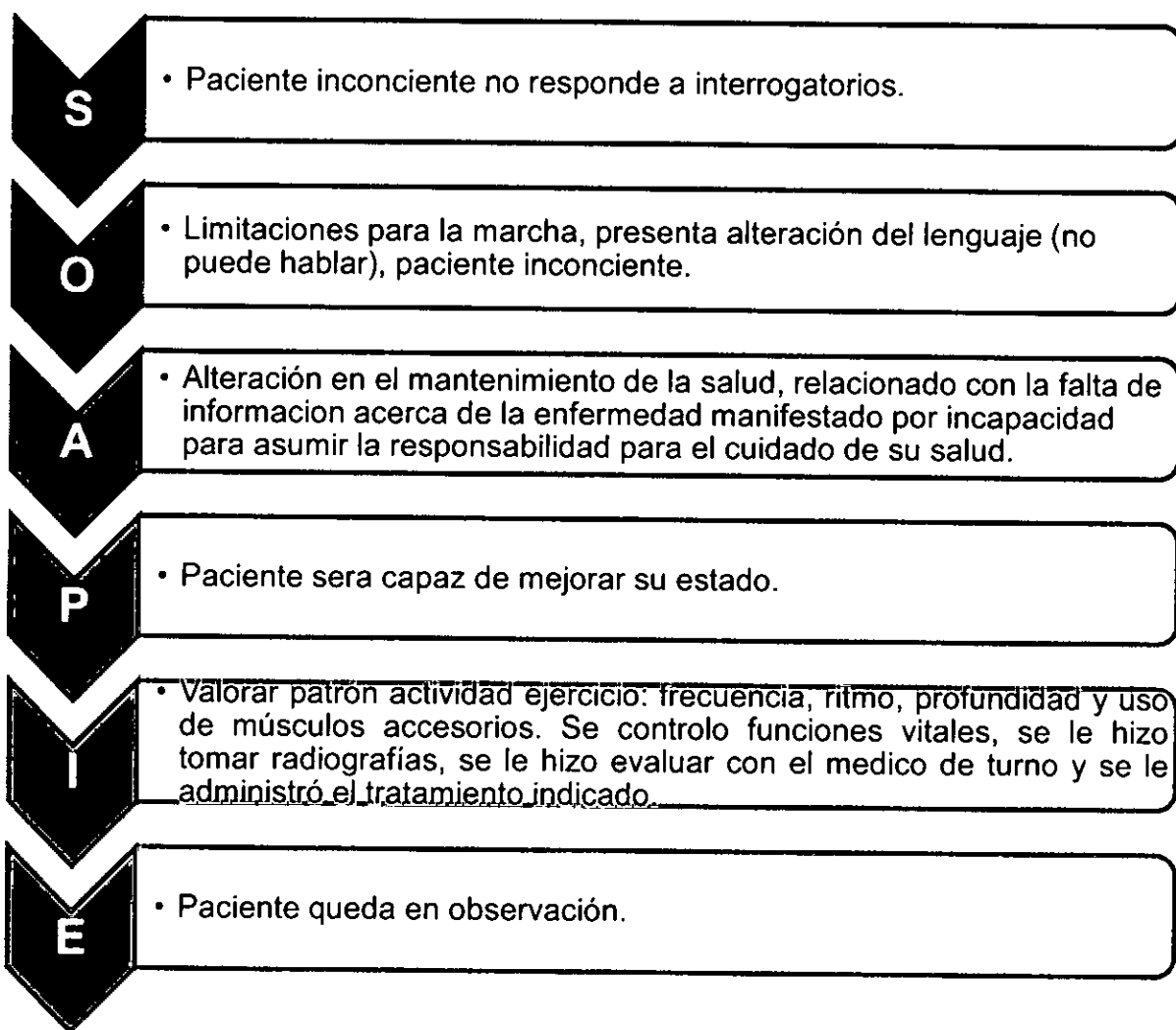
3.3.4.2 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

SERVICIO: Medicina C	N° DE CAMA: 519
NOMBRES Y APELLIDOS: Damiana Condori Leque	EDAD: 42 años
DIAGNOSTICO MEDICO: ✓ TBC pulmonar. ✓ TBC meningea vs. meningoencefalitis bacteriana ✓ Proceso expansivo intracerebral.	PROCEDENCIA: Ocongate
	FECHA DE INGRESO: 15/04/2016

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACION
Deterioro del intercambio de gases.	Paciente mejora intercambio de gases durante estancia hospitalaria.	1) Valorar patrón actividad ejercicio: frecuencia, ritmo, profundidad y uso de músculos accesorios. 2) Control de funciones vitales: FC y FR. 3) Mantener al paciente en posición de semifowler. 4) Administrar oxígeno al paciente según su necesidad. 5) Valorar saturación de oxígeno mediante pulsioxímetro. 6) Valorar el color de la piel para buscar cianosis. 7) Valorar resultados de hemoglobina.	Paciente refiere una disminución de la dificultad respiratoria y presentara funciones vitales dentro de los rangos normales.

3.3.4.3 SOAPIE

- SERVICIO: Medicina C
- N° DE CAMA: 519
- NONBRES Y APELLIDOS: Damiana Condori Leqqe
- DIAGNOSTICO MEDICO: TBC pulmonar, TBC menígea vs. meningoencefalitis bacteriana y Proceso expansivo intracerebral.
- FECHA DE INGRESO: 15/04/2016
- EDAD: 42
- PROCEDENCIA: Ocongate



IV. RESULTADOS

Los programas de prevención y control de la TBC se basan en el diagnóstico precoz, el cumplimiento del tratamiento y el estudio de contactos. Desde el punto de vista organizativo, los programas de control son muy complejos, ya que requieren buenas coordinaciones entre los diversos servicios sanitarios, de asistencia social, organismos de masas implicados y también infraestructuras importantes para ser efectivos. Los programas deben priorizar el diagnóstico temprano de los casos para conseguir su rápida curación y evitar contagios; pero si estos se producen, han de conseguir que no tenga lugar el paso de la infección a la enfermedad. El diagnóstico precoz de los casos interrumpirá la cadena de transmisión, con lo que se evitan contagios y hasta brotes epidémicos. A continuación se tienen los resultados de morbilidad y mortalidad de TBC en Cusco en los años 2016 y 2017:

CUADRO 4.1
INFORME DE MORBILIDAD DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR SEGÚN GRUPO ETAREO HOSPITAL REGIONAL CUSCO
2016-2017

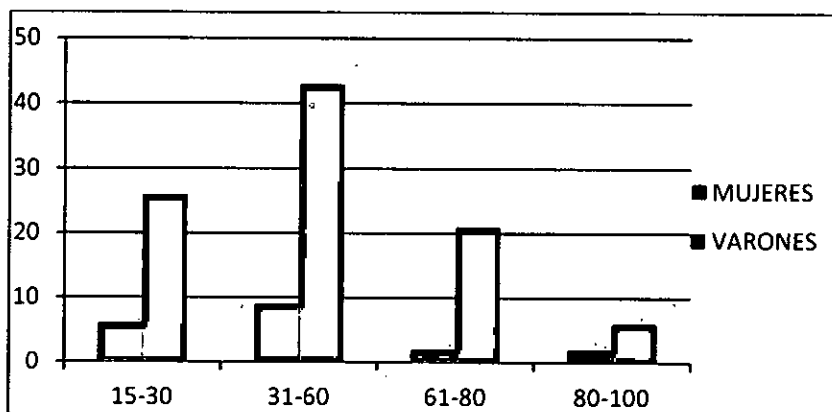
EDAD	15 – 30 AÑOS	31 – 60 AÑOS	61 – 80 AÑOS	80 – MAS AÑOS	TOTAL
Nro. DE CASOS	32	52	23	8	115
%	27.8%	45.2%	20.1%	6.9%	100%

FUENTE: Medicina "C" – Hospital Regional Cusco, 2016 y 2017.

CUADRO 4.2
INFORME DE MORBILIDAD DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR SEGÚN GÉNERO Y EDAD HOSPITAL REGIONAL CUSCO
2016-2017

EDAD	NRO DE CASOS		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
15 – 30 AÑOS	6	26	32
31 – 60 AÑOS	9	43	52
61 – 80 AÑOS	2	21	23
80 – MAS AÑOS	2	6	8
TOTAL	19	96	115

FUENTE: Medicina "C" – Hospital Regional Cusco, 2016 y 2017.



En el cuadro adjunto podemos apreciar las estadísticas del Hospital Regional según morbilidad de tuberculosis pulmonar, quienes en mayor porcentaje son los varones que sufren de TBC y con mayor incidencia de 31 a 60 años, así como de 15 a 30 años.

CUADRO 4.3
INFORME DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE PACIENTES POR
TUBERCULOSIS PULMONAR DIRESA CUSCO 2016-2017

AÑO	N° CASOS TUBERCULOSIS PULMONAR	N° CASOS MORTALIDAD
2016	348	36
2017	324	27
TOTAL	672	63

FUENTE: DIRESA, 2016 y 2017.

CUADRO 4.4
INFORME DE PACIENTES MULTIDROGORRESISTENTE AL
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR DIRESA CUSCO
2016-2017

AÑO	N° CASOS PACIENTES DROGORRESISTENTES
2016	6
2017	10
TOTAL	16

FUENTE: DIRESA, 2016 y 2017.

CUADRO 4.5**INFORME DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN REDES PROVINCIA DEL
CUSCO-DIRESA 2016-2017**

REDES	N° DE CASOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR	N° CASOS MORTALIDAD
Norte	78	6
Sur	84	7
CCE	25	4
La Convención	51	1
Chumbivilcas	6	2
Quispicanchis	35	0
Hospital Sicuani	3	1
Hospital Espinar	4	0
Hospital Quillabamba	28	6
Total	314	27

V. CONCLUSIONES

- a) La tuberculosis (TB) es una enfermedad pulmonar bacteriana infecciosa que se propaga por el aire. Cuando los enfermos de tuberculosis pulmonar tosen, estornudan, hablan o esputan, liberan gérmenes de TB al aire y basta con que una persona inhale una pequeña cantidad de dichos gérmenes para contraer la infección.
- b) Se presentó un caso con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar diagnosticado y tratado. A través de este caso, se demostró que la Tuberculosis pulmonar, a pesar del desarrollo tecnológico, las drogas existentes, los programas de control y el esfuerzo de muchos, nos sigue desafiando.
- c) Todos los profesionales de salud de reciente formación debemos emprender, campañas de educación sanitaria o educación en salud tratando de hacer conocer a la población en general la fisiopatología y fundamentalmente las formas de prevención de la Tuberculosis.

VI. RECOMENDACIONES:

6.1. DEL SERVICIO:

- ✓ Se recomienda ambiente especial para la atención de pacientes con Tuberculosis pulmonar, generalmente en ambientes aislados.
- ✓ Se recomienda el uso de aspiradores de bacterias en el servicio.
- ✓ Limpieza permanente de los ambientes ocupados por los pacientes.
- ✓ Mantener los ambientes en constante ventilación e iluminados.

6.2. DEL PERSONAL:

- ✓ Personal especializado y con vocación de servicio en la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar.
- ✓ Uso de medidas de bioseguridad y la alimentación para el personal de salud.
- ✓ Lavado de manos antes y después de cada procedimiento.
- ✓ Brindar atención al paciente con calidez y calidad para su pronta recuperación.
- ✓ Asistir y fomentar el tratamiento específico directamente con el paciente cerciorarse que se cumpla la ingesta en el momento.
- ✓ Ofrecer apoyo psico emocional.
- ✓ Cumplir con los horarios establecidos del tratamiento.

6.3. PARA EL PACIENTE:

- ✓ En general se recomienda que los pacientes tengan una alimentación de alto valor nutritivo.
- ✓ La persona infectada debe protegerse siempre que tosa con pañuelos desechables. Se evita así, el efecto aerosol

- ✓ Lavado de manos después de toser.
- ✓ Educación y concientización a los pacientes y familiares sobre la gravedad a la que puede llegar dicha enfermedad si no es tratada y asistida a su debido tiempo poniendo en riesgo la salud de tu entorno en general.
- ✓ Visitantes y familiares deberán acudir al servicio con medidas de protección y solo en horarios establecidos para evitar la proliferación de la enfermedad.

VII. REFERENCIALES

1. Salinas DC, Moreno DC. Diana Carolina Moreno, Rodolfo José Dennis. Acta Med Colomb. 2014 Enero; 3(1).
2. Boldú J, Cebollero P, Abu J, De Prado A. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. An. Sist. Sanit. Navar.. 2007.
3. Vah K. Informe de la Directora General 2008 Washington DC: Organización Panamericana para la Salud; 2009.
4. González E, Armas I, Llanes M. Progress towards tuberculosis elimination in Cuba. Int J Tuberc Lung Dis. 2007; 11(4).
5. Serra Valdés MA, Aboy Capote L, Díaz Ordóñez. Tuberculosis pulmonar. Presentación de caso. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2015 Febrero; 14(6).
6. González NE. Descripción del caso presentado en el número anterior: Tuberculosis pulmonar. Arch Argent Pediatr. 2010 Julio; 8(17).
7. Apaza Monrroy KG, Copari Yancachajlla GV. "Factores Determinantes Que Influyen En La Calidad De Vida En Pacientes Diagnosticados Con Tuberculosis Pulmonar Atendidos En La Micro Red Santa Adriana Abril – Julio 2015" Juliaca; 2015.
8. Raviglione M, Snider D. Epidemiología mundial de la tuberculosis la morbilidad y la mortalidad de una epidemia mundial; 2011.
9. Rustad TR, Harrell MI, Liao , Sherman. The enduring hypoxic response of Mycobacterium tuberculosis.
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal>. 2015.
10. Farga V. Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. Santiago de Chile;

2012.

11. Gutman L. Tuberculosis extrapulmonar; 2005.
12. Wayne L. Microbiología del bacilo de la tuberculosis.. Rev. Respir. 2011.
13. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf.
14. Pinheiro. <https://www.mdsaude.com/es/2015/11/10-sintomas-de-tuberculosis.html>. [Online].; 2017. Available from:
<https://www.mdsaude.com/es/2015/11/10-sintomas-de-tuberculosis.html>.
15. Hoft DE, Blazevic , Abate G. A new recombinant bacilli Calmette-Guerin vaccine safely induces significantly enhanced tuberculosis-specific immunity in human volunteers. The Journal of Infectious Disease. 2008.
16. Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento & Gestión. 2006 Julio; 20.
17. Yin RK. Case Study Research: Design and Methods, Applied social research Methods Series; 1989.
18. Chetty. The case study method for research in small- and médium - sized firms. International small business journal. 1996 Octubre; 6.
19. Eisenhardt. "Better stories and better constructs: the case for rigor and comparative logic". Academy of Management Review. 1991; 16(3).

ANEXOS

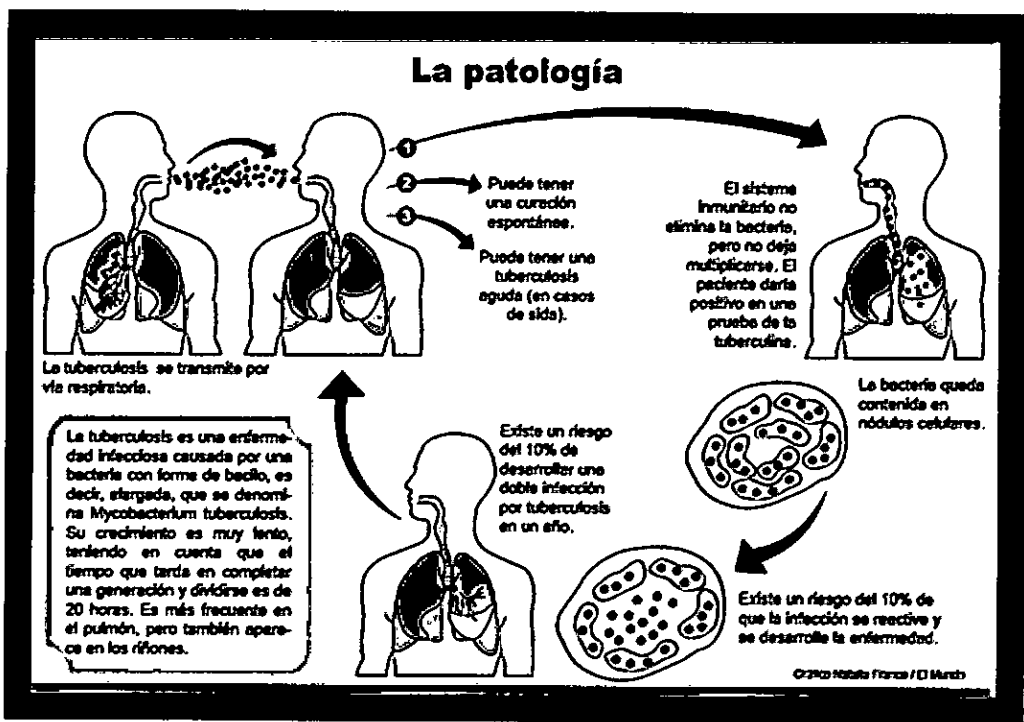
TUBERCULOSIS

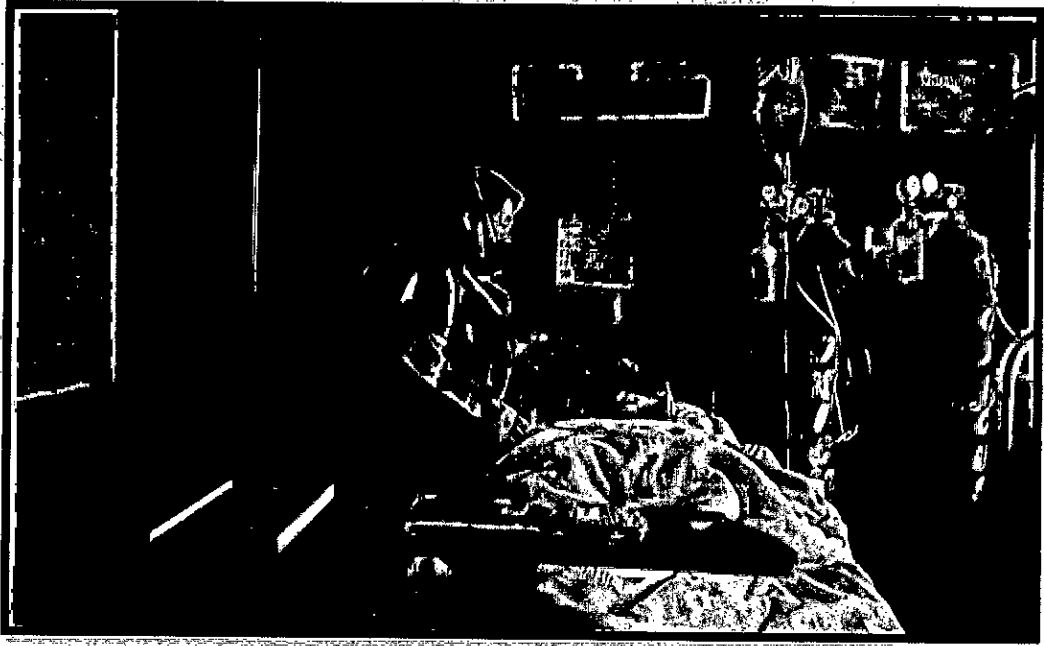
Si tiene alguno de estos síntomas USTED PUEDE ESTAR ENFERMO



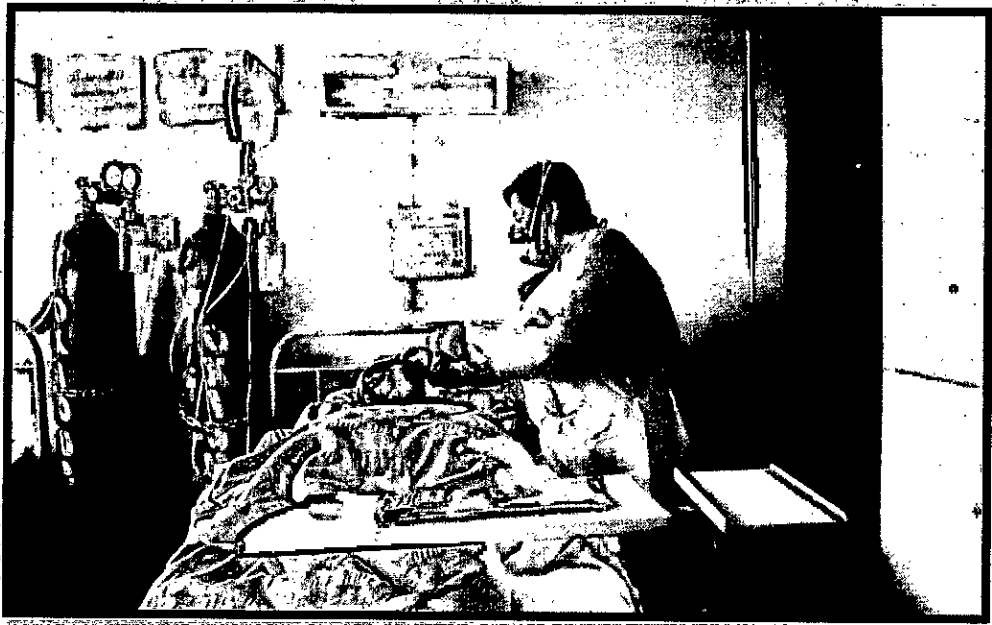
La Tuberculosis SE CURA

Concurra al Centro de Salud más cercano, el tratamiento es totalmente gratuito.





FUENTE: Elaboración propia, 2017



FUENTE: Elaboración propia, 2017

3.5.5. GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
<p>Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C retención de secreciones E/X sonidos respiratorios roncales</p>	<p>El paciente mantendrá la vía aérea permeable evidenciado por murmullo vesicular normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observe y valore el estado del paciente. • Valore el estado de conciencia. • Coloque al paciente en posición semifowler. • Valore el patrón respiratorio. • Evalúe el reflejo antitusígeno. • Controle saturación de oxígeno. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Obstrucción de las vías aéreas. ❖ Paro respiratorio 	<p>Coordine evaluación con medico de turno</p>	<p>Grado III</p>	<p>El paciente presentara la vía aérea libre de secreciones y sonidos respiratorios claros.</p>

DIAGNOSTICO	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Desequilibrio de intercambio gaseoso R/C desequilibrio ventiloperfusión, cambios de la membrana alveolar.	El paciente será capaz de mantener un intercambio gaseoso eficaz.	<p>_Controle y valore las funciones vitales: T°, PA, FC, FR, Oximetría de pulso.</p> <p>_Mantenga la vía periférica permeable.</p> <p>_Valore cambios de estado de conciencia utilizando la escala de coma de Glasgow.</p>	<p>_hipoxemia</p> <p>_paro cardiorrespiratoria.</p> <p>_trastorno del sensorio</p>	Coordine evaluación con el emergencista de turno	Grado III	<p>El paciente evidencia un buen intercambio gaseoso.</p> <p>FR: 16-20/min</p> <p>FC:60-80/min</p> <p>PA: 120/80mmHg.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Patrón respiratorio ineficaz R/C respuesta alérgica en el árbol bronquial.	El paciente mantendrá un patrón respiratorio eficaz.	<ul style="list-style-type: none"> - Observe y valore el estado el paciente. - Valore el nivel de conciencia. - Coloque al paciente en posición fowler y semi sentado. - Valore patrón respiratorio mediante la toma de FR en un minuto observe el uso de músculos durante la respiración. - Valore accesorios Saturación de oxígeno a través de pulsioximetria. 	<ul style="list-style-type: none"> -Disnea -Hipoxemia -Asfixia -Paro cardiorrespiratorio. 	Coordine evaluación con medico de turno	Grado III	<p>El paciente mantendrá un patrón respiratorio adecuado evidenciado por:</p> <p>FR: 16-20/min</p> <p>SO2:>90%</p> <p>-Sonidos respiratorios claros.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Intolerancia a la actividad R/C el desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno.	El paciente realizara sus actividades físicas sin fatiga ni esfuerzos.	<ul style="list-style-type: none"> _ Proporcione periodos amplios de reposo. _ Vigile la presencia de fatiga excesiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ansiedad ❖ Desnutrición 	<p>Coordinar evaluación con medico de turno.</p> <p>Coordinar con la nutricionista</p>	Grado II	El paciente realizara sus actividades sin fatiga ni esfuerzo.
Alteración del confort y comodidad R/C hipertermia	El paciente manifestara confort y comodidad.	<ul style="list-style-type: none"> _ Controle la T° cada 2 horas. _ Realice baño de esponja. _ Administre antipiréticos prescritos por el médico. _ Mantenga la vía periférica permeable. _ Administre líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Convulsiones ❖ Sepsis ❖ Deshidratación 	Coordine evaluación con el medico de turno.	Grado II	El paciente mantendrá temperatura igual o menor de 37°c