

2024

**La enfermería no es para los que están vacíos de corazón,
ni para los débiles de corazón.**

Anónimo.



BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

INSTITUTO SUPERIOR UNIVERSITARIO BOLIVARIANO

TEMA:

Atención de enfermería en paciente con alcoholismo crónico y tuberculosis pulmonar no especificada.

TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

PRESENTA: María del Cisne González Córdova.

DOCENTE RESPONSABLE: Lic. Kevin Noboa Pullaguari.

PERIODO
OCTUBRE – MARZO
2024

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. RESUMEN CASO.....	5
4. DIAGNÓSTICO MÉDICO CIE10.....	7
5. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA.....	8
6. FISIOPATOLOGÍA	10
7. ETIOLOGÍA	12
SEGÚN EL TEXTO.....	12
EN EL PACIENTE	12
8. CUADRO CLÍNICO	13
SEGÚN EL TEXTO.....	13
EN EL PACIENTE	13
9. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO	14
SEGÚN EL TEXTO.....	14
EN EL PACIENTE	14
10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	15
1.1. Fármacos utilizados en el tratamiento del paciente.....	15
11. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	20
12. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	21
13. BIBLIOGRAFÍA.....	30

1. INTRODUCCIÓN.

Mycobacterium tuberculosis o bacilo de Koch es la principal bacteria causante de Tuberculosis pulmonar en todo el mundo, es una enfermedad infecciosa, crónica y se transmite precisamente cuando una persona enferma tose, estornuda o expectora, liberando en el ambiente gotitas de Flugge las cuales contienen el bacilo tuberculoso, una vez dispersado puede permanecer suspendido en el ambiente hasta 8 horas a la espera de ser inalado por una persona sana o susceptible; entre el grupo de personas susceptibles se encuentran: niños menores de 5 años, personas infectadas con VIH, dependencia alcohólica, desnutrición, inmunodepresión, población en condiciones de vulnerabilidad como habitantes de la calle.

La tuberculosis pulmonar, es la enfermedad mayormente frecuente y la más contagiosa, a este tipo de TB pertenecen el 80% de los casos, se identifica por una fase de incubación prolongado entre la infección inicial y las manifestaciones clínicas en la que prevalece la neumopatía. El *Mycobacterium tuberculosis* ingresa al cuerpo humano por inhalación a través de los pulmones, luego se esparcen desde los pulmones a otras partes del cuerpo por el torrente sanguíneo, el sistema linfático y las vías respiratorias o por extensión directa a otros órganos.

Existe una relación entre la dependencia alcohólica y la tuberculosis, de esta relación podemos distinguir las secuelas más frecuentes en el alcoholismo crónico tales como: disminución de las defensas debido a una malnutrición, desnutrición, hepatopatía, tabaquismo, hábitos de higiene y estilo de vida que también tienen un papel importante en el desarrollo de tuberculosis.

Está demostrado que existe mayor número de tuberculosis entre la población alcohólica que la abstemia.

A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (2021) la TB pulmonar representa un significativo problema de salud pública, se estima que en 2020 enfermaron de tuberculosis 9,9 millones de personas en todo el mundo: 5,5 millones de hombres: 3,3 millones de mujeres y 1,1 millones de niños. Se estima que fallecieron 1.5 millones de personas por esta infección, de estas 214.000 tenían VIH.

En América latina de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud estima que 280.000 personas enfermaron de tuberculosis, 27.000 de estos enfermos fueron niños: 22.000 enfermos de VIH desarrollaron tuberculosis: 23.000 personas fallecieron por esta causa en el año (2020).

A nivel nacional en Ecuador en el año 2018, según el informe emitido por la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica se notificaron 6094 casos de Tuberculosis sensible; con una tasa de incidencia de 34.53 por cada 100.000 habitantes. Considerando los casos estimados por la OMS para el año 2017 aún existe una brecha entre lo estimado y notificado de 906 casos.

En la ciudad de Loja en el año 2018, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica notificó 115 casos representando el (1,93%) de la tasa de incidencia a nivel de país.

2. JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, transmisible y de evolución crónica que afecta de manera general el organismo y de manera específica los pulmones causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, se propaga por el aire mediante las gotitas de Flugge en el momento que una persona con TB pulmonar tose, estornuda o expectora. Se estima que una persona infectada por TBP en el transcurso de un año puede contagiar aproximadamente de 10 a 15, las más vulnerables son inmunodeprimidas, así también con adicciones crónicas y personas en decadencia extrema e insalubridad.

Por tal razón todo profesional de la salud que ofrezca atención médica y asistencial a este grupo de personas debe ser consciente de la enfermedad, en el que, el personal de enfermería cumple un papel fundamental en el cuidado, atención, tratamiento y seguimiento del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad.

El presente caso clínico tiene como finalidad desarrollar y fortalecer las competencias y habilidades adquiridas durante el periodo de formación académica, el cual dará la oportunidad de crear sólidos conocimientos científicos, técnicos y humanísticos necesarios para integrar un equipo multidisciplinario de salud y así contribuir con soluciones a los problemas o necesidades reales y potenciales en la salud de la persona, familia o comunidad.

En el ámbito académico la elaboración del caso clínico permite consolidar los conocimientos en relación al Proceso de Atención de Enfermería (PAE) mediante la recopilación

de datos provenientes de diferentes fuentes con la finalidad de brindar una atención integral y oportuna al paciente mediante la construcción de un plan de cuidados aplicando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

3. RESUMEN CASO

Paciente sexo masculino GA VM 60 años, estado civil divorciado, nacido en Guayaquil, residente en la ciudad de Loja, instrucción primaria; es atendido por personal médico del servicio de emergencia ECU 911 el cual refiere que paciente tiene antecedentes de alcoholismo crónico; al acudir a su ayuda al sector la Tebaida es encontrado álgico, con disnea de pequeños esfuerzos, alza térmica no cuantificada, refiere tos productiva de 7 días de evolución, SpO2 del 87%; una vez que se logra estabilizar es refido al HGIAL; al momento del examen físico paciente con olor alcohol, álgico, orientado en tiempo, espacio y persona, presenta distrés respiratorio, piel seca, pupilas anisocóricas por antecedente de paciente que fue boxeador (trauma anterior), tórax murmullo vesicular disminuido presencia de roncus en base de hilio de predominio derecho. Antecedentes personales: clínico, APP alcoholismo crónico desde hace 40 años, AQX hernia epigástrica resuelta; vacuna COVID 19 tres refuerzos, Escala de Glasgow 4 ocular, 5 verbal, 6 motora; control de signos vitales: T/A: 130/80; FC: 78x` ; FR: 20x` ; T°: 38°C; SpO2: 87%; peso: 49.3 kg; talla: 166 cm; IMC: 17.90.

Diagnostico presuntivo de tuberculosis de pulmón sin examen bacteriológico e histológico, dado que tomografía reporta cavernas en ambos campos pulmonares compatibles con tuberculosis; diagnostico presuntivo alcoholismo nivel de intoxicación no especificada. Se da indicaciones de monitoreo continuo de signos vitales cada 4 horas; control de glicemia; tratamiento antituberculoso.

Plan de tratamiento: **A.** ingreso a observación; **D.** tuberculosis pulmonar, alcoholismo crónico; **C.** de cuidado; **A.** no conocidas; **N.** cuidados generales de enfermería, control de ingesta

y excreta, aseo diario, limpieza bucal; **D.** dieta blanda; **I.** lactato de Ringer 1000ml pasar IV. 80ml/hora; Dextrosa al 10% pasar IV. 200ml STAT; Paracetamol 1gr IV. STAT y PRN; se inicia tratamiento antituberculoso de primera línea 2HRZE/4HR Isoniacida 300mg + Rifampicina 600mg VO, Etambutol 2 tabletas VO; **E.** GSA, QS STAT, EMO, TAC DE TORAX STAT, ESTUDIO DE ESPUTO, GRAM, BH, GSA, ELECTROLITOS 05H00; **C.** valoración por neumología; **O.** oxigenoterapia por bigotera nasal a 4 litros por MIN mantener SpO2 mayor a 90% en caso de descender comunicar a residente.

Hallazgos y resultados de exámenes.

Hematológico: hematocrito/hemoglobina (32.0) (10.8); plaquetas (152.00); leucocitos (21.6); formula leucocitaria (SEG. 94.4) (EOS. 120) (BAS. 0.0) (MON. 1.3) (LIN. 4.3); T. protrombina/TTP (14.0) (34.4)

Uroanálisis: densidad/pH (10.30) (6); proteína/glucosa (10) (negativo); cetona/hemoglobina (0.50) (); bilirrubina/urobilinógeno (51) (68); nitrito/leucocitos (negativo) (negativo); piocitos/eritrocitos () (0-3); bacterias (escazas); microalbuminuria (>0.15).

Química sanguínea: glucosas ayunas/glucosa 2horas (54.0) (); urea/creatinina (44.0) (0.8); bilirrubina total/directa (3.53) (2.99); ALT(TGP)AST(TGO) (46.2) (164.0); hierro sérico/amilasa () (41.0); lipasa/B indirecta (13.0) (0.54); PCR (274.0).

Otros: PO2/PCO2 (68.1) (14.80); PH/HCO3 (7.38) (13.3); SO2 (92.1); NO/K (138.8) (3.39).

Luego de explicados los procedimientos especiales para diagnósticos y su posterior tratamiento paciente autoriza consentimiento informado para la realización de las practicas asistenciales.

4. DIAGNÓSTICO MÉDICO CIE10

A16.1 Tuberculosis de pulmón, sin examen bacteriológico e histológico.

Y91.9 Alcoholismo, nivel de intoxicación no especificado.

5. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y crónica en la que el ser humano es el principal reservorio y huésped, compromete los pulmones, pero puede alojarse en otras partes del cuerpo; se propaga de persona a persona por medio de gotitas de Flugge exhaladas por personas con TB pulmonar activa. En personas sanas la infección suele ser asintomática y la enfermedad pasa inadvertida porque el sistema inmunitario trabaja para crear una barrera alrededor de las bacterias impidiendo su proliferación TB pulmonar latente (MSP, 2018).

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible, tratable y curable presente en todo el mundo; el principal agente causal de la infección es *Mycobacterium tuberculosis*, afecta principalmente los pulmones, se transmite de persona a persona por diseminación aérea. No todas las personas que son infectadas por TB enferman, pero existe un riesgo permanente del 5 a 10% que desarrollen la enfermedad en el transcurso de su vida. El grupo de riesgo para contraer la enfermedad se encuentran las personas portadoras de VIH, desnutridas y con dependencia alcohólica y tabaquismo (OMS, 2021).

La tuberculosis es una enfermedad prevenible y tratable que afecta a una cuarta parte de la población mundial. El agente causal es *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta principalmente al sistema respiratorio. Se transmite directamente cuando una persona con TB pulmonar tose, estornuda o expectora, expulsando así los bacilos de TB en el aire a través gotitas de flugger originadas por el aparato respiratorio, siendo necesario una mínima cantidad de bacterias para infectar a una persona, la mayoría de los casos son latentes (sin síntomas) en personas sanas; pero

las personas con el sistema inmunitario debilitado (VIH, desnutrición, diabetes, adicción al alcohol, cigarrillo, drogas pueden desarrollar una enfermedad activa. (Zambrano et al., 2019)

6. FISIOPATOLOGÍA

En la infección primaria la enfermedad se transmite cuando una persona contagiada tose o expectora cerca de una persona sana, las gotitas de flugge con el agente infeccioso son inhaladas por personas sanas o susceptibles y atraviesan el tracto respiratorio superior, se alojan en los pulmones, en ese momento los macrófagos alveolares ingieren los bacilos como mecanismo de defensa del cuerpo; las bacterias no destruidas por los macrófagos sobreviven dentro de ellos, se multiplican y finalmente destruyen los macrófagos, eventualmente desarrollaran una enfermedad clínica de gravedad variable. Sin embargo, la mayoría de las infecciones primarias el 95% son asintomáticas entrando en una etapa latente, un porcentaje desconocido se resuelve espontáneamente y un porcentaje variable del 5-10% de infección latente se reactiva con signos y síntomas de enfermedad (Nardell, 2022).

La infección latente por TB, ocurre después de la mayoría de las infecciones primarias; después de aproximadamente tres semanas de crecimiento sin restricciones, cerca del 95% de los casos, el sistema inmunitario suprime la replicación bacteriana antes de que aparezcan los signos o síntomas. Los focos bacterianos en los pulmones o en otros lugares se convierten en granulomas epiteliales, especialmente con centros caseosos o necróticos. Con este material el agente infeccioso *M. tuberculosis* puede sobrevivir durante años y el equilibrio entre la resistencia del huésped y la virulencia microbiana determina si la infección desaparece sin tratamiento, permanece latente o se activa (Nardell, 2022).

La etapa primaria de la tuberculosis es predominantemente pulmonar, generalmente subclínica y se resuelve espontáneamente, dejando pequeños nódulos calcificados. Este tipo afecta más los campos pulmonares medios e inferiores. En cambio, en la fase II, la reactivación de la infección latente suele ocurrir en los segmentos apicales y posteriores de los lóbulos superiores de los pulmones, seguido de cavitación, formando las denominadas cavernas pulmonares, usadas en el diagnóstico radiológico. Las manifestaciones son insidiosas, acompañadas de fiebre, sudoración nocturna, anorexia, pérdida de peso, malestar general y esputo sanguinolento que puede llegar a complicarse y llegar a una hemoptisis masiva (Maza y Bareche, 2022)

7. ETIOLOGÍA

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>La TB pulmonar generalmente es causada por Mycobacterium tuberculosis, son bacilos Gram positivos. La infección comienza en el momento que una persona sana inhala gotitas de Flugge que miden < 5 micrón de diámetro y contienen de 1 a 3 bacilos. Pueden permanecer suspendidas en el ambiente durante horas, aumentando el riesgo de diseminación, una vez ingresadas al pulmón son ingeridas por los macrófagos alveolares, esto desencadena una respuesta inflamatoria lo cual atrae a otras células a la zona, y forman el llamado granuloma característica de la enfermedad, los macrófagos que ingirieron bacterias son fagocitados, así las bacterias permanecen inactivas pero vivas por décadas, lo que da como resultado una tuberculosis latente, que persiste en individuos sanos y causa enfermedad en personas susceptibles (Global Tuberculosis Institute, 2022)</p>	<p>Paciente inmunodeprimido con IMC 17.9 correspondiente a bajo peso, con cierto grado de desnutrición, antecedentes de alcoholismo crónico hace 40 años, refiere haber estado en contacto con individuo sintomático respiratorio. En tomografía reporta cavernas en ambos campos pulmonares compatibles con TB.</p> <p>La dependencia alcohólica y la desnutrición constituye un factor de riesgo determinante en la infección de TB, debido a que el alcohol interfiere en la absorción de los nutrientes lo cual ocasiona una mala nutrición y desnutrición.</p>

8. CUADRO CLÍNICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>Según la Organización Panamericana de la Salud, nos indica que los signos y síntomas de tuberculosis pulmonar son:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Tos con expectoración por más de 15 días (SR) con o sin hemoptisis.✓ Síntomas generales:✓ Fiebre.✓ Sudoración nocturna.✓ Pérdida de apetito.✓ Pérdida de peso.✓ Dolor torácico.✓ Astenia. <p>En personas sanas la infección suele ser asintomática, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria.</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Tos productiva de 7 días de evolución.✓ Alza térmica no cuantificada.✓ Pérdida de peso.✓ Álgico.✓ Disnea de pequeños esfuerzos.✓ Distrés respiratorio.✓ Astenia.

9. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador recomienda realizar los siguientes exámenes para diagnóstico de tuberculosis pulmonar.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Baciloscopia, cultivo.✓ PCR en tiempo real, esta herramienta diagnóstica será aplicada a toda persona con sintomatología sugestiva de TB*.✓ Criterio imagenológico.✓ Examen histopatológico.✓ Criterio inmunológico.	<ul style="list-style-type: none">✓ TAC de tórax STAT; tomografía reporta cavernas en ambos campos pulmonares compatibles con tuberculosis.

10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1.1. Fármacos utilizados en el tratamiento del paciente.

ACETAMINOFÉN-ACETAMINOFENO	
Nombre Genérico	Paracetamol
Nombre Comercial	Acetaminofén, Umbral, Normoten, Umbramil, Analgan, Bebetina, Dolorfín, Finalin, Panadol, Paracetamol arístón, Tempra, Acutén, Day Flu, Tempra.
Presentación y dilución	<ul style="list-style-type: none">• Sólido oral 500 mg - 1g.• Líquido oral 120 mg/5 mL – 150mg/5mL - 160 mg/5 mL.• Líquido oral (gotas) 100 mg/mL.• Sólido rectal 100 mg y 300 mg.• Líquido parenteral 10 mg/mL
Grupo	Antipirético y analgésico de primera línea.
Mecanismo de acción	Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura.
Vía de administración	VO, VR, IV
Dosis	<ul style="list-style-type: none">• Vía oral, adultos: 500 a 1.000 mg/4-6 h. Dosis máximas 4gr/día.• 1 supositorio rectal de 0.5 a 1g cada 4 a 6 h según se requiera (hasta 4g/día [8 supositorios]).• 1g IV hasta 4 veces/día (hasta 4 g/día).• Dosis Niños Menores de 12 años: 10-15mg/kg cada 6 horas. No administrar más de cuatro dosis en 24 horas.
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Para el tratamiento a corto plazo del dolor moderado, especialmente después de cirugía.• Para el tratamiento a corto plazo de la fiebre,• Cuando la administración por vía intravenosa está justificada clínicamente por una necesidad urgente de tratar el dolor o la hipertermia.• Cuando no son posibles otras vías de administración.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidad a paracetamol, a clorhidrato de propacetamol (profármaco del paracetamol).• Insuficiencia hepatocelular grave.• Hepatitis vírica.• Antecedentes recientes de rectitis, anitis o rectorragias (solo para forma rectal).
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none">• Vómito.• Urticaria.• Vértigo• Hepatotoxicidad.

	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito. • Náusea. • Fiebre medicamentosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el sitio de la inyección. • Necrosis hepática. • Dispepsia.
Metabolismo	<p>El paracetamol se metaboliza principalmente en el hígado.</p> <p>Los metabolitos de paracetamol se excretan principalmente por la orina.</p>	
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar por vía IV de manera independiente. • La infusión IV debe pasar en 15 min. • El intervalo mínimo entre cada administración de paracetamol IV debe ser de al menos 4 horas y no deben administrarse más de 4 dosis en 24 horas. • La administración IV debe cambiarse a VO tan pronto sea posible. • Los síntomas de sobredosis son: náusea, letargo, vómito, dolor abdominal, hipotensión, sudoración, necrosis/insuficiencia hepática (ictericia, hipoglucemia, acidosis metabólica). • IV: tener cautela en personas con deshidratación, hipovolemia, desnutrición crónica (incluida aquella por anorexia, bulimia o caquexia) o alcoholismo crónico (> 3 bebidas/día). 	

ISONIAZIDA			
Nombre genérico	Isoniazida		
Nombre comercial	Cemidon®, Isonarif, Isotamina, Isotamina B, Rifamate, Rifater		
Presentación y dilución	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido de 100 y 300 mg 		
Grupo	Antimicobacterianos (bactericida o bacteriostática).		
Mecanismo de acción	La isoniazida es un antibiótico que se usa para tratar infecciones micobacterianas; y en combinación con otros agentes antimicobacterianos para el tratamiento de la tuberculosis activa o latente. La isoniazida es bactericida cuando las micobacterias crecen rápidamente y bacteriostática cuando crecen lentamente.		
Vía de administración	VO		
Dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos dosis de isoniazida de 300 mg/día durante 9 meses. • Adolescentes y niños: 10 mg/kg por vía oral (hasta un máximo de 300 mg) diariamente durante 9 meses. 		
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis activa pulmonar o extrapulmonar. • Primoinfección tuberculosa sintomática. • Infección por micobacterias atípicas sensibles, asociado a antibióticos activos. • Quimioprofilaxis: primoinfección tuberculosa asintomática, con riesgo de reactivación tuberculosa. 		
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad. • I.H. grave. • Concomitancia con carbamazepina o disulfiram. • Lactancia. 		
Efectos adversos	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Náuseas. • Vómitos. • Dolor epigástrico. • Fiebre. • Mialgia. </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Artralgia. • Anorexia. • Parestesia distal. • Insomnio. • Neuropatía. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas. • Vómitos. • Dolor epigástrico. • Fiebre. • Mialgia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artralgia. • Anorexia. • Parestesia distal. • Insomnio. • Neuropatía.
<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas. • Vómitos. • Dolor epigástrico. • Fiebre. • Mialgia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artralgia. • Anorexia. • Parestesia distal. • Insomnio. • Neuropatía. 		
Metabolismo	Principalmente hepática. Del 50% al 70% de una dosis de isoniazida se excreta en la orina dentro de las 24 horas, mientras que el resto se elimina en la heces, saliva y esputo.		
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente debe dirigirse al lugar asignado para administración de la dosis de acuerdo al plan para toma de medicamentos elaborado previamente. • Vigilar la asistencia del paciente siempre a la misma hora. (1 hora antes o 2 horas después de ingerir alimento). • Se realiza seguimiento a la terapia. • Se brinda asesoría sobre la enfermedad y tratamiento • Consultar al médico cuando se presente algún síntoma nuevo. 		

RIFAMPICINA.			
Nombre genérico	Rifampicina.		
Nombre comercial	Rifadin® Rimactane® Isonarif, Rifamate, Rifater, Rofact.		
Presentación y dilución	<ul style="list-style-type: none"> • Capsula de 300mg. 		
Grupo	Antimicobacterianos de amplio espectro.		
Mecanismo de acción	Rifampicina es un antibiótico del grupo de las rifamicinas que posee un efecto bactericida, tanto in vitro como in vivo sobre Mycobacterium tuberculosis. También muestra una actividad variable frente a otras especies atípicas de Mycobacterium. Su espectro de acción también incluye la M. leprae y otras bacterias gram positivas y negativas.		
Vía de administración	VO		
Dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos y adolescentes: 10 mg/kg/día en una sola toma sin superar los 600 mg/día, para adultos y adolescentes de más de 40 kilos las dosis habituales son: Peso inferior a 50 kg: 450 mg al día. 50 kg de peso o más: 600 mg al día. • Lactantes a partir de 3 meses y niños: 10-20 mg/kg al día. El rango de dosis superior se debe utilizar en la meningitis tuberculosa y el más bajo en caso de malnutrición severa. Dosis máxima diaria: 600 mg. Por 6 meses. 		
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de todas las formas de tuberculosis, siendo considerada como fármaco de primera elección. • Brucelosis en adultos. • Profilaxis de la meningitis meningocócica en adultos y población pediátrica de contacto cercano. • En el tratamiento de la lepra. 		
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Precaución en pacientes que padezcan alguna enfermedad hepática o renal. • Pacientes con hipersensibilidad a la rifampicina. • Categoría c de riesgo en el embarazo. 		
Efectos adversos	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio, • Somnolencia • Cefalea • Enrojecimiento de los ojos. • Anorexia. </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> • Náuseas. • Dolor abdominal. • Rubefacción. • Urticaria. • Cambio a color rojizo de líquidos y secreciones corporales como orina, esputo, lágrimas, heces, saliva y sudor. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio, • Somnolencia • Cefalea • Enrojecimiento de los ojos. • Anorexia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas. • Dolor abdominal. • Rubefacción. • Urticaria. • Cambio a color rojizo de líquidos y secreciones corporales como orina, esputo, lágrimas, heces, saliva y sudor.
<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio, • Somnolencia • Cefalea • Enrojecimiento de los ojos. • Anorexia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas. • Dolor abdominal. • Rubefacción. • Urticaria. • Cambio a color rojizo de líquidos y secreciones corporales como orina, esputo, lágrimas, heces, saliva y sudor. 		
Metabolismo	Se metaboliza en particular en el hígado, rápidamente desacetilado. En su mayoría, la rifampicina y su metabolito desacetilado son eliminados en las heces (60%) siendo un 30% aproximadamente eliminado en la orina. Media vida de 3,35 (+/- 0,66) horas.		

Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Se debe advertir a los pacientes acerca de la necesidad de no interrumpir el tratamiento.• Informar al médico si se presentan reacciones graves de hipersensibilidad.• Todos los pacientes tuberculosos deben tener unas medidas previas de tratamiento de la función hepática.• Durante el tratamiento se debe hacer seguimiento, como mínimo, una vez al mes y se debe preguntar al paciente específicamente acerca de síntomas asociados con reacciones adversas.• Al presentar Ictericia informar al especialista.
------------------------------	--

(Vidal Vademecum Spain, 2020)

11. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

- 1** Monitoreo de signos vitales cada 4 horas y control de glicemia.
- 2** Oxigenoterapia: con cánula nasal a 4 litros por min. mantener SpO2 mayor a 90% y colocar al paciente en posición semifowler para mejorar la respiración y evacuación de secreciones.
- 3** Control de glicemia y administración de Dextrosa 10%, 200ml IV, STAT.
- 4** Toma de muestra de esputo: para realizar examen de baciloscopia.
- 5** DOTS: asegurar que el paciente reciba y tome la medicación prescrita por el médico para el tratamiento de la tuberculosis.

12. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Datos de identificación del paciente.

Nombres y Apellidos: Víctor Marcelo González Armijos.

N° de cama:

Edad: 60 años

Sexo: M

Lugar de procedencia: Loja

Escolaridad: Primaria.

Datos de enfermedad actual

Fecha de ingreso: 11 de mayo 2022.

Motivo de Ingreso: Causa clínica. Disnea de pequeños esfuerzos y tos productiva de 7 días de evolución.

Diagnóstico médico: Tuberculosis de pulmón, sin examen bacteriológico e histológico en estudio, dado que tomografía reporta cavernas en ambos campos pulmonares compatibles con tuberculosis.

Alcoholismo nivel de intoxicación no especificada, alcoholismo crónico.

Constantes vitales: T/A: 130/80; FC: 78x¹; FR: 20x¹; T°: 38°C; SpO₂: 87%; peso: 49.3 kg; talla: 166 cm; IMC: 17.90.

Antecedentes de salud

Enfermedades Previas: APP alcoholismo crónico desde hace 40 años; vacunas COVID 19 tres refuerzos.

Intervenciones Quirúrgicas previas: Hernia epigástrica resuelta.

Alergias: No refiere.

Medicación en domicilio: No refiere.

Antecedentes familiares: Sin antecedentes.

Nota importante:

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO AL DOMINIO O DOMINIOS ALTERADOS

Dominio 1: Promoción de la salud

Régimen terapéutico
Farmacología, Ejercicio, Dieta,
Revisiones medicas
Vacunas
Otros

Paciente refiere haber recibido los tres refuerzos para COVID 19.
Ingresa solo a casa de salud.
Paciente con dependencia alcohólica, no se alimenta bien sustituyendo los alimentos por alcohol.
Paciente no tiene un adecuado cuidado en su salud bucal.

Dominio 2: Nutrición

Peso - talla. IMC
Alteraciones del apetito
Dieta habitual
Dieta prescrita: tipo de sonda fecha de colocación
Estado de piel y mucosas (absorción de líquidos)

fóvea	+	++	+++
profundidad	2mm	3mm	4mm

Valoración Medidas Antropométricas

Peso: 49.3 kg Talla: 166 cm IMC: 17.90
Paciente refiere un peso bajo para su edad con los valores de peso y talla se obtiene el IMC el cual se representa con un rango de 17.90 es decir se encuentra con delgadez leve para su edad.

Valoración de la alimentación:

La dieta habitual no es balanceada, paciente refiere consumir más alcohol que alimentos. Pero cuando consume alimentos le gusta los mariscos, carne de pollo, leche y jugos de frutas, su alimentación es 3 o 2 vez al día. El paciente es prescrito con alimentación por Vía Oral normal, con dieta blanda, muestra independencia y autonomía al momento de comer sus alimentos por vía oral. No presenta dificultad para masticar o tragar los alimentos; su alimentación es 3 veces al día durante su hospitalización.

Valoración de problemas en la boca:

Boca y mucosas orales semihúmedas.
Paciente no presenta piezas dentales y utiliza placa.

Valoración de la piel:

Paciente con piel seca, no presenta edema, elasticidad normal, integridad de la piel indemne, uñas limpias, cortas y bordes lisos, no hay fragilidad de uñas, cutículas intactas y piel circundante hidratada, llenado capilar < 2 segundos, color rosado normal.

Dominio 3: Eliminación	
Problemas para orinar Problemas para defecar Control de esfínteres Otros	Valoración Urinaria: Paciente realiza 2 micciones durante la mañana. La orina es de color amarillo casi trasparente, no hay presencia de dolor o malestar al momento de orinar Valoración Intestinal: Paciente realiza una deposición durante la mañana, heces formadas, no presenta dolor abdominal.
Dominio 4: Actividad y reposo	
Baño - Higiene Vestido Alimentación Movilidad y deambulación Dificultad respiratoria Duerme	Se realiza aseo diario, limpieza bucal después de su desayuno, vestimenta del paciente limpia y necesita ayuda para cambiarse de ropa, paciente va solo al baño, puede asearse correctamente. Paciente en reposo posición semifowler, ayudando a cambiar de posiciones corporales cada vez que sea necesario para mejorar la expectoración y eliminación de esputo. Paciente álgico, no hay constante movilidad del paciente y no deambula en su cuarto. Presenta disnea de pequeños esfuerzos. Saturación O ₂ : 87%, Distrés respiratorio. Con respecto al patrón del sueño paciente permanece despierto durante el día.
Dominio 5: Percepción y Cognición	
Nivel de conciencia: Consiente, Estuporoso, Comatoso Dificultad para comunicarse. Hablar, Ver, Oír Otros	Escolaridad primaria. Paciente consiente, orientado en tiempo, espacio y personas. Presencia de anisocoria aparentemente crónica por antecedente que paciente fue boxeador. Oído sin alteración: paciente escucha órdenes y las ejecuta. No hay problemas en el lenguaje, articula y expresa de forma correcta sus ideas.
Dominio 6: Autopercepción	
Estado de ánimo: Tranquilo, Triste, Apático, Preocupado, Ansioso, Irritable.	Paciente durante la valoración se lo observa tranquilo y colaborador.

Percepción del estado de ánimo (ve el enfermero) otros	
Dominio 7: Rol. Relaciones	
Dificultad para el cuidado del niño Apoyo Familiar Otros	Paciente refiere: vivir solo en la actualidad, vivió con su madre la cual falleció hace 6 meses desde entonces recayó en el alcoholismo. Refiere a ver estaco casado, pero se divorció hace más de 28 años, manifiesta tener una hija la cual no ve desde hace 3 meses.
Dominio 8: Sexualidad	
En pediatría no se valora este dominio	Paciente refiere: no tener pareja sentimental en la actualidad.
Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés	
Expresa sentimientos, se observa signos de: Temor, etc. otros	Se puede observar que el paciente está tranquilo, colaborador. Sin embargo, al momento de hablar sobre su madre, se puede observar tristeza. No se observa conductas violentas hacia otras personas o hacia sí mismo.
Dominio 10: Principios vitales	
Creencias religiosas del padre o tutor otros	Paciente refiere: Que su madre fue católica.
Dominio 11: Seguridad	
Procedimientos invasivos. Sonda vesical, vía venosa, herida quirúrgica, drenaje Otros	Procedimientos invasivos Canalización de vía venosa: fecha 11 mayo del 2022, vía permeable, pasando por la vía Lactato de Ringer 1000ml a 80ml/hora y Dextrosa al 10% 200ml STAT.
Dominio 12: Confort.	
Tienen dolor o malestar Localización del dolor Medidas para apaliar el dolor Nauseas	Paciente álgico, no hay presencia de náuseas o vómitos, se lo observan tranquilo cuando se queda solo en el hospital.
Dominio 13: Crecimiento y desarrollo	
Talla. Peso Alteraciones del desarrollo. otros	Talla 166 cm Peso: 49.3 kg Paciente presenta un peso bajo para su edad con los valores de peso y talla se sacó el IMC el cual se representan con un rango de 17.90 es

	decir se encuentra con delgadez leve para su peso, talla y edad.
--	--

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 1				
Hospital General Isidro Ayora de Loja	EMERGENCIA	Atención de enfermería en paciente con alcoholismo crónico y tuberculosis pulmonar no especificada.				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 3. Eliminación e intercambio. CLASE: 4. Función respiratoria. CÓDIGO: 00030 DEFINICIÓN: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: 00030: Deterioro del intercambio de gases r/c desbalance de la perfusión y ventilación m/p por disnea de pequeños esfuerzos, hipoxia, tos productiva de 7 días de evolución, distrés respiratorio.		RESULTADO (S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
		DOMINIO: II Salud fisiológica. CLASE: E Cardiopulmonar. CÓDIGO: 0415 Estado respiratorio DEFINICIÓN: Movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno. RESULTADO: Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>5</u>	1. 041501 Frecuencia respiratoria. 2. 041508 Saturación de oxígeno. 3. 041515 Disnea de pequeños esfuerzos. 4. 041531 Tos.	1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal. 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	3	5

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 3320 Oxigenoterapia

CLASE: K. Control respiratorio **CAMPO:** 2. Fisiológico: Complejo

ACTIVIDADES

FUNDAMENTO CIENTÍFICO

1. Restringir el fumar
2. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
3. Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
4. Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
5. Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo.
6. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.
7. Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.
8. Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.

1. Los fumadores con TB presentan con más frecuencia; tos, disnea, lesiones cavitarias en el pulmón, cultivo de esputos positivo, teniendo así mayor probabilidad de propagar la bacteria.
2. Las vías aéreas permeables facilitan la respiración y con esto el intercambio de gases.
3. La oxigenoterapia permite mejorar la insuficiencia respiratoria, tanto aguda como crónica de los pacientes con enfermedades pulmonares.
4. Se debe vigilar el flujo de litros de oxígeno dado que por debajo de 5 l/min. pueden causar respiración de dióxido de carbono y aumento de la resistencia a la inspiración. En cambio, que flujos de oxígeno superiores de 6 L/min. ocasiona resequedad e irritación de las fosas nasales.
5. Asegurara la recolocación de mascara o cánula nasal para así evitar que el paciente sufra deficiencia respiratoria.
6. Realizando monitorización de oxígeno a través de la pulsioximetria. Y cuanto más crónico sea el paciente se realizará un monitoreo a través de gasometrías arteriales.
7. Utilizar medidas preventivas en relación a la fricción del dispositivo de oxígeno: Valorar los puntos de apoyo de la máscara y accesorios, con el fin de prevenir heridas y UPP, alivio de presiones, lubricar las mucosas nasales con soluciones acuosas, no aceite ni vaselina, etc.

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 2				
Hospital General Isidro Ayora de Loja	EMERGENCIA	Atención de enfermería en paciente con alcoholismo crónico y tuberculosis pulmonar no especificada.				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 11. Seguridad/protección. CLASE: 1. Infección CÓDIGO: 00004 DEFINICIÓN: Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: 00004: Riesgo de infección r/c Enfermedad crónica m/p tos productiva de 7 días de evolución, alza térmica, tuberculosis de pulmón.		RESULTADO (S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
		DOMINIO: II: Salud fisiológica. CLASE: H Respuesta inmune. CÓDIGO: 0703 severidad de la infección. DEFINICIÓN Gravedad de los signos y síntomas de infección. RESULTADO: Mantener a <u>2</u> Aumentar a <u>5</u>	1. 070307 Fiebre. 2. 070333 Dolor. 3. 070319 Infiltrados en la radiografía de tórax. 4. 070326 Aumento de leucocitos.	1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.	 2 2 2 2	 5 5 4 5

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: (6540) Control de infecciones.

CLASE:	V. Control de riesgos.	CAMPO:	5. Seguridad.
---------------	------------------------	---------------	---------------

ACTIVIDADES

1. Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
2. Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
3. Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
4. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
5. Fomentar una respiración profunda y tos, según corresponda.
6. Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.
7. Administrar un agente de inmunización, cuando sea adecuado.
8. Ordenar al paciente que tome antibióticos, según prescripción
9. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

FUNDAMENTO CIENTÍFICO

1. Importante realizar la limpieza y desinfección de las áreas para prevenir la proliferación de virus y bacterias.
2. Para prevenir infecciones intrahospitalarias entre los pacientes.
3. Es una de las maneras más efectivas para prevenir las enfermedades infecciosas y mejorar la seguridad del paciente.
4. Para evitar contagios nosocomiales a los demás pacientes y al resto de personal que labora en la casa de salud.
5. Con la respiración profunda llega mejor calidad de aire a los pulmones con esto existe una mejor oxigenación en la sangre y con la tos limpiamos las secreciones existentes en los pulmones.
6. Los antibióticos son fármacos importantes que permiten con éxito las infecciones causadas por bacteria.
7. Las vacunas permiten al organismo defenderse de una mejor manera contra las enfermedades causadas por ciertas bacterias o virus.
8. Es importante vigilar al paciente en la toma de los antibióticos según lo prescrito por el medico; dosis, la frecuencia y el número de días, esto ayudara a obtener los resultados esperados en una infección específica.
9. La educación en prevención de infecciones ayuda a evitar el movimiento de los patógenos durante el proceso de atención del paciente.

13. BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, M., & Parana, T. (2022). *Autocuidado en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Portada de Manchay Pachacamac – 2022*. [Tesis Licenciado en Enfermería].: Universidad María Auxiliadora Lima-Perú. Obtenido de <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/906/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2018). *Tuberculosis*. Quito. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/informe_anual_TB_2018UV.pdf
- Global Tuberculosis Institute. (29 de jul de 2022). *Cómo se transmite la Tuberculosis* [Archivo de Vídeo]. Youtube. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=wCyIU1ujkJO>
- Maza, M., & Bareche, M. (19 de 01 de 2022). Tuberculosis: Fisiopatología, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento, epidemiología, medidas de protección para el personal sanitario y cuidados de enfermería. *Revista Portales Médicos., XVII(108), 2*. Huesca., Aragón., España.: ISSN 1886-8924. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tuberculosis-fisiopatologia-signos-y-sintomas-diagnostico-tratamiento-epidemiologia-medidas-de-proteccion-para-el-personal-sanitario-y-cuidados-de-enfermeria/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. Guía de Práctica Clínica. Segunda Edición*. Quito.: Dirección Nacional de Normatización; https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf.
- Nardell, E. (julio de 2022). *Tuberculosis*. Obtenido de Manual MSD.: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis>
- Navarro, M., Valero, R., Rodríguez, A., Lafuente, M., Pérez, N., & Domínguez., S. (30 de octubre de 2021). *Tuberculosis*. Obtenido de Revista Sanitaria de Investigación.: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tuberculosis/>
- Organizacion Mandial de la Salud. (14 de octubre de 2021). *Tuberculosis*. Obtenido de (OMS).: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Tuberculosis - Datos Generales*. Obtenido de Por qué la tuberculosis representa un problema de salud grave en las Américas.: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12128:datos-generales-tuberculosis&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. (2008 ed., Vols. 1-2-3). Washington, D.C., Washington, Estados Unidos de América.:

Programa de Publicaciones de la OPS. Obtenido de
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Sánchez, C. (2018). *Paciente con Tuberculosis con Tuberculosis Pulmonar Bk Positivo y su Relación con los Cuidados de Enfermería Brindados Durante su Estadía Hospitalaria*. [Tesis Licenciado en Enfermería]: Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27880/2/PACIENTE%20CON%20TUBERCULOSIS%20PULMONAR%20Bk%20POSITIVO%20Y%20SU%20RELACI%C3%93N.pdf>

Tiziani, A. (2018). *Havard's Nursing Guide to Drugs, 10*. Ciudad de México: Editorial El manual Moderno.

Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. La Unión. (2019). *Manejo de Tuberculosis. Una guía de buenas prácticas esenciales. Sèptima Edicion*. 68 boulevard Saint-Michel, 75006 París, Francia: ISBN: 979-10-91287-29-6.

Vidal Vademecum Spain. (2020). *Vadamecum*. Obtenido de Vadamecum:
<https://www.vademecum.es/principios-activos-paracetamol-N02BE01-ec>

Wishart DS, F. Y. (08 de noviembre de 2018). *DrugBank* . Obtenido de DrugBank para 2018.:
<https://go.drugbank.com/drugs/DB00330>

Zainab, A., & Yasser, A. N. (17 de noviembre de 2022.). *Tuberculosis pulmonar primaria*. Obtenido de National Library of Medicine.:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567737/>

Zambrano, K., Peralta, J., Icaza, A., & Suarez, V. (30 de 01 de 2019). La drogadicción como uno de los agentes desencadenantes de la tuberculosis. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias, Vol. 3(1)*, 63-64.