

# III

# RESULTADOS

### 3.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

#### 3.1.1. Historia de enfermería

##### Datos básicos de ingreso:

Nombre T.A.S.      Fecha: 11-01-00      hora: 12:30

Edad:      50 a.      Domicilio: Ave. San Luis y Diego Rivera.

La usuaria refiere que la persona para contactar es una hija de nombre M.A.C. con domicilio en Ave. Baviácora y Monterrey, menciona haber llegado al servicio de urgencias acompañada de su hija en carro particular, deambulando.

La usuaria comenta que acudió al hospital "porque no se le quedaba ni el agua" ya que "todo vomitaba", éste empezó a las 11:00 p.m. y la trasladaron a las 2:00 p.m. de otro día.

El último ingreso al hospital refiere que fue hace siete meses ya que "tenía muchas flemas, tos y se sentía desganzada".

##### Antecedentes personales

**Patológicos:** T.A.S. dice haber tenido "enfermedades comunes" en los niños ya que sufrió sarampión, viruela, gripas, para esto no tomaba nada ya que "solos se curaban" "hasta ahora que se enfermó empezó a tomar medicamentos".

**No patológicos:** Refiere que cuando estaba "chiquita" era muy inquieta y que aunque "no fue a la escuela" (1º de primaria) aprendió muy rápido y que "hasta la fecha es juguetona porque juega con sus nietos".

En cuanto a las inmunizaciones, la usuaria dice que, "no se usaban en aquel entonces" pero desde que se enfermó le han aplicado las tres dosis "del tétano" (una en el Hospital General del Estado y dos en el Instituto Mexicano del Seguro Social.) y la de "la neumonía" hace 2 meses.

**Heredo familiares:**

T.A.S. refiere que en la familia no hay enfermedades "que nada más ella", también hace mención que sus abuelos murieron al igual que su esposo y su papá.

Agrega que su papá murió de "cirrosis hepática" "que eso fue lo que le dijeron los médicos", su esposo murió de un accidente automovilístico hace 4 años a los 48 años de edad.

Su abuelo paterno también se murió de "cirrosis por tomador", su abuela murió de "peritonitis", su otro abuelo materno menciona que "dicen que se murió de artritis" y su abuela materna, agrega que "tampoco sabe bien pero que dicen que se murió del corazón". La usuaria refiere "no acordarse de las edades".

## Patrones de salud

### Patrón de mantenimiento y percepción de la salud

Historia de su salud: La usuaria refiere que nunca había sido enfermiza excepto "cuando le empezó ésta enfermedad" y desde ahí "no pudo estar bien". Refiere bañarse, en tiempo de calor a diario y en tiempo de frío "cada tercer día" pero aunque no se bañe se cambia de ropa "interior al igual que exterior".

Su hábito de lavarse los dientes es de tres veces al día con pasta al igual que el lavado de manos, agrega que éstas "se las lava a cada rato porque maneja mucha agua" al igual que antes de comer y después de ir al baño.

T.A.S. percibe su estado de salud "regular" pero que con "el favor de Dios" se va a poner bien. Refiere que no toma ni fuma "ni nunca lo hizo", agrega que "su vicio es tomar café negro por las mañanas". Menciona no ser alérgica a ninguna clase de medicamentos ni sustancias.

Además dice no asistir al médico regularmente "nada más cuando se siente enferma", al dentista asistió a que le "sacaran tres muelas" hace 3 años y hace un año le sacaron una. Refiere que camina mucho ya que "hace tamales para vender" y levanta pedidos en la semana.

T.A.S. dice que para la tos toma té de manzanilla y para la enfermedad toma "Rifater dos tab." Y ciprofloxacino "la cual no sabe la dosis". T.A.S. refiere que la hospitalizaron por el vómito y la tos y el objetivo

es para que se alivie, en cuanto al tratamiento menciona que "lo sigue al pié de la letra".

#### **Condiciones de la vivienda:**

Refiere que su casa es de ladritec, cuenta con energía eléctrica y cuenta con tres habitaciones "baño, cocina y recámara larga" y porche.

Menciona tener lo "necesario" como estufa, refrigerador, comedorcito, sala, dos camas, televisión, y ropero y un gabinete.

El baño está dentro de la casa y es de "fosa séptica", dice tener su casa limpia ya que "barre, trapea, lava los trastes todos los días".

Agrega que en cuanto a vectores hay "lo común en todas las casas", moscas, "y uno que otro ratón", pero que a éstos les pone "veneno que son unos granitos grises y trae sorgo, trigo y queso, el cual se los come y se mueren; no sabe el nombre de éste". Animales domésticos dice no tener ninguno.

#### **Patrón nutricional metabólico.**

La usuaria refiere que desayuna a las 8:00 a.m. y come a las 2:00 p.m. aproximadamente y "que no cena" porque nunca le da hambre en la noche.

##### Desayuna

Tortilla de maíz (tres)  
Huevo (dos)  
Leche (un vaso)

##### Comida

Caldos (un plato hondo)  
Pollo (un piernil)  
Papas (un plato extendido)  
Arroz (un plato)



Le gusta todo tipo de comidas, solo que los frijoles "la hinchan" y no los come, durante el día toma agua "cuando le da sed y se toma de uno a dos vasos". Refiere que el apetito es "normal" y que le da mucha hambre en el desayuno y la comida pero en la cena "no le da hambre", agrega que no presenta náuseas y vómitos "excepto ayer que no pasaba nada, ni podía tragar tampoco".

T.A.S. refiere no tener ningún problema con la cicatrización, dice "sudar" cuando hace calor y en ocasiones "por las noches". Cuero cabelludo y cabello sin cambios. No refiere dolor abdominal ni agruras "nada más cuando come chorizo". Refiere que las uñas le crecen "como si estuvieran echando abono".

La usuaria agrega que cuando estuvo internada "le pusieron una sonda para orinar" pero que ahora no, ni tampoco siente ninguna molestia.

#### **Patrón eliminación:**

Comenta que evacua una vez al día y hay ocasiones "que se estriñe", ya que cuando está en el hospital no camina, nada más está acostada. Refiere que orina "cuando le dan ganas" (cuatro-cinco veces al día) de olor normal y de color amarillo claro.

#### **Patrón actividad y ejercicio**

T.A.S. refiere que cuando realiza algún quehacer donde hace fuerza como agacharse por ejemplo "le da vueltas el corazón". Sin notar cambios

en la respiración ni en sus venas. En los tiempos libres refiere ver televisión y platica con las vecinas.

### **Patrón sueño descanso**

El horario para dormir de la usuaria es de las 20:00 horas p.m. hasta las 7:00 horas a.m., sin dormir siesta durante el día, también dice que no puede dormir con la luz encendida "ya que está impuesta a dormir a oscuras".

También agrega que durante su estancia en el hospital "duerme mas o menos porque hay mucho movimiento". Cuando no puede dormir dice sentirse "que todo le molesta y bosteza todo el día".

### **Cognitivo - perceptivo**

Ella considera escuchar bien y que no tiene ninguna molestia, refiere ver regular pero sin ningún auxiliar (como lentes), dice que distingue bien los olores y sabores, no refiere ningún problema para recordar, con buena orientación al igual que el lenguaje.

Agrega que el tiempo de calor "le hace más que el frío". Dice que "se le pega más lo que oye que lo que lee", menciona que no tiene problemas para tomar decisiones ya que "ella hace lo que quiere".

### **Auto percepción y concepto de sí mismo**

T.A.S. dice que lo que le preocupa es que cuando salga del hospital "no tiene con que pagar". Ella se describe como alegre, le gusta bailar, ir a fiestas, cantar, reír, bromear, etc.

La usuaria refiere que nunca ha atentado en contra de su vida, dice estar conforme con su aspecto ya que dice "me quiero como soy". En cuanto a cambios si ha habido por la enfermedad físicos ya que ha bajado de peso "pero ya me estoy reponiendo" pero agrega que "ella va a seguir siendo la misma" lo que le ayudaría a sentirse mejor es que le dijeron que está dada de alta para poder irse a su casa.

### **Patrón rol relaciones**

La usuaria refiere hacer "tamales para vender" durante toda la semana "levanta pedidos" y el sábado y domingo los hace y entrega.

Dice tener seis hijos pero que dos viven con ella y una nieta, "los demás están casados".

Masculino de 28 años que trabaja como empleado.

Masculino de 25 años que trabaja en abarrotes.

Femenina de 23 años que es ama de casa.

Femenina de 21 años que es ama de casa.

Femenina de 19 años (madre soltera) que trabaja como empleada en maquiladora.

Femenina de 15 años que es estudiante.



El papel que desempeña es de proveedor al igual que su hija "y así dice sentirse bien".

T.A.S. dice que hay buena comunicación con sus hijos y no tener dificultad con nadie de la familia, ni con los vecinos. Sus expresiones faciales son acorde a lo que está mencionando.

Dice no pertenecer a ningún tipo de grupo pero que "cuando tiene tiempo asiste a misa" con sus vecinas. La usuaria refiere que desde que su esposo murió (hace 4 años) no ha tenido relaciones sexuales.

Dice sentirse satisfecha con el número de hijos procreados, agrega que el examen mamario y cervicouterino "hace mucho que no se los hace" (no recuerda que tanto tiempo).

Refiere haber tenido siete embarazos pero que uno se murió en el vientre de una caída, los otros seis nacieron bien (parto normal). Su primera menstruación no recuerda a los cuántos años fue y la menopausia refiere que fue hace dos años.

T.A.S. refiere haber tenido una sola pareja sexual y no se cuidaba ya que agrega que "en aquellos tiempos ni se usaba eso".

### **Patrón de afrontamiento y tolerancia al estres**

La usuaria refiere que cuando está preocupada le "entra una congoja" y se desespera, también agrega que en ocasiones toma café negro para controlar el estres, también refiere camina o platica con vecinas".

---

## **Patrón valores y creencias**

Refiere ser católica y asistir a Misa “cada vez que puede” es de religión católica y no le hace ningún tipo de restricción. También agrega “tener mucha Fé en Dios ya que es Él que todo lo puede”. Dice que aunque no asista a Misa ello tiene sus Santos en su casa y les reza.

### **3.1.2 Examen físico**

Usuaría de 50 años de edad, sexo femenino, de edad aparente a la cronológica, aliñada con fascies de preocupación, de constitución física delgada, ubicada en su unidad en posición libremente escogida, consciente, coopera y colabora al interrogatorio. Ubicada en tiempo, lugar y espacio (con puntuación de tres) y con memoria para hechos pasados y recientes con puntuación tres.

Signos vitales: Temperatura de 36.5°C., respiración de 21 por minuto, rítmicos y superficial con movimiento respiratorio simétricos, respiración torácica, frecuencia cardíaca de 88 por minuto, las cuales se palpan rítmicas e intensas (en pulso periférico de la arteria radial), Tensión Arterial 110-70 mm/Hg (acostada) (115-70 mm/Hg) sentada las cuales fueron tomadas en miembros superiores en ambos lados sin variar las cifras, con llenado capilar menor tres segundos.

### **Respiratorio / Circulatorio**

Con movimientos simétricos de los hemitorax con expansión torácica, tórax normolineo con simetría de escápulas y clavículas con movimientos

lentos de amplexión y amplexación para ambos lados y buena distensibilidad bilateral.

Campos pulmonares con entrada y salida de aire, presencia de estertores en eje basal derecho, sin presencia de sibilancias del lado izquierdo sin compromiso respiratorio, con respiración diafragmática de 88 por minuto.

Mamas simétricas, flácidas con areola hiperpigmentada y pezón evertido, no presenta dolor a la palpación, ni se tocan masas, con temperatura homogénea. En región precordial se palpan y auscultan pulsaciones de 88 por minuto (en el quinto espacio intercostal línea media clavicolar) rítmicos y de buena intensidad, con red venosa visible en parte superior del tórax, el llenado capilar distal al igual que proximal es menos de tres segundos. Se localiza punción de venoclisis en tercio distal de antebrazo derecho, no se observan datos de alguna alteración en la zona.

Pulsos radial, humeral, pedio, carotideo presentes rítmicos y de buena intensidad, con 88 por minuto de frecuencia. (Tomada ésta frecuencia en todos los pulsos antes mencionados).

#### **Patrón nutricional metabólico**

Usuaría de 54 kg. De peso, talla de 1.60 cms., su color de piel es blanca, textura flácida acorde a la edad y superficie cutánea con temperatura homogénea.

Cuero cabelludo bien hidratado, limpio, no doloroso a la palpación, no se aprecian masas, cabello corto, ondulado bien implantado al igual que su distribución de textura gruesa y color castaño claro con presencia de canas distribuidas uniformemente el cabello. No hay presencia de endostosis, ni exostosis.

Labios proporcionales, simétricos ligeramente resecaos. Piezas dentarias con falta de cuatro molares y presencia de caries en dientes incisivos, encías de color rosa pálido con restos de alimentos en espacios interdentarios, no hay presencia de halitosis, lengua de tamaño adecuado con movimientos voluntarios, en su cara dorsal íntegra, rugosa se precian papilas gustativas.

En su cara ventral se observa el frenillo y vascularización, el paladar duro se observa blanquecino, se observan los surcos transversales, el paladar blando se aprecia de color rosa, úvula íntegra que a la depresión con abate lenguas esta se retrae, amígdalas lisas no hiperémicas, refleja nauseoso presente positivo.

Abdomen plano, blando, depresible con presencia de ligero dolor a la palpación en región de mesogastrio con temperatura homogénea, peristaltismo presente, audible con sonidos de tono alto, no se palpa viscaromegalias ni presencia de ostomias, con reflejo cutáneo abdominal presente.



### **Patrón de eliminación**

Evacuación intestinal de dos veces al día de consistencia dura de color café oscuro fétidas, no existe presencia de dolor al evacuar.

El patrón de eliminación urinaria en 24 horas, con un volumen de 3000 a 3200 ml (hoja de enfermería) de color amarillo claro y de olor característico, sin dolor a la micción, ni presencia de sondas u otros dispositivos. (No se exploró región perianal ni perineal) "negado por el usuario".

### **Patrón cognitivo perceptivo**

**Párpados.** Con bordes paralelos íntegros en ángulo interno de ambos párpados, se palpan conductos lagrimales, permeables a la compresión, libre de secreciones. Pestañas bien implantadas, al igual que distribuidas. En ojo izquierdo hay presencia de pterigión.

Conjuntiva palpebral de color rosa, esclerótica blanca vascularizada, iris de color café oscuro, cristalino transparente, pupilas isocóricas e isométricas con constricción y dilatación en respuesta al estímulo de la luz, así como reflejo consensual positivo.

Su agudeza visual valorada en el ortotipo de snellen fué de 20/40 en ojo izquierdo y de 20/70 en ojo derecho a 6 mts. De distancia.

Oído con pabellones auriculares acorde al tamaño proporcional del cuerpo, no doloroso a la palpación con temperatura homogénea, con élix y antiélix presentes en forma de ese (s); con conducto auditivo interno de

---

color aperlado con presencia de cerumen (en ambos conductos) de color amarillo, obteniendo agudeza auditiva valorada con el tictac del reloj y la prueba de susurro en ambos oídos.

Nariz recta proporcional a la cara, con fosas nasales simétricas, permeables, limpias con presencia de vibrisas, no presenta dolor a la palpación con presencia de reflejo presente (estornuda al estímulo). Olfato intacto (se le acercó alcohol con los ojos cerrados).

Tacto con sensibilidad a lo caliente más que a lo helado (se le acercó un recipiente con agua caliente y un cubito de hielo presentando más reacción a lo caliente), con memoria intacta con puntaje de tres (ya que contestó cuales eran las tres palabras que anteriormente se le habían mencionado, mesa, león y guantes).

### **Patrón de actividad y ejercicio**

Con capacidad total para la movilización en miembros inferiores al igual que en superiores, con marcha estable a la Prueba de Romberg. Miembros superiores con flexión de 180 grados y extensión de 50 grados al igual que abducción y aducción.

No utiliza ningún aparato de apoyo para caminar, en manos tiene fuerza homogénea, pudiendo rechazar las del examinador, se aprecia la actitud de la mano en reposo, observando las articulaciones, con extensión de 10 grados, flexión de 80 grados, con abducción y aducción se examinaron los arcos de movimiento de la muñeca con flexoextensión de 70 grados, abducción 20 grados y aducción 30 grados.

---

En mano izquierda hay ausencia total del dedo anular. En miembros inferiores el tono muscular es regular con ligera disminución del tono del muslo, temperatura homogénea, presencia de reflejos bicipital, rotuliano y aquiliano con respuesta de extensión súbita a la percusión con martillo, flexión de 135 grados y extensión de 0 grados (en articulación de rodilla).

Pies con arco longitudinal y movimientos de aducción de 20' grados y abducción 10 grados, inversión 15 grados, eversión 15 grados, con rotación interna de 45 grados y externa de 50 grados.

### **Patrón sexualidad reproducción**

No se exploró área genital. Mamas flácidas tipo 1 simétricas, no dolorosas a la palpación, sin presencia de masas palpables, con pezón y areolas hiperpigmentadas y en eversión, piel de cola blanco con presencia de vascularización visible. Gestó 7 hijos para = 6, Aborto = 1, Cesárea = 0. Menopausia hace 2 años con ciclos menstruales anteriores de tres - cuatro días de duración.

**3.1.3. RESULTADOS DE ESTUDIOS  
PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO**

**\*BIOMETRÍA HEMÁTICA.**

<b>CIFRA REPORTADA*</b>	<b>PARÁMETRO NORMAL</b>
WBC 19.3 K/VL	4.1 - 10.9 K/VL
LYM 1.7 - 3.9%	0.6 - 4.1 - 10-58.5%
MON 0.7 - 3.8%	0.0 - 1.8 - 0.1 - 24.0%
GRAN 16.8 - 87.3%	2.0 - 7.8 - 37.0 - 92-0%
RBC 4.97 M/VL	4.20 - 6.30 M/VL
HB 13.0 g/DL	12.0 - 18-0 g/DL
HCT 39.7%	37.0 - 51-0%
MCV 80.0 FL	80.0 - 97.0 FL
MCH 26.2 p.g.	26.0 - 32-0 p.g.
PLT 450.0 K/VL	140 - 350 K/VL
MPV 8.1 FL	00 - 99.8 FL

**QUÍMICA SANGUÍNEA**

glu 100 mg/DL	76 - 110 mg/DL
UREA 33	10 - 50
CRATIN 1.22	0.80 - 1.40

**PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO**

t.g.o. 28 v/lit	0 - 37 v/lit
deshidrogenosa L. 329 v/l	240 - 480 v/l
Amilasa 69 v/l	28 - 100 v/l

\*Q.B. Responsable: Eduardo Antúnez Mézquita.



---

## **Patrón de actividad y ejercicio**

EKG: Con ritmo sinusal de 88 por minuto sin datos de lesión e isquemia.

## **Resultados de estudio de imagenología**

- El día tres de Enero se le realizó Rx encontrándose:
  - Radiológicamente encontrándose datos de infiltrado nodular en lóbulo inferior del pulmón derecho.
  
- El día 17 de Enero se le realizó otro Rx encontrándose:
  - Se aprecia imagen de fibrosis anterior derecho por proceso fímico de tuberculosis pulmonar.
  
- El día 2 de Enero se le realizaron 2 muestras de baar:
  - Los días 3 y 4 de Enero se encontraron otras 2 muestras también (+)

El día 17 de enero fue la última muestra que se le tomó reportándose baar negativo.

---

### **3.1.4. Documentación**

T.A.S. femenina de edad aparente a la cronológica (50 años). Su estado civil viuda desde hace cuatro años, el hijo (M.A.C.) es la persona para contactar, domiciliado actualmente al sur de la ciudad que ingresa al Hospital General del Estado el día primero de Enero del 2000 al servicio de infectología con diagnóstico médico de tuberculosis pulmonar para tratamiento médico adecuado.

#### **Inicio y evolución del padecimiento actual y tratamiento recibido.**

Inició en 01 de Enero del 2000 con tos y expectoración verdosa de tres días de evolución, aumentando la tos por las noches, por las mañanas disminuye, acompañándose de febrícula, dolor torácico y disnea por lo que se le diagnosticó tuberculosis pulmonar, se le inicia tratamiento con Rifater dos tab. c/6 hrs. e Isoniacida, Ciprofloxacino 500 mg., Paracetamol 1g. v.o., estancia hospitalaria de diez y ocho días (dándose de alta el día 18-01-00), su tratamiento en casa es Rifater dos tabs. c/6 hrs., saliendo del hospital en buen estado general.

Soluciones parenterales de 1000 ml de sol. Fisiológica alternada con solución mixta a 125 ml por hora. Con signos vitales c/4 hrs. y control de líquidos.

---

## **PATRONES FUNCIONALES DE SALUD**

### **Patrón de mantenimiento y percepción de la salud.**

La usuaria no se percibía como enferma hasta presentar fatiga y fiebre. No acostumbra a revisiones médicas periódicas, solo al enfermarse. Las condiciones sanitarias de la vivienda existe limpieza, pero en cuanto al control de vectores es deficiente ya que se observaron moscas, el área de la vivienda es muy reducida, existe hacinamiento (un cuarto que se usa como dos recámaras siendo dividido por un ropero en el cual conviven cuatro personas).

El techo de la vivienda es de cartón. Usuaria limpia con buena higiene personal, sin consumo de tabaco y alcohol. Por lo anterior este patrón se considera disfuncional.

### **Patrón nutricional metabólico**

T.A.S. pesa 54 kg. Y su talla es de 1.60 cms., con peso no acorde en relación a la talla, actualmente, en el último año, la usuaria ha perdido 11 kg. de peso.

Consume dos comidas diarias, omitiendo la cena, consume principalmente carbohidratos y escasas proteínas animales y no alimentos con fibra, ni frutas y verduras. Durante el día consume escasos líquidos (1400 ml. de agua).

Cavidad oral con adoncia parcial de cuatro molares con presencia de caries en dientes incisivos; abdomen doloroso en región de mesogástrico.

---

La biometría hemática reporta leucocitosis de 19 mil por lo antes mencionado este patrón se considera disfuncional.

### **Patrón de eliminación**

Su patrón de defecación es de dos veces al día, pero se encontró que lleva quince días en el hospital y no realiza ejercicio (ya que la usuaria está impuesta a caminar) por lo que presenta estreñimiento con heces duras, fétidas de color café oscuro.

Con patrón urinario de cinco veces al día con un volumen urinario de 3000 - 3200 ml en 24 hrs., de color amarillo claro y de olor característico. No se observó región perianal ni perineal.

Este patrón se encontró disfuncional relacionado con los antecedentes de consumo insuficiente de fibra (fruta y verduras), ingestión mínima de líquidos y prolongada hospitalización (período de reposo).

### **Patrón actividad y ejercicio**

T.A.S. realiza actividades cotidianas sin presentar signos de fatiga, no requiere apoyo o algún otro auxiliar para la deambulaci3n, nivel de autocuidado alcanzado 0, con llenado capilar (-3 segundos), períodos de reposo en cama prolongados (18 días de hospital) actualmente con 43 días de egreso sin signos de repercusiones, por lo antes mencionado éste patrón se considera actualmente funcional.



---

### **Patrón sueño descanso**

Durante la estancia intrahospitalaria la usuaria presentó sueño interrumpido a intervalos frecuentes, relacionado con la presencia de luz encendida durante la noche “ya que la usuaria no puede dormir con luz”, debido a esto duerme en intervalos de tiempo por esto el patrón se considera en riesgo de disfunción.

### **Patrón cognitivo perceptivo**

Sin alteraciones sensoriales en sentido del oído, tacto y olfato, pero en agudeza visual presenta en ojo izquierdo 20/40 a la valoración y en ojo derecho 20/70 con presencia de pterigión.

Ubicada en tiempo, lugar y espacio (seis puntos), por lo antes mencionado éste patrón se considera disfuncional por el riesgo de lesión por traumatismo, al no presentar buena agudeza visual en ojo derecho.

### **Patrón de auto percepción y concepto de si mismo**

T.A.S. está conforme con ella misma y su familia también, dijo quererse como es y que “con el favor de Dios va a salir adelante”, es alegre dijo que ella va a seguir y no le afecta ser más delgada siendo la misma por lo que este patrón se considera funcional.

### **Patrón rol relaciones**

T.A.S. es viuda, existe más comunicación con un hijo (M.A.C.). Ella es proveedora (vendiendo tamales en compañía de una hija). Existe

---

armonía en casa al igual que los vecinos, teniendo cada uno sus roles (la hija de 15 años es estudiante de secundaria, ésta cuida a su sobrina por las tardes).

Este patrón se estima actualmente en riesgo de disfunción ya que no percibe apoyo económico de sus otros hijos y su ingreso económico se ha alterado (por restricciones médicas necesarias).

### **Patrón sexualidad reproducción**

Usuaría viuda desde hace cuatro años, tiempo en el cual no ha tenido relaciones sexuales, múltipara satisfecha por el número de hijos procreados, dos años de menopausia, ciclos menstruales anteriores normales de tres - cuatro días, el papanicolao y exploración mamaria no se las realiza periódicamente (ya que comentó que hacía un año que no se lo realizaba) niega haber utilizado anticonceptivos o alguna otra protección en las relaciones sexuales (no se exploró área genital). Por lo antes mencionado éste patrón se considera en riesgo de disfunción.

### **Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés**

Cuando la usuaria se preocupa por algún problema o se siente desesperada realiza ejercicio (caminar) o platicar con las vecinas, enfrenta las situaciones. Este patrón se considera funcional.

---

## **Patrón de valores y creencias**

Usuaria de religión católica, asiste a Misa cuando puede, nunca ha pensado quitarse la vida, tiene Fé en Dios ya que “menciona que Él todo lo puede”, cuando no asiste a Misa, reza en su casa. Por lo que este patrón se considera funcional.

## **Fortalezas encontradas**

- Edad (50 años)
- Optimismo y deseos de salir adelante.
- Su Fé en Dios, motivación.
- Su trabajo, ya que esto la hace sentirse útil.
- La familia integrada.
- Grupo de amigos solidarios (vecinas que le ayudan en lo que requiere)

---

### 3.2. Diagnósticos de enfermería

1. Limpieza ineficaz de vías aéreas.

R/C secreciones traqueobronquiales

M/P estertores udibles en eje base derecha y tos con esputo.

2. Riesgo de alteración de la nutrición.

R/C disminución del apetito con omisión de una comida al día (la cena) y pérdida

gradual de peso (11 kg.) en dos meses.

3. Alteración del patrón de sueño

R/C sueño interrumpido por prácticas y/o procedimientos de enfermería y refiere no poder dormir con luz.

4. Estreñimiento

R/C disminución del nivel de actividad (18 días de hospitalización).

M/P heces de consistencia dura 1 vez cada 2 días.

5. Riesgo de traumatismo

R/C disminución de la agudeza visual (20/40) ojo derecho y 20/70 en ojo izquierdo).

---

6. Temor.

R/C la situación económica del hogar por ser la proveedora No. 1

M/P angustia por salida del hospital y expresión verbal de no poder pagar tratamiento y hospital.

7. Alteración de la mucosa oral

R/C higiene ineficaz

M/P presencia de caries en cuatro dientes incisivos (dos superiores y dos inferiores) y halitosis.

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: T.A.S. EDAD: 50 A. SEXO: F FECHA: 13-01-00

CAMA: C-3 SERVICIO: INFECTOLOGÍA DIAGNÓSTICO: TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN Y/O DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza ineficaz de las vías aéreas</li> <li>- R/C secreciones traqueobronquiales</li> <li>- M/P estertores audibles en eje base derecha y tos con esputo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantendrá vías aéreas libre de secreciones dentro de una semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar palmopercusión tres veces por turno por 15 minutos.</li> <li>- Sesiones de tos eficaz: inspiración profunda con labios fruncidos y exhalación súbita de dos a tres veces por turno.</li> <li>- Enseñanza de ejercicios respiratorios (inflar globos, a través del sifón) turno matutino y vespertino por 15 minutos.</li> <li>- Enseñanza a la usuaria a adoptar la posición de fowler durante los ejercicios de tos y expectoración ayudándole con almohadas si es preciso.</li> <li>- Nebulizaciones con 5 cc de solución fisiológica c/4 hrs. por 15 minutos.</li> <li>- Evitar los irritantes ambientales tales como el polvo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermera a cargo.</li> <li>- Pasante de enfermería.</li> <li>- Familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campos pulmonares libres de secreciones limpios.</li> <li>- Expectoración abundante en cada tos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se logró en un 100%, ya que la usuaria a su egreso sus campos pulmonares se escucharon libres de secreciones (a la auscultación).</li> </ul>

**PLAN DE CUIDADOS**  
**NOMBRE: T.A.S. EDAD: 50 A. SEXO: F FECHA: 13-01-00**  
**CAMA: C-3 SERVICIO: INFECTOLOGIA DIAGNÓSTICO: TUBERCULOSIS PULMONAR**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	EJECUCIÓN Y/O DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgo de alteración de la nutrición</li> <li>- R/C. disminución de apetito por omisión de una comida al día (la cena) y pérdida gradual de peso (11Kg) en 2 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantendrá su peso corporal entre 56-60 kg. durante toda su recuperación hospitalaria.</li> <li>- Recuperará su apetito en dos semanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer una dieta diaria que cubra las necesidades nutritivas del usuario y que respete al máximo sus preferencias alimenticias, haciendo una lista de los alimentos que le gustan y sugerirle otros. (ej. Frutas, verduras y cereales).</li> <li>- Medición de peso diario a las 6:30-7:30 A.M. y registro en conjunto.</li> <li>- Explicarle al usuario lo importante de consumir 3 comidas al día en dos sesiones de 20 minutos los días lunes y miércoles.</li> <li>- Recomendar alimentos de bajo costo y alto poder nutritivo, listarlos en un cartel. (ej. Soya por frijol) el día sábado a las 10:00 a.m..</li> <li>- Que el menú esté presentable y antojable para la usuaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermera a cargo</li> <li>- Familiares</li> <li>- Pasante de enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso corporal de 56 kg. para su talla es de 1.60 mts.</li> <li>- Ingiere las fracciones calculadas en cuartos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se logró en un 70% ya que recobró su apetito pero el peso no se logró mantener acorde a su talla ya que para 54 kg. y mide 1.60 mts.</li> </ul>

**PLAN DE CUIDADOS**

**NOMBRE: T.A.S. EDAD: 50 A. SEXO: F FECHA: 13-01-00**

**CAMA: C-3 SERVICIO: INFECTOLOGÍA DIAGNÓSTICO: TUBERCULOSIS PULMONAR**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN Y/O DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Platificar con la usuaria para saber si hay algún problema de tipo emocional que le esté causando la disminución del apetito y así buscar juntas una solución, el día lunes a las 3:30 (ya que es hora de visita y así estar en conjunto con los familiares)</li> <li>- Recomendar ingestas divididas en cuartos o quintos durante el día</li> </ul>			



**PLAN DE CUIDADOS**

**NOMBRE: T.A.S. EDAD: 50 A. SEXO: F FECHA: 13-01-00**

**CAMA: C-3 SERVICIO: INFECTOLOGÍA DIAGNÓSTICO: TUBERCULOSIS PULMONAR**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN Y/O DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración del patrón de sueño</li> <li>- R/C. sueño interrumpido por prácticas o procedimientos de enfermería y refiere no poder dormir con luz encendida.</li> <li>- M/P. Sentirse molesta y bostezar todo el día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuperará su patrón de sueño en 48 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer y respetar un horario para dormir, ir de 21:00-22:00 hrs. a tomar signos vitales.</li> <li>- Apagar foco de cabecera y correr la cortina para fomentar un ambiente terapéutico.</li> <li>- Orientación el día Martes sobre: evitar toda actividad vigorosa antes de acostarse.</li> <li>- Orientación sobre que no debe consumir té o café después de las 19 hrs.</li> <li>- Evitar en lo posible todo procedimiento innecesario que pueda despertar a la usuaria.</li> <li>- Masajes en dorso y región supraclavicular todas las tardes a las 20 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermera a cargo.</li> <li>- Pasante de enfermería.</li> <li>- Familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duerme de 6 a 8 horas nocturna ininterrumpidamente.</li> <li>- Expresión verbal de descansada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se logró al 100% ya que la usuaria logró dormir de 6 a 8 horas.</li> </ul>

**PLAN DE CUIDADOS**

**NOMBRE: T.A.S. EDAD: 50 A. SEXO: F FECHA: 13-01-00**

**CAMA: C-3 SERVICIO: INFECTOLOGÍA DIAGNÓSTICO: TUBERCULOSIS PULMONAR**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN Y/O DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
		- Ingestión de líquidos con horario: Mañana = 600 Tarde = 600 Noche = 400 (antes de las 20 hrs.) - Proporciona un laxante suave (Ej. Agarol 10 ml c/12 hrs.)			

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: T.A.S. EDAD: 50 A. SEXO: F FECHA: 13-01-00

CAMA: C-3 SERVICIO: INFECTOLOGÍA DIAGNÓSTICO: TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN Y/O DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Riesgo de traumatismo relacionado con disminución de la agudeza visual (20/40 O.D. y 20/70 O.I.) y distribución inadecuada de mobiliario en espacios reducidos en hogar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No presentará signos ni síntomas de lesión traumática durante su estancia hospitalaria ni en el hogar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar a identificar la presencia de riesgos personales y ambientales específicos listados en charla de 15 minutos.</li> <li>Determinar conjuntamente los cambios necesarios para adaptar el entorno a las necesidades existentes en una lista de cotejo el día domingo.</li> <li>Evitar exceso de muebles que dificulten el paso en el hogar.</li> <li>Canalizarla con el oftalmólogo para dar una solución al problema para el día 25 de Enero.</li> <li>Enseñanza con demostración de reubicación de muebles en el hogar el día sábado 23 de Enero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermera a cargo</li> <li>Familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Piel y estructuras corporales íntegras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se logró al 100% ya que no presentó ninguna lesión por traumatismo y acudió al oftalmólogo.</li> </ul>

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: T.A.S. EDAD: 50 A. SEXO: F FECHA: 13-01-00

CAMA: C-3 SERVICIO: INFECTOLOGÍA DIAGNÓSTICO: TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN Y/O DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor</li> <li>- R/C. La situación económica del hogar por ser la proveedora núm. 1.</li> <li>- M/P. Angustia por salida del hospital y expresión verbal de no poder pagar el tratamiento y hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuperará la tranquilidad e identificará los recursos con que cuenta para afrontar su temor en una semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canalizar a la usuaria con trabajo social y gestionar el día de su egreso hospitalario la posibilidad de convenio o extensión del pago.</li> <li>- Permitir realizar sus prácticas religiosas proporcionando un rosario y cerrar cortina una o dos veces al día.</li> <li>- Proporcionar alguna revista o literatura de su agrado una o dos horas al día.</li> <li>- Conversar con ella y buscar posibles soluciones en charlas de 20 a 30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermera a cargo.</li> <li>- Familiar.</li> <li>- Pasante de enfermería.</li> <li>- Trabajadora Social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facies de relajación e identificación verbal de cinco recursos con que cuenta para afrontar su temor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se logró en un 100% ya que la usuaria recuperó su tranquilidad al saber que se le pago en el hospital.</li> </ul>

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: T.A.S. EDAD: 50 A. SEXO: F FECHA: 13-01-00

CAMA: C-3 SERVICIO: INFECTOLOGÍA DIAGNÓSTICO: TUBERCULOSIS PULMONAR

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO PARA EL USUARIO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN Y/O DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración de la mucosa oral.</li> <li>- R/C Higiene bucal enefectiva.</li> <li>- M/P Presencia de caries en cuatro dientes incisivos (dos superiores y dos inferiores) y halitosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantendrá higiene bucal adecuada en todo momento.</li> <li>- Reconocerá la importancia de las medidas higiénicas para el cuidado bucodentario en tres días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñanza del cepillado correcto de dientes de dos sesiones de 30 minutos, los días jueves y viernes.</li> <li>- Cepillado de dientes durante 3 minutos después de cada comida y antes de acostarse.</li> <li>- Pasar seda dentaria cada 24-48 horas con demostración de 10 minutos.</li> <li>- Enseñanza sobre otros auxiliares en la higiene dental en caso de que la usuaria no tenga pasta: Bicarbonato de sodio 2 x 24 hrs..</li> <li>- Canalizar a la usuaria a una interconsulta con el dentista.</li> <li>- Aconsejar el uso de cepillos de diente de nylon con cerdas que no sean excesivamente duras ni blandas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermera a cargo.</li> <li>- Pasante de enfermería.</li> <li>- Familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recupera su higiene bucal.</li> <li>- Demuestra un correcto cepillado de dientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se logró en un 70% ya que la usuaria mostró un buen cepillado dental, al igual que higiene, pero la caries seguía presente.</li> </ul>