



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2018-19

TRABALLO FIN DE GRAO

Tratamiento directamente observado en una mujer con tuberculosis pulmonar: a propósito de un caso

Andrea García Domínguez

Titora: Herminia Ramil Pernas

Cotitora: Rosa Pita Vizoso

Xuño 2019

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA



ÍNDICE

1. ÍNDICE DE ABREVIATURAS	2
2. RESUMEN	3
3. INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	6
4. DESARROLLO	15
a. <u>Descripción del caso</u>	16
b. <u>Valoración por patrones funcionales de M. Gordon:</u>	17
1. Patrón percepción/control y manejo de la salud	17
2. Patrón nutricional/metabólico	19
3. Patrón eliminación	19
4. Patrón actividad-ejercicio	20
5. Patrón sueño-descanso	20
6. Patrón cognitivo-perceptivo	20
7. Patrón autopercepción-autoconcepto	21
8. Patrón rol-relaciones	21
9. Patrón sexualidad-reproducción	21
10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés	22
11. Patrón valores-creencias	22
c. <u>Desarrollo del plan de cuidados</u>	22
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	39
6. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES	42
7. AGRADECIMIENTOS	42
8. BIBLIOGRAFÍA	43



1. INDICE DE ABREVIATURAS

PAE	Proceso de Atención de Enfermería
TB	Tuberculosis
AP	Atención primaria
BOE	Boletín Oficial del Estado
AEC	Asociación de Enfermería Comunitaria
LTBI	Infección de tuberculosis latente
OMS	Organización Mundial de la Salud
BCG	Vacuna de Bacillus Calmette-Guerin
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
TDO	Tratamiento directamente observado
UTB	Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis
PAC	Punto de Atención Continuada
VHC	Virus de la hepatitis C
TAR	Tratamiento antirretroviral
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
DdE	Diagnóstico de Enfermería
CP	Complicación potencial
R/C	Relacionado con
M/P	Manifestado por



2. RESUMEN

Introducción: La tuberculosis pulmonar es un enfermedad infecciosa que supone un gran problema de salud pública. En situaciones de incumplimiento terapéutico, enfermería coopera asegurando un adecuado cumplimiento que facilite la curación de la enfermedad para evitar los contagios y la creación de resistencias; especialmente en grupos de población con determinados factores psicosociales y mayor riesgo de incumplimiento.

Objetivos: **1.** Establecer un plan de cuidados en una mujer con tuberculosis pulmonar incluida en una terapia de tratamiento directamente observado utilizando las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC. **2.** Evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas y la consecución de los objetivos marcados. **3.** Comparar las intervenciones y resultados planificados con la bibliografía encontrada para casos clínicos semejantes.

Desarrollo: Se llevó a cabo un plan de cuidados en el que se identificaron los diagnósticos de enfermería *Incumplimiento* y *Gestión ineficaz de la salud*. Se consideró que trabajando estos dos diagnósticos se podía actuar indirectamente sobre otros también presentados. Se establecieron como complicaciones potenciales *Hemoptisis*, *Resistencia a fármacos* y *Toxicidad por medicamentos*.

Discusión y conclusiones: Las intervenciones seleccionadas han sido efectivas. Se ha conseguido mejorar las puntuaciones en el diagnóstico *Incumplimiento* a pesar de seguir incluida en una terapia de tratamiento directamente observado hasta completar el tratamiento. Se ha apreciado una leve mejoría en los indicadores de *Gestión ineficaz de la salud*, sin llegar a resolverse. Los planes de cuidados, las intervenciones y los resultados establecidos en la bibliografía consultada se ajustaron poco a este caso clínico.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, factores psicosociales, vulnerabilidad, incumplimiento terapéutico, tratamiento directamente observado.



RESUMO

Introdución: A tuberculose pulmonar é unha enfermidade infecciosa que supón un gran problema de saúde pública. En situacións de incumprimento terapéutico, a enfermaría colabora asegurando o adecuado cumprimento que facilita a cura da enfermidade para previr a infección e a creación de resistencias; especialmente en grupos de poboación con certos factores psicosociais e maior risco de incumprimento.

Obxectivos: **1.** Establecer un plan de coidados para unha muller con tuberculose pulmonar incluída nunha terapia de tratamento directamente observada utilizando as taxonomías NANDA-I, NOC e NIC. **2.** Avaliar a eficacia das intervencións realizadas e a consecución dos obxectivos marcados. **3.** Comparar as intervencións e resultados planificados coa bibliografía atopada para casos clínicos similares.

Desenvolvemento: Realizouse un plan de coidados no que se identificaron os diagnósticos de enfermaría *Incumprimento* e *Xestión ineficaz da saúde*. Considerouse que ao traballar estes dous diagnósticos, poderíase actuar de forma indirecta sobre outros tamén presentados. Establecéronse como posibles complicacións *Hemoptise*, *Resistencia a fármacos* e *Toxicidade por fármacos*.

Discusión e conclusións: As intervencións seleccionadas foron eficaces. Foi posible mellorar as puntuacións no diagnóstico de *Incumprimento* a pesar de seguir sendo incluída nunha terapia de tratamento directamente observado ata que se complete o tratamento. Houbo unha lixeira mellora nos indicadores de *Xestión ineficaz da saúde*, sen resolverse. Os plans de coidados, as intervencións e os resultados establecidos na bibliografía consultada foron pouco axeitados para este caso clínico.

Palabras chave: tuberculose pulmonar, factores psicosociais, vulnerabilidade, incumprimento terapéutico, tratamento directamente observado.



ABSTRACT

Introduction: Pulmonary tuberculosis is an infectious disease that implies a major public health problem. Nursing cooperates to ensure a correct compliance that allows the cure of the disease in order to avoid contagions and the develop of resistances in situations of therapeutic non-compliance; especially in population groups with certain psychosocial factors and a greater risk of non-compliance.

Objectives: **1.** To establish a care plan for a woman with pulmonary tuberculosis included in a directly observed treatment therapy using NANDA-I, NOC and NIC taxonomies. **2.** To evaluate the effectiveness of the interventions carried out and the achievement of the objectives set. **3.** To compare planned interventions and results with the found bibliography for similar clinical cases.

Development: A care plan was carried out. The *Non-compliance* and *Ineffective health management* nursing diagnosis were identified. It was considered that through these two diagnosis, we could indirectly make changes on others diagnosis also presented. *Hemoptysis*, *Drug Resistance* and *Drug Toxicity* were established as potential complications.

Discussion and conclusions: The selected interventions have been effective. It has been possible to improve the scores in the *Non-compliance* diagnosis in spite of the woman's need of being included in a directly observed therapy treatment until the treatment is completed. There has been a slight improvement in the indicators of *Ineffective health management* diagnosis but it's not resolved yet. The care plans, the interventions and the results found in the consulted bibliography didn't adjust very well to this clinical case.

Keywords: pulmonary tuberculosis, psychosocial factors, vulnerability, therapeutic noncompliance, directly observed treatment.



3. INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

Para la realización del trabajo de Fin de Grado he seleccionado un caso clínico con el que desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y sus correspondientes etapas basándome en el uso de las taxonomías enfermeras estandarizadas NANDA, NOC y NIC. Este estudio de caso trata de una mujer con tuberculosis (TB) pulmonar como principal diagnóstico médico así como otros factores biológicos y psicosociales que la convierte en una persona vulnerable de cara a una adecuada gestión de su salud. Tras un periodo de prácticas en un centro de salud de Atención Primaria (AP) he tenido la oportunidad de estar en contacto con este tipo de personas y comprobar el trabajo colaborativo entre los distintos profesionales sanitarios y no sanitarios que puede ser necesario en determinados casos al tratarse de una patología que no solo concierne la salud individual del paciente sino también la salud pública. Este motivo sumado al importante papel que la enfermera tiene en casos como este, han hecho que decidiese desarrollar y profundizar más en el.

La enfermería como la conocemos hoy en día es el resultado de una constante evolución a lo largo de la historia. En 1978 se celebró la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, donde se consideró la promoción de la salud de la comunidad una de las principales acciones a llevar a cabo para mejorar el nivel de salud de las personas.^{1, 2} En nuestro país no fue hasta 1984, con la publicación del Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud,³ empezando a configurar así la Sanidad como la conocemos en la actualidad. Más tarde con La Ley General de Sanidad de 1986⁴, los profesionales enfermeros y sus servicios empezaron a centrarse en la comunidad, dando lugar a la enfermera de Atención Primaria.¹

La figura de la enfermera comunitaria, conocidas también como enfermeras de salud pública o visitadoras ya desde el siglo XIX, surge de manera oficial en 2010 cuando el Boletín Oficial del Estado (BOE) publica la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.⁵

Martínez Riera, presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), ya había definido anteriormente a la enfermera comunitaria como “la que con sus conocimientos científicos, habilidades y actitudes es capaz de detectar necesidades de la población, ofreciendo cuidados en promoción, prevención, y rehabilitación directa sobre la comunidad, en instituciones, asociaciones y domicilios, de forma programada desde la participación comunitaria y el trabajo en equipo con una estrategia común, utilizando todos los recursos institucionales y de la comunidad”;¹ definición que corrobora el Ministerio de Sanidad y Política Social al establecer que la misión de estos sanitarios es “la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y en su contexto socio-cultural”.⁵

Al hablar de enfermería comunitaria es inevitable no hablar de salud pública, un aspecto que ha condicionado el desarrollo de este caso clínico. La TB es una patología infecciosa de notificación obligatoria que pone en alerta a los agentes de salud y otros profesionales implicados cuando se diagnostica un caso, especialmente si se detecta incumplimiento debido al riesgo de contagio y el desarrollo de resistencias que conlleva. Cuando esto ocurre, contamos con el respaldo de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la

autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.⁶

Durante el desarrollo de este trabajo surgió la duda de dónde se encuentra el límite de la autonomía personal entre la salud individual y la salud pública cuando hablamos de enfermedades contagiosas. Esta Ley antepone el bien común a la libertad individual. Nuestra paciente requirió ingreso hospitalario por orden judicial debido al incumplimiento del plan terapéutico y las medidas de aislamiento. Independientemente de la voluntad y decisión de la paciente, la Ley recoge en el artículo 9.2 que “los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley (...)”⁶

Una enfermedad tan antigua como relevante en la salud de la comunidad es la tuberculosis. La TB pulmonar es una patología infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite por la vía aérea cuando una persona afectada habla, tose, ríe... expectorando los bacilos al aire y facilitando que estos sean inhalados y depositados en la vía aérea, principalmente en los pulmones, de las personas de su alrededor.^{7, 8, 9} También puede transmitirse y diseminarse a otras partes del cuerpo a través de la vía sanguínea, especialmente en personal sanitario, siendo esto más infrecuente.⁸

Da lugar a una sintomatología respiratoria de más de 2-3 semanas de duración que incluye: tos intensa, dolor torácico, hemoptisis, debilidad o fatiga, pérdida de peso, falta de apetito, escalofríos, fiebre y sudores nocturnos.^{7, 8, 9} La presencia o

no de este cuadro clínico nos permite diferenciar entre la infección de tuberculosis latente (LTBI) y la enfermedad de tuberculosis; ya que la bacteria no afecta por igual a todas las personas que la presentan.^{8, 9, 10}

Tabla 1. Diferencias entre la infección de tuberculosis latente y la enfermedad de tuberculosis.

INFECCIÓN DE TB LATENTE	ENFERMEDAD DE TB
<ul style="list-style-type: none"> Las bacterias permanecen inactivas y el sistema inmunitario puede combatirlas y evitar su replicación. 	<ul style="list-style-type: none"> Las bacterias se activan y dividen y el sistema inmunitario no puede combatirlas.
<ul style="list-style-type: none"> No se presenta la enfermedad ni se puede transmitir. 	<ul style="list-style-type: none"> Sí se presenta la enfermedad y se puede transmitir.
<ul style="list-style-type: none"> No se presentan síntomas ni malestar. 	<ul style="list-style-type: none"> Sí aparecen síntomas y malestar.
<ul style="list-style-type: none"> La prueba cutánea de la tuberculina (Mantoux) y la de sangre revelan infección por tuberculosis. 	
<ul style="list-style-type: none"> Radiografía de tórax: normal y frotis de esputo: negativo 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografía de tórax: anormal o frotis de esputo: positivo
<ul style="list-style-type: none"> Puede evolucionar a enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Puede ser mortal si no se trata.

Se trata de una patología curable y prevenible pero debemos tener en cuenta que tan solo una persona con TB puede infectar por contacto directo a 10-15 personas/año, de las cuales entre un 5 y 15% podrán desarrollar posteriormente la enfermedad.⁸ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la novena causa de mortalidad y la primera si hablamos de enfermedades infecciosas exclusivamente.⁷ El *Informe da Tuberculose en Galicia* revela una tasa de incidencia de 19,5 casos/100.000 habitantes con 527 casos nuevos en 2017,¹¹ un dato que todavía se aleja mucho del objetivo del *Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose* de reducir la incidencia de TB pulmonar a 10 casos/100.000 habitantes para 2020.¹²

Otro de los objetivos del *Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose* es reducir el retraso diagnóstico. El tiempo que los pacientes tardan en acudir a la consulta cuando aparecen los primeros signos y síntomas es el principal motivo de este atraso. Atención Primaria juega un papel fundamental en este aspecto porque solo deteniendo la cadena epidemiológica lo más precozmente posible se puede controlar la transmisión de la infección tuberculosa y evitar el desarrollo de la enfermedad.¹²

Para establecer el diagnóstico médico, la valoración del paciente debe incluir:

- Antecedentes personales/familiares^{9, 14}

- Exploración física^{9, 14}

- Pruebas diagnósticas:

- Prueba cutánea de la tuberculina (Mantoux): consiste en la inyección intradérmica de un líquido llamado tuberculina PPD en la cara anterior del antebrazo que provoca una reacción sistémica si el resultado es positivo. Al cabo de 48-72 horas se examina y mide la reacción producida en la zona. Son necesarias otras pruebas complementarias para aclarar si se trata de la infección latente o de la enfermedad.^{10, 11, 15}
- Radiografía de tórax: no permite establecer un diagnóstico definitivo pero sí descartar la posibilidad de enfermedad ante un resultado positivo en la prueba de Mantoux en ausencia de signos y síntomas.^{10, 14}
- Pruebas de laboratorio:
 - Análisis de sangre: se extrae una muestra sanguínea que se analiza para detectar la liberación del interferón gamma por los linfocitos-T en respuesta a la presencia de determinados antígenos de *Mycobacterium tuberculosis*.^{10, 15}

- Frotis de esputo y cultivo: la observación microscópica de bacilos en las muestras de esputo es característica de un caso de TB, pero será necesario realizar un cultivo de las muestras y obtener un resultado positivo para confirmar de manera definitiva el diagnóstico.^{10, 14}

Junto a un diagnóstico preciso y precoz, un tratamiento adecuado de la TB son elementos claves para cumplir los objetivos de las estrategias de Salud Pública del Sistema Sanitario Español: eliminar la bacteria, evitar su propagación y la aparición de resistencias. Los fármacos indicados en esta patología son la isoniacida, la rifampicina, la pirazinamida y el etambutol. La estreptomycinina fue el primer fármaco antituberculoso usado pero la aparición de otros más eficaces ha reducido su uso.^{10, 16} Sus principales efectos adversos incluyen: intolerancia digestiva, toxicidad hepática y cutánea. La rifampicina puede provocar también una coloración anaranjada de los fluidos corporales (orina, heces, lágrimas, saliva o sudor).^{10, 16} A lo largo de muchos años se han llevado a cabo estudios con estos antibióticos estableciendo distintas pautas de tratamiento convencionales. La duración mínima es de 6 meses.¹⁰ La pauta con mayor eficacia demostrada y más recomendada en España consiste en seguir los 2 primeros meses el esquema RHZE (R: rifampicina, H: isoniacida, Z: piracinamida, E: etambutol) y los 4 meses restantes el esquema RH.^{10, 16} Aunque las pautas, duración o tipo de fármacos pueden variar mucho; alargándose hasta los 9 o incluso 12 meses para ajustarse a cada contexto concreto.¹⁰

La vacuna de *Vacillus Calmette-Guerin* (BCG) frente a la TB empezó a usarse en España en 1924 y en 1965 se desarrolló el Plan Nacional de Erradicación de la Tuberculosis que incluía entre otras acciones la vacunación sistemática de

determinados grupos. En la actualidad, la OMS recomienda la administración de la vacuna en países con alta prevalencia de TB.¹⁶ En España, al tratarse de un país con tasas bajas, las estrategias de prevención y control están orientadas a la detección precoz de los casos y contagios y no se recomienda la vacunación sistemática de BCG.¹⁰

Una vez instaurado el tratamiento farmacológico, asegurarnos del correcto cumplimiento del mismo debe ser el siguiente paso. Nuestra atención debe centrarse en aquellas personas más vulnerables que pertenezcan a grupos de riesgo o presenten factores asociados al abandono del tratamiento:^{10, 12, 17, 18}

Tabla 2: Factores asociados al incumplimiento o abandono del tratamiento.

Relacionados con el paciente o su estatus socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo masculino - Edad pediátrica - Bajo nivel de ingresos - Bajo nivel educativo - Hacinamiento - Inadecuado acceso a recursos básicos (vivienda, higiene) - Alcoholismo y drogadicción - Indigentes - Presos - Inmigrantes
Relacionados con la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento - Comorbilidades (trastorno psiquiátrico, hepatopatías, desnutrición) - Sistema inmunitario debilitado (coinfección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH))
Relacionados con el régimen terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> - Número de fármacos elevado - Frecuencia de administración - Duración prolongada - Presencia de efectos adversos - Necesidad de retratamiento - Desarrollo de resistencias a los medicamentos
Relacionados con el equipo asistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Relación profesional - paciente - Confianza, continuidad, accesibilidad y confidencialidad.

Una de las principales estrategias de control de la TB recomendada por la OMS es lo que se conoce como tratamiento directamente observado (TDO). Los tratamientos antituberculosos son de larga duración, implican varios fármacos y no pueden hacerse interrupciones; lo que dificulta enormemente su correcto cumplimiento.¹⁰ Las personas que cumplan los factores anteriormente reflejados van a presentar un alto riesgo de incumplimiento terapéutico y por lo tanto van a ser grandes candidatos a la instauración de un TDO en AP.^{10, 12, 16, 17, 18} La enfermera comunitaria va a jugar un papel esencial en su desarrollo demostrando así uno de los valores que deben regir la práctica de estos profesionales y que el BOE refleja como “un especial compromiso con los sectores sociales más desfavorecidos por razones de clase social, género, etnia, edad, discapacidad, enfermedad, etc. con el objetivo de mantener un principio de equidad en el acceso a sus cuidados.”⁵

El TDO consiste en la observación diaria de la toma de la medicación por un profesional sanitario, asegurándose de un adecuado cumplimiento que facilite la curación de la enfermedad y evite los contagios y la creación de resistencias. Va a implicar el contacto continuo de el/la trabajador/a social, el personal médico y la enfermera del centro de salud y de la Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis (UTB), así como con el personal sanitario del Punto de Atención Continuada (PAC) para que continúe la supervisión de ese paciente en días no laborales y siempre dejando toda la información y datos relevantes registrados pertinentemente (como sería en el caso de que no acuda).¹⁰

Sin embargo, la actividad enfermera no sólo es relevante en el seguimiento del TDO sino también en la consecución de los objetivos establecidos por el *Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose*. Se trata de una



herramienta que permite evaluar la situación y evolución de la TB en Galicia así como la particularidad de los casos y los posibles puntos en los que incidir para lograr los objetivos marcados. El actual programa es una revisión del programa gallego de 2012-2015. Refleja los múltiples logros conseguidos con respecto a años anteriores y establece nuevas estrategias e indicadores para conseguir la eliminación de la enfermedad. Disminuir la incidencia y el retraso en el diagnóstico, mejorar el manejo de los casos, su tratamiento y potenciar los estudios de contacto en grupos vulnerables serían las líneas de actuación marcadas en la última revisión.¹²

Teniendo en cuenta no solo el interés de un buen pronóstico a nivel individual sino también a nivel de la salud comunitaria, así como el especial compromiso de la enfermería con los sectores sociales más desfavorecidos; nos pareció importante realizar la planificación de cuidados de una persona en situación de vulnerabilidad que nos permitiese a través de su especificidad visibilizar, “medir y documentar los resultados influenciados por los cuidados enfermeros”¹⁹ en este tipo de situaciones.

Como he reflejado previamente, mi interés a lo largo de este trabajo es profundizar en el conocimiento de la atención a personas con TB pulmonar incluidas en un TDO. Los objetivos que he establecido son:

- Establecer un plan de cuidados en un paciente con tuberculosis pulmonar incluida en una terapia de tratamiento directamente observado utilizando las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas y la consecución de los objetivos marcados.



→ Comparar las intervenciones y resultados planificados con la bibliografía encontrada para casos clínicos semejantes.

4. DESARROLLO

El caso clínico presentado en este trabajo refleja la atención de enfermería prestada a una mujer en un centro de salud durante 3 meses.

Para la realización de este trabajo he llevado a cabo un proceso de documentación consultando libros de texto, páginas web y artículos científicos. También he accedido a la Intranet del SERGAS para reunir información sobre el Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Así mismo, para el desarrollo del plan de cuidados he realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos de ciencias de la salud con la finalidad de encontrar planes de cuidados en casos clínicos de TB pulmonar y valorar si los diagnósticos de enfermería, los resultados NOC y las intervenciones NIC establecidos en estos aportaban información a tener en cuenta en mi caso. Las bases de datos consultadas han sido: Dialnet, PubMed, Lilacs y Cuiden. De los artículos consultados, finalmente se seleccionaron 8. Algunos de ellos pertenecen a ámbitos de la psicología o farmacología debido a la escasa documentación relacionada con enfermería. Además he planteado los diagnósticos, objetivos y actividades del caso basándome en lo establecido en las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC.

La elección de la mujer se debió, como mencionamos anteriormente, a su situación de salud y a las características culturales y sociales que presentaba.

Se realizou a planificación e avaliación durante tres meses. Se trata de una mujer que presenta unos factores asociados frecuentemente a la TB. Además, el hecho de estar incluída en un régimen ambulatorio de TDO facilitó la realización de valoraciones continuas así la obtención del consentimiento informado y su colaboración tras ganar confianza con el contacto diario.

a. Descripción del caso

La mujer acude diariamente a la consulta de enfermería de AP para la toma del tratamiento directamente observado. Se consideró necesario incluirla en un régimen TDO tras ser diagnosticada de TB pulmonar y observar un comportamiento de riesgo para la salud pública (fuga del hospital con abandono del tratamiento). Tras la fuga acude de nuevo al hospital por continuación de la sintomatología, pactando con ella el TDO al alta.

Presenta infección VHC y VIH, TB pulmonar bacilífera antes de iniciar TDO y desarrolla con frecuencia candidiasis oral y esofágica y anemia por inmunosupresión severa. No presenta alergias medicamentosas conocidas.

Siempre ha presentando mal cumplimiento terapéutico. Abandonó el seguimiento y tratamiento de la infección por VHC y VIH. Actualmente la infección por VHC se ha vuelto crónica y no toma tratamiento antirretroviral (TAR).

A seguimiento en su centro de salud desde la instauración del TDO. Se realiza controles mensualmente que implican la coordinación de su médico y enfermera de AP con el equipo de profesionales de la UTB y de la Unidad de Infecciosos.

b. Valoración por patrones funcionales de M. Gordon

Debido a la especificidad del caso se ha decidido no describir algunos datos de manera minuciosa y asegurar así la máxima confidencialidad.

1. Patrón percepción/control y manejo de la salud (patrón disfuncional)

- Mujer de etnia gitana de menos de 40 años con diagnóstico de TB pulmonar bacilífera desde 2018 y a seguimiento del tratamiento mediante terapia de observación directa (TDO) en su centro de salud.
- Infección crónica por VHC de 17 años de evolución para la que no recibió tratamiento por abandono de consultas. Infección por VIH con inmunosupresión grave desde hace 16 años, abandonando por completo el TAR desde 2016. En la actualidad no toma lo para evitar una disminución del efecto de los antibióticos antituberculosos.
- Desarrolla candidiasis oral y esofágica frecuentemente.
- Diagnosticada de anemia con frecuencia, que en una ocasión requirió ingreso hospitalario para su resolución.
- No presenta intolerancias alimentarias o alergias medicamentosas conocidas.
- Hábitos tóxicos: fumadora de 15 cigarrillos/día y adicción a drogas por vía parenteral con consumo activo en el momento. Dependencia a hipnóticos y sedantes.
- Estado vacunal incorrecto. No tiene administradas las vacunas de la gripe y la neumocócica conjugada.
- Ha tenido 3 ingresos hospitalarios desde el diagnóstico de TB pulmonar, todos ellos relacionados con la tuberculosis. Uno de ellos fue por orden de internamiento hospitalario obligatorio al incumplir el TDO.
- Acude diariamente al centro de salud para TDO.

- Acude cada mes a la consulta de Infecciosos aportando analítica sanguínea para control hepático y 3 muestras de esputo. Se realiza también radiografía de tórax periódicamente.
- Vive en una vivienda social que reúne las condiciones de habitabilidad. Manifiesta algunas dificultades económicas para el mantenimiento de gas.
- Conocimientos escasos sobre su situación clínica y la importancia de seguir adecuadamente el tratamiento. No muestra interés. Como mecanismo de motivación para su colaboración se ofrece ayuda para el pago de facturas a cambio de su compromiso para acudir al centro de salud y tomar la medicación diariamente.
- Tratamiento farmacológico prescrito:

Tabla 3: Tratamiento farmacológico.

NOMBRE COMERCIAL	PRINCIPIO ACTIVO	FORMA / VÍA	POSOLOGÍA
Escitalopram Sandoz 15 mg	Escitalopram	Comprimido / Oral	1 cada 24 horas
Alprazolam 0,5 mg	Alprazolam	Comprimido / Oral	2 cada 24 horas (1-0-1)
Tranxilium 50 mg	Clorazepato de dipotasio	Comprimido / Oral	1 cada 12 horas
Benadon 300 mg	Piridoxina (Vit. B6)	Comprimido / Oral	1 cada 48 horas (L-M-V)
Acfol 5 mg	Ácido fólico (Vit. B9)	Comprimido / Oral	1 cada 24 horas
Mycostatin 100.000 UI/mL	Nistatina	Suspensión / Oral	5 ml cada 6 horas
Rifinah 300/150 mg	Rifampicina e Isoniazida	Comprimido / Oral	2 / 30' antes del desayuno
Deprax 100 mg	Trazodona	Comprimido / Oral	Si no duerme



En el centro de salud se le administra solo Benadon, Acfol y Rifinah. Según observaciones, la mujer no toma el resto del tratamiento de manera habitual. Por comentarios de la paciente, alguna vez vende los ansiolíticos para conseguir dinero.

2. Patrón nutricional/metabólico (patrón disfuncional)

- Parámetros antropométricos:

Peso: 40 kg Talla: 163 cm IMC: 15

- Desnutrición calórica con delgadez grave. Ganancia de 3 kg en los últimos 2 meses a tratamiento. Aceptable estado general.
- Dieta proporcionada por la cocina económica. Ingesta variable dependiente de sus gustos. Poco apetito. No toma suplementos nutricionales.
- En ocasiones refiere dolor abdominal, pero se palpa abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. No náuseas ni vómitos.
- Dificultad para tragar por ausencia de numerosas piezas dentales. No realiza higiene bucodental de manera habitual.
- Buena hidratación, coloración, temperatura y humedad de piel y mucosas. No presenta lesiones.
- Temperatura en rango (37°C).

3. Patrón eliminación (patrón funcional)

- Patrón de eliminación urinario de 3 veces al día y ninguna por la noche. Continente. Orina normal, sin olor y aspecto claro.
- Patrón de eliminación intestinal de 1 deposición cada 2-3 días y continente.
- No presenta sudoración diurna ni nocturna.



4. Patrón actividad-ejercicio (patrón funcional)

- No presenta manifestaciones de déficit de autocuidado (alimentarse, bañarse, vestirse, cuidarse y acicalarse).
- Independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).
- TA: 128/97 FC: 97 lpm FR:18 rpm
- Auscultación cardíaca y respiratoria sin alteraciones.
- Manifiesta estar habitualmente cansada aunque realiza un mínimo de actividad física. No manifiesta ningún interés por realizar más ejercicio.
- No presenta edemas en miembros inferiores.

5. Patrón sueño-descanso (patrón funcional)

- Según informe médico: signos y síntomas de sueño insuficiente como ansiedad e insomnio secundarios a dependencia de hipnóticos y sedantes (benzodiacepinas)
- Tras el 3º ingreso, se ajustan psicofármacos por el psiquiatra que hace que este más tranquila y colaboradora; y no presente las manifestaciones que le dificultaba el sueño (dificultad para conciliar el sueño y dormir).
- Tiene pautado Deprax en caso de no dormir.

6. Patrón cognitivo-perceptivo (patrón funcional)

- Sabe leer pero no escribir. Esta dificultad no representa ningún problema ya que es algo habitual en su entorno.
- No presenta alteraciones sensoriales ni cognitivas.
- A pesar de haber recibido información no percibe el riesgo que supone para ella y para los demás su enfermedad. Dice realizar correctamente el aislamiento respiratorio pero el informe de Urgencias dice que estaba acompañando a su marido sin la mascarilla.

- Tras ser dada de alta la última vez se muestra colaboradora con la enfermera del centro de salud.
- Manifiesta que para ella es muy importante la opinión de su pareja en la toma de decisiones, prevaleciendo siempre la opinión de él. Considera esta actitud como la adecuada.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto (patrón funcional)

- En los contactos con esta persona no se observan manifestaciones de sentimientos negativos hacia si mismo o su imagen corporal.
- En algunas ocasiones manifiesta problemas relacionados con el nivel socioeconómico. Para ella la imagen corporal se relaciona con el vestido y esta la suple acudiendo al ropero y con donaciones de personas conocidas. Valora esto como adecuado.

8. Patrón rol-relaciones (patrón funcional)

- Vive con su pareja y su cuñado. Tiene dos hijos de una pareja anterior con los que no convive. La tutela de sus hijos la tienen los abuelos paternos y queda con ellos de vez en cuando en el parque. Manifiesta que sus hijos son muy importantes para ella pero considera que están mejor con sus abuelos. Opina que no es bueno para sus hijos que la vean con otro hombre.
- Refiere estar muy ilusionada y enamorada de su pareja.
- Acude siempre sola al centro de salud y es reacia a responder preguntas relacionadas con su familia (padres, hermanos).

9. Patrón sexualidad-reproducción (patrón funcional)

- Embarazo gemelar. Controlada en consulta de Alto Riesgo por riesgo de parto pretérmino. No siguió tratamiento farmacológico. Parto a las 34 semanas. Se administró TAR durante el trabajo de parto.
- Amenorrea desde que presenta TB.



- No usa ningún método anticonceptivo. En este momento refiere no manter relaciones sexuales y su pareja esta de acuerdo. “No me apetece. A mi pareja no le importa ni quiere tener hijos”.

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés (patrón disfuncional)

- Incapacidad para afrontar el abandono del hábito tabáquico, su adicción a las drogas (tanto parenterales como inhaladas) y benzodiazepinas.
- En numerosas ocasiones presenta clínica de ansiedad, según informe médico secundario a dependencia de hipnóticos, sedantes y drogas.

11. Patrón valores-creencias (patrón funcional)

- Católica no practicante.
- Para ella es importante mantener las costumbres de su etnia. Por ello “guardó luto a su marido 5 años a pesar de que ya conocía a su actual pareja”

c. Desarrollo del plan de cuidados

Tras analizar los datos obtenidos en la valoración por patrones se identificaron los siguientes diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales:

Diagnósticos de Enfermería (DdE):²⁰

- Incumplimiento
- Gestión ineficaz de la salud
- Fatiga
- Dolor agudo
- Ansiedad
- Conocimientos deficientes
- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales



Complicaciones potenciales (CP):²¹

- Hemoptisis
- Resistencia a fármacos
- Toxicidad por medicamentos

El plan descrito a continuación se inicia cuando la paciente es dada de alta en el hospital tras el ingreso obligado por orden judicial debido al incumplimiento terapéutico. La Unidad de Tuberculosis establece por orden médica la inclusión de la paciente en una terapia de observación directa, teniendo que acudir diariamente a su centro de salud, momento en el empieza nuestro trabajo cooperativo.

Tras revisar la bibliografía consultada, se comprobó que los diagnósticos anteriores coincidían con los reflejados en los planes de cuidados encontrados,^{21, 22, 23, 24, 25} También se trataban otros diagnósticos enfermeros que no fueron enunciados por no ajustarse a este caso. Será necesario jerarquizar los diagnósticos de enfermería, priorizando los cuidados vamos a prestar para la consecución de los objetivos que nos marquemos.^{20, 26, 27}

Dada la situación clínica de esta mujer (TB pulmonar), el régimen terapéutico sus antecedentes en relación al comportamiento y conducta con su situación de salud, su situación personal, cultural y social; se establecieron como diagnósticos *Incumplimiento* y *Gestión ineficaz de la salud*.

Incumplimiento dada la importancia de la adherencia terapéutica para la prevención, tratamiento y control de la TB y *Gestión ineficaz de la salud* porque



se pretende, a través de intervenciones enfermeras, modificar su comportamiento para mejorar prácticas en el manejo y promoción de su salud.

1. DdE: “INCUMPLIMIENTO” (00079)²⁰

Definición: Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o la comunidad) y el profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es de falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente eficaces.

R/C conocimiento insuficiente del régimen terapéutico, creencias de salud incongruentes con el plan, expectativas incongruentes con la fase de desarrollo, incongruencia cultural, motivación insuficiente, intensidad del régimen terapéutico, obstáculos económicos, régimen terapéutico complejo, tiempo de duración del régimen terapéutico, implicación de los miembros de la familia en el plan insuficiente.

M/P conducta de no adherencia, desarrollo de complicaciones asociadas, exacerbación de síntomas, faltar a las citas.

2. DdE: “GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD” (00078)²⁰

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

R/C apoyo social insuficiente, económicamente desfavorecida, no percepción de beneficios, percepción de no gravedad del problema, régimen terapéutico complejo.

M/P decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud, dificultad con el régimen terapéutico prescrito, fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria.

El plan de cuidados elaborado para este caso clínico aparece resumido en la siguiente tabla, que incluye los objetivos marcados y las intervenciones enfermeras que se realizarán para la consecución de estos resultados.

Tabla 4: Plan de cuidados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)
Incumplimiento (00079)	Conducta de cumplimiento: medicación prescrita (1623)	Administración de medicación (2300) Identificación de riesgos (6610) Manejo de muestras (7820)
Gestión ineficaz de la salud (00078)	Aceptación: estado de salud (1300) Soporte social (1504) Autonomía personal (1614)	Potenciación de la autoestima (5400) Apoyo en la toma de decisiones (5250) Facilitar la autorresponsabilidad (4480)

En las siguientes tablas que se incluyen dentro del plan de cuidados se recogen los resultados NOC y los indicadores seleccionados para cada uno. No se ha encontrado bibliografía que recoja para estos diagnósticos de enfermería los resultados *Conducta de cumplimiento: medicación prescrita*, *Aceptación: estado*



de salud y Autonomía personal. En la mayoría de los planes de cuidados de enfermería se establecía que la causa del incumplimiento y la gestión ineficaz de la salud era el desconocimiento de la enfermedad y tratamiento. El aprendizaje y manejo de la situación clínica se describen como los resultados esperados a conseguir por las personas afectadas. Lo mismo ocurre con las intervenciones de enfermería, ya que se centran en la enseñanza.^{28, 29, 30}

Hemos establecido los resultados esperados y las intervenciones planificadas recogidos en las tablas apoyándonos en la guía NOC²⁶, en nuestra experiencia profesional con la paciente y en artículos que, sobre todo mediante la terapia cognitivo-conductual; abarcan objetivos de mejora de la salud psicosocial.^{28, 29, 30}

Como ya mencionamos anteriormente, aparte de la importancia que tiene en este contexto clínico asegurarnos de la toma de la medicación mediante TDO,²⁸ las intervenciones enfermeras deben estar dirigidas a factores que tengan en cuenta la situación psicosocial y cultural de esta mujer dada la repercusión que tienen en su situación de salud.^{27, 28, 29, 30}

Tabla 5: Plan de cuidados			
1. DdE: Incumplimiento (00079)			
	Indicadores	Evaluación inicial	Objetivo
NOC 1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita	162301 Tiene una lista de todas las medicaciones con dosis y frecuencias	1	1
	162302 Obtiene toda la medicación necesaria	1	5
	162304 Toma la medicación a los intervalos prescritos	1	5



	162305 Toma la dosis correcta	1	5
	162307 Toma la medicación con o sin alimentos, según la prescripción	1	5
	162312 Controla los efectos terapéuticos de la medicación	1	3
	162313 Controla los efectos secundarios de la medicación	1	3
	162314 Controla los efectos adversos de la medicación	1	3
	162317 Notifica los efectos adversos al personal sanitario	1	4
<p>Puntuación escala Likert: 1: Nunca demostrado, 2; Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado</p>			
<p>NIC 2300 Administración de medicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. - Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro. 		
<p>NIC 6610 Identificación de riesgos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. - Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (p. ej., psicológicos, económicos, nivel educativo, familia y otros recursos sociales, comunidad). - Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo. 		



	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. - Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. - Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual. - Determinar el estatus de las necesidades de la vida diaria. - Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas. - Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. - Instruir sobre factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. - Fijar objetivos comunes, si procede. - Comentar y planificar las actividades de reducción de riesgos en colaboración con el individuo o el grupo. - Aplicar las actividades de reducción del riesgo. - Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o instituciones, según corresponda. 		
<p>NIC 7820 Manejo de muestras</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener la muestra requerida, de acuerdo con el protocolo. - Enseñar al paciente a recoger y conservar la muestra, según corresponda. - Proporcionar el recipiente requerido para la muestra. - Almacenar las muestras recogidas en el tiempo, según el protocolo. - Sellar todos los recipientes de las muestras para evitar fugas y contaminaciones. - Etiquetar la muestra con los datos adecuados antes de dejar al paciente. - Colocar la muestra en un recipiente adecuado para el transporte. - Organizar el transporte de la muestra. - Solicitar los análisis de laboratorio rutinarios relacionados con la muestra, según corresponda. 		
2. Gestión ineficaz de la salud (00078)			
	Indicadores	Evaluación inicial	Objetivo
NOC 1300 Aceptación: estado de salud	130002 Renuncia al concepto previo de salud	1	4
	130008 Reconoce la realidad de la situación de salud	1	5



ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

	130009 Busca información sobre la salud	1	3
	130010 Afrontamiento de la situación de salud	1	4
	130011 Toma decisiones relacionadas con la salud	1	4
	130012 Clarifica los valores personales	4	5
	130013 Expresa que la vida es digna de ser vivida	4	5
	130014 Realiza las tareas de autocuidados	2	5
	130016 Mantiene las relaciones	5	5
	130017 Se adapta al cambio en el estado de salud	1	5
	130018 Muestra resistencia	4	1
	130019 Clarifica las prioridades vitales	3	5
	130020 Expresa autoestima positiva	1	3
	130021 Expresa paz interior	5	5
<p>Puntuación escala Likert: 1: Nunca demostrado; 2; Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado</p>			
<p>NIC 5400 Potenciación de la autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. - Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. - Reafirmar los puntos fuertes que identifique el paciente. - Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda. - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. 		



ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. - Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda. - Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, según corresponda. - Animar al paciente a evaluar su propia conducta. - Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. - Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. - Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. - Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos. - Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda. 		
	Indicadores	Evaluación inicial	Objetivo
NOC 1504 Soporte social	150401 Refiere ayuda económica de otras personas	4	5
	150402 Refiere dedicación de tiempo de otras personas	4	4
	150403 Refiere tareas realizadas por otras personas	3	3
	150404 Refiere información proporcionada por otras personas	3	3
	150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas	3	3
	120906 Busca nuevas experiencias	1	1
	150406 Refiere relaciones de confianza	3	3
	150407 Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita	4	4



ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

	150408 Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas	3	3
	150409 Refiere una red social de ayuda	3	3
	150410 Refiere contactos sociales de soporte adecuados	2	2
	150411 Refiere una red social estable	2	2
	150412 Refiere ayuda ofrecida por los demás	3	3
<p>Puntuación escala Likert: 1: Inadecuado; 2: Ligeramente adecuado; 3: Moderadamente adecuado; 4: Sustancialmente adecuado; 5: Completamente adecuado</p>			
	Indicadores	Evaluación inicial	Objetivo
NOC 1614 Autonomía personal	161401 Toma decisiones vitales informadas	1	4
	161402 Al elegir tiene en cuenta la opinión de los demás	4	2
	161403 En el proceso de toma de decisiones muestra independencia	1	3
	161405 Toma decisiones libre de la presión del cónyuge	1	3
	161409 Toma decisiones libre de la presión del proveedor de cuidados de salud	1	4
	161410 Afirma las preferencias personales	1	3
	161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud	1	4



<p>Puntuación escala Likert: 1: Nunca demostrado, 2; Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado</p>	
<p>NIC 5250 Apoyo en la toma de decisiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. - Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. - Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. - Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados. - Facilitar la toma de decisiones en colaboración. - Proporcionar la información solicitada por el paciente. - Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas. - Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios y no sanitarios. - Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
<p>NIC 4480 Facilitar la autorresponsabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar responsable al paciente de su propia conducta. - Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual. - Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud. - Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. - Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente. - Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada. - Comentar las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias. - Fomentar la admisión de malas conductas, según corresponda. - Abstenerse de discutir sobre los límites establecidos con el paciente. - Proporcionar una retroalimentación positiva a la aceptación de una nueva responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.



La mujer es ingresada en una ocasión por un problema patológico. Los informes de las enfermeras recogen su disposición a colaborar en la toma de la medicación y demás aspectos referentes a sus cuidados. Tras el alta hospitalaria, se continua con el mismo plan de cuidados establecido.

Tabla 6: Plan de cuidados			
1. DdE: Incumplimiento (00079)			
	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita	162301 Tiene una lista de todas las medicaciones con dosis y frecuencias	1	1
	162302 Obtiene toda la medicación necesaria	1	5
	162304 Toma la medicación a los intervalos prescritos	1	4
	162305 Toma la dosis correcta	1	4
	162307 Toma la medicación con o sin alimentos, según la prescripción	1	3
	162312 Controla los efectos terapéuticos de la medicación	1	3
	162313 Controla los efectos secundarios de la medicación	1	3
	162314 Controla los efectos adversos de la medicación	1	3
	162317 Notifica los efectos adversos al personal sanitario	1	3
Puntuación escala Likert: 1: Nunca demostrado; 2; Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado			

En la tabla anterior se muestran el diagnóstico de enfermería *Incumplimiento* con sus correspondientes modificaciones en la puntuación de los indicadores. A pesar de haber conseguido en el momento actual la puntuación esperada en los indicadores *Obtiene toda la medicación necesaria*, *Controla los efectos terapéuticos de la medicación*, *Controla los efectos secundarios de la medicación* y *Controla los efectos adversos de la medicación*; consideramos necesario continuar evaluándolos. No se han planificado cambios en las intervenciones o sus correspondientes actividades porque se considera que modificar conductas de comportamiento requiere más tiempo. Consecuentemente sería ideal valorar los resultados en un plazo de tiempo más amplio. Respecto al indicador *Tiene una lista de todas las medicaciones con dosis y frecuencias*, se estableció un objetivo de 1 porque dada la situación de la paciente no se consideró que fuese a cumplir este indicador a pesar de ser lo ideal. La puntuación de 1 se corresponde con la valoración final.

En las siguientes tablas se muestran las variaciones conseguidas para el diagnóstico de *Gestión ineficaz de la salud*. A la vista de que la mayoría de los indicadores han mejorado consideramos que no es necesario realizar modificaciones en las intervenciones y actividades programadas.

Tabla 7: Plan de cuidados			
2. Gestión ineficaz de la salud (00078)			
	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 1300 Aceptación: estado de salud	130002 Renuncia al concepto previo de salud	1	4



ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

130008	Reconoce la realidad de la situación de salud	1	3
130009	Busca información sobre la salud	1	1
130010	Afrontamiento de la situación de salud	1	3
130011	Toma decisiones relacionadas con la salud	1	3
130012	Clarifica los valores personales	4	4
130013	Expresa que la vida es digna de ser vivida	4	4
130014	Realiza las tareas de autocuidados	2	4
130016	Mantiene las relaciones	5	5
130017	Se adapta al cambio en el estado de salud	1	3
130018	Muestra resistencia	4	2
130019	Clarifica las prioridades vitales	3	3
130020	Expresa autoestima positiva	1	3
130021	Expresa paz interior	5	5



Puntuación escala Likert:

1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado

La puntuación de los indicadores refleja que las intervenciones de enfermería mejoran la valoración y percepción de su estado de salud, tanto objetivamente con los resultados de las analíticas demostrando una mejoría de la patología, como subjetivamente manifestando ella misma esa sensación de mejora; se reflejan en los indicadores *Renuncia al concepto previo de salud* con una puntuación de 5 y *Reconoce la realidad de la situación de salud y Afrontamiento de la salud* con una puntuación de 3.

Tabla 8: Plan de cuidados

2. Gestión ineficaz de la salud (00078)			
	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 1504 Soporte social	150401 Refiere ayuda económica de otras personas	4	4
	150402 Refiere dedicación de tiempo de otras personas	4	4
	150403 Refiere tareas realizadas por otras personas	3	3
	150404 Refiere información proporcionada por otras personas	3	3
	150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas	3	5



ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

120906	Busca nuevas experiencias	1	1
150406	Refiere relaciones de confianza	3	3
150407	Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita	4	4
150408	Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas	3	3
150409	Refiere una red social de ayuda	3	3
150410	Refiere contactos sociales de soporte adecuados	2	2
150411	Refiere una red social estable	2	2
150412	Refiere ayuda ofrecida por los demás	3	3
<p>Puntuación escala Likert: 1: Inadecuado; 2: Ligeramente adecuado; 3: Moderadamente adecuado; 4: Sustancialmente adecuado; 5: Completamente adecuado</p>			

Los indicadores de este NOC apenas se han modificado. Entendemos que la situación cultural y social son determinantes para la salud pero la capacidad de la enfermera para el abordaje de esta situación es limitada. Lo interesante sería como mínimo mantener las puntuaciones. Destacamos la consecución de una puntuación de 5 en el indicador *Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas* al manifestar la propia mujer estar muy agradecida por encontrar una persona como su enfermera de referencia de AP por toda la ayuda que le prestó.



Tabla 9: Plan de cuidados

2. Gestión ineficaz de la salud (00078)			
	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 1614 Autonomía personal	161401 Toma decisiones vitales informadas	1	3
	161402 Al elegir tiene en cuenta la opinión de los demás	4	3
	161403 En el proceso de toma de decisiones muestra independencia	1	3
	161405 Toma decisiones libre de la presión del cónyuge	1	1
	161409 Toma decisiones libre de la presión del proveedor de cuidados de salud	1	1
	161410 Afirma las preferencias personales	1	3
	161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud	1	3
Puntuación escala Likert: 1: Nunca demostrado, 2; Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado			

En cuanto a su autonomía, se han conseguido pequeñas mejoras respecto a su capacidad para expresar opiniones o preferencias y que se reflejan en la puntuación final. Sin embargo, potenciar la autoestima de una persona es una tarea que requiere más de tres meses de intervención y especialmente en un contexto como el de esta paciente.



5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una dificultad encontrada al desarrollar el plan de cuidados ha sido no disponer de bibliografía sobre situaciones similares que nos sirviese de referencia al seleccionar los NOC y NIC para los diagnósticos de enfermería establecidos.

No hemos podido comparar la evolución de esta persona con la de otro sujeto en un caso clínico similar por la escasa documentación encontrada.

Teniendo en cuenta la evolución de los indicadores del resultado *Conducta de cumplimiento: medicación prescrita*, consideramos que las intervenciones fueron efectivas ya que se puede observar una diferencia entre su actitud inicial de resistencia frente a su actitud final, mucho más colaboradora y con iniciativa

En el diagnóstico *Gestión ineficaz de la salud* se ha producido una ligera modificación. Los resultados establecidos han experimentado una leve mejoría a lo largo de estos tres meses. Por este motivo, aunque la variación de la puntuación sea escasa, consideramos que las intervenciones deben mantenerse durante un período de tiempo más prolongado. Los cambios en las actitudes y comportamientos, así como la autonomía personal, la toma de decisiones, la autoestima y la autorresponsabilidad son aspectos difíciles de modificar en el periodo de tiempo en el que se ha desarrollado este trabajo.

Debemos destacar que a pesar de que esta persona no presenta manifestaciones de baja autoestima cuando se realiza la valoración, se ha considerado adecuado establecer la intervención *Potenciación de la autoestima* como actividad de refuerzo para lograr la consecución de los objetivos marcados respecto a su gestión de la salud.



En general, las actividades planificadas para ambos diagnósticos han contribuido a mejorar su situación pero no a resolver por completo los problemas de salud manifestados.

Debe continuar trabajándose con el plan de cuidados establecido durante un periodo más prolongado e introducir las modificaciones que sean necesarias a lo largo del tiempo. Creemos que la situación clínica de la mujer facilitará que siga acudiendo al centro de salud (estado de inmunosupresión e infecciones recurrentes, inicio del tratamiento frente al VIH...) lo que permitirá evaluar los logros o dificultades presentadas y las posibles modificaciones.

Pensamos que dados los resultados obtenidos para el DdE *Incumplimiento* las intervenciones planificadas podrian servir como referencia para otras personas en las que se instaura un TDO.

La situación clínica y personal de esta mujer pueden ayudarnos a entender que los cuidados de enfermería deben planificarse y proporcionarse de forma individualizada teniendo en cuenta los condicionantes personales, sociales y culturales influyen en la forma en que las personas perciben y responden a los problemas de salud.

El haber realizado este trabajo me ha hecho darme cuenta de que existen contextos clínicos en los que no se pueden aplicar planes de cuidados estandarizados. Puede haber patologías muy prevalentes y comunes en nuestra sociedad pero la forma de responder de cada individuo puede ser distinta. Aquí radica la importancia de individualizar cada plan de cuidados.



Por otro lado, es importante mantener el contacto y la relación con estas personas a través de la consulta de enfermería. Ofertar disponibilidad, dar a conocer los recursos de la comunidad como talleres o cursos de formación, informar sobre grupos de apoyo con los que pueda identificarse y crear un vínculo son algunas ideas que como no perder la relación terapéutica que tanto tiempo costó crear. En este caso, la enfermera de AP se ha propuesto lograr una continuación en el seguimiento de la mujer consiguiéndole ropa, ya que ella ha expresado que lo agradecería mucho.

Aunque en la descripción realizada nos hemos ceñido a las intervenciones de enfermería y sus resultados somos conscientes de que hay situaciones como esta que requieren de la estrecha cooperación entre diferentes profesionales (trabajadora social, médico, salud pública).

También nos ha servido para comprobar que no es posible atender todos los determinantes de la salud, en especial los sociales, desde la atención de enfermería de un Centro de salud.

A nivel personal, me gustaría reflejar que hasta este año no le había concedido a esta patología la importancia que tiene, tanto por su prevalencia en nuestro país y a nivel mundial como por el riesgo de contagio que supone para la comunidad y la salud pública. Haber trabajado con este tipo de pacientes en las prácticas de 4º curso ha despertado mi interés, haciendo que decidiese profundizar más a través de este trabajo y no solo en lo relacionado con la patología, sino también en otros aspectos como la vulnerabilidad de ciertos grupos sociales y los

cuidados tan específicos que pueden requerir gracias a la particularidad de este caso clínico.

Finalmente, considero importante reflejar que la falta de experiencia y desconocimiento para enfrentarse a este tipo de casos han dificultado el desarrollo del mismo. Abordar de manera adecuada distintos contextos clínicos implica en muchas ocasiones trabajar también la esfera psicosocial así como los factores que pueden ser determinantes en dichas situación. Considero que esta es una de las mayores aportaciones de este trabajo hacia mi formación como alumna.

6. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

En el desarrollo del caso se han respetado las normas de buena práctica, así como los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Asimismo, los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

7. AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mi tutora del TFG su colaboración y disposición para ayudarme a desarrollar este trabajo a pesar de haber realizado mi Practicum en la unidad de Medicina Interna E del H.U.A.C.; siendo ella la principal encargada de valorar a la paciente y recoger los datos necesarios a lo largo de estos tres meses.

Agradecer también a Rosa Pita Vizoso por aceptar cotutorizar este trabajo desde el primer momento así como por su continua disponibilidad, pautas y ayuda ofrecidas; y a Javier Uranga Mariño por su gran ayuda con la gestión de la bibliografía.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Hueso Navarro F. Factores de desarrollo en la enfermería comunitaria española en los últimos 25 años [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Departamento de Fisiatría y Enfermería; 2014 Sep. Disponible en:
<http://zaguan.unizar.es/record/30673/files/TESIS-2015-030.pdf>
2. Vegas Pardavila E. Evolución de la enfermería familiar y comunitaria en España. 25 años después de la reforma de Atención Primaria [tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2012. Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46147/1/tesis_vegas_%20pardavila.pdf
3. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (1984 Feb 01). Disponible en:
<https://www.boe.es/eli/es/rd/1984/01/11/137/con>
4. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (1986 Abr 29). Disponible en:
<https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
5. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, nº 157, (2010 Jun 29). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas172>



6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 247, (2002 Nov 15). Disponible en:
<https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Geneve, Switzerland: OMS; 2012. Nota descriptiva sobre la tuberculosis [nota de prensa]; 2018 Sep 18 [acceso 2019 Ene 23]; [sobre 6 pantallas]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
8. Vargas R, Bayona M, Ante LA. Tuberculosis: una enfermedad de ayer, de hoy y del futuro. Medicina [revista en Internet]. 2013 Sep. [acceso 2019 Ene 22]; 35 (3): [227-236]. Disponible en:
<https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/102-5/97>
9. González-Martín J. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010; 28 (5): 297.e1–297.e20 Disponible en:
<https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geim/dcientificos/documentos/geim-dc-2010-tuberculosis.pdf>
10. Centros para el control y la prevención de enfermedad (CDC) [Internet]. Georgia: Division of Tuberculosis Elimination; 2014 [actualizado 2016 Jun 01; acceso 2019 Feb 21]. Infección de tuberculosis latente y enfermedad de tuberculosis [sobre 2 pantallas]. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/tbinfectiondisease.htm>
11. Informe da tuberculose en Galicia. Características dos casos de tuberculose de Galicia no ano 2016. Evolución do período 1996-2016

[monografía en internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2017. Disponible en:

<http://www.sergas.es/Saude-publica/Vixilancia-epidemioloxica-da-TB-en-Galicia>

- 12.** Avaliación do Programa Galego de prevención e control da tuberculose 2012-2015. Novas estratexias e indicadores de cara a conseguir a eliminación da tuberculose en Galicia. 2017-2020 [monografía en internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2017. Disponible en:

https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4452/programa_TB_2017-2020.pdf

- 13.** Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC) [Internet]. Georgia: Division of Tuberculosis Elimination; 2014 [actualizado 2016 Jun 23; acceso 2019 Feb 24]. Cómo diagnosticar la infección de tuberculosis latente y la enfermedad de tuberculosis [sobre 2 pantallas]. Disponible en:

<https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/testing/diagnosingltbi.htm>

- 14.** Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC) [Internet]. Georgia: Division of Tuberculosis Elimination; 2014 [actualizado 2016 Jun 22; acceso 2019 Feb 24]. Pruebas para detectar la infección de la tuberculosis [sobre 2 pantallas]. Disponible en:

<https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/testing/tbtesttypes.htm>

- 15.** Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en

- Salut (AIAQS) de Cataluña; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/26. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_473_Tuberculosis_AIAQS_compl.pdf
- 16.** Molina Rueda MJ, Martín-Vivaldi Jiménez A, Molina Rueda F. Tratamiento de la tuberculosis: ¿qué paciente y por qué lo abandonan? Aten Primaria. 2012; 44 (11): e25-e26. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-tratamiento-tuberculosis-que-pacientes-por-S0212656712002053>
- 17.** Caylà JA, Rodrigo T, Ruiz Manzano J, Caminero JA, Vidal R, García JM, et al. Tuberculosis treatment adherence and fatality in Spain. Respir Res. 2009; 10 (1):121. DOI: [10.1186/1465-9921-10-121](https://doi.org/10.1186/1465-9921-10-121)
- 18.** Conselleria de Sanidade. Tuberculose: estratexia de implantación do tratamento supervisado. Venres epidemiolóxico [revista en Internet] 2016 setembro [acceso 2019 Feb 31]; 5 (20). Disponible en:
https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/3985/venres_epidemiologico_vol5_n20_20161007.pdf
- 19.** Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª Ed. Madrid: Mosby/Doyma;1996.
- 20.** Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona : Elsevier; 2015.
- 21.** Grupo Planes de Cuidados [Internet]. Madrid: Hospital Universitario Ramón y Cajal; 1977-2019. Plan de cuidados estandarizado. Paciente con tuberculosis; 2005 Dic 12 [acceso 2019 Mar 05]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=pc10_TUBC.pdf&blobheadervalue2=langua



ge=es&site=HospitalRamonCajal&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185931&ssbinary=true

22. Carhuapoma-Tocto A. Bienestar psicosocial en el plan de cuidados de enfermería al paciente adulto con VIH/SIDA. CASUS [Internet]. 2017 May 26 [acceso 2019 Mar 08]; 2 (1): 62-70. Disponible en: <http://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/23>
23. Guimarães TMR, Amorim CT, Barbosa EFF, Mirellys da Silva F, Lima Farias CE, Santos Lopes B. Nursing Care to a Patient Having Pulmonary Tuberculosis Disease and Comorbidities: Case report. Rev Fund Care Online. 2018 Jul/Sep; 10(3):683-689. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.683-689>
24. Grupo de Trabajo de Enfermería en JARA Atención Sanitaria [Internet]. Mérida: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud; 2007-2019. Planes de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada: Estandarización en Extremadura; 2011 [acceso 2019 Mar 05]. Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/elibros/enfermeria_especializada.pdf
25. Hospital Universitario Reina Sofía [Internet]. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía; 1999-2016. Plan de cuidados estándar: tuberculosis sin complicaciones; 2007 Sep 20 [actualizado 2014 Abr 02; acceso 2019 Mar 05]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/cuidados_enfermeria/tuberculosis_sin_complic.pdf
26. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swason E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.



27. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
28. Rodríguez Chamorro MA, Pérez Merina EM, García Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, Martínez Martínez F, Faus Dáder MJ. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. Pharm Care Esp. 2014; 16 (3): 110-120. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/176/156>
29. Ballester Arnal R. Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. Psicothema. 2003; 15 (4): 517-523. Disponible en: <http://www.psicothema.com.accedys.udc.es/pdf/1101.pdf>
30. González-Suárez M, Duarte Clímets G. Terapia Cognitivo-conductual y enfermería. A propósito de un caso. ENE Rev Enferm. 2014; 8 (1): Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/295/html_1