



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE Y VIH”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería.

**Autora:** Navas Salgado, Elsy Isabel

**Tutora:** Lic.Mg. Venegas Mera, Beatriz

Ambato – Ecuador

Abril, 2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre tema: “TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE Y VIH”, de Elsy Isabel Navas Salgado estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el H Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2015

LA TUTORA:

.....

Lic. Mg. Venegas Mera, Beatriz

## **AUTORIA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: “TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE Y VIH”, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2015

LA AUTORA

.....

Navas Salgado, Elsy Isabel

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Caso Clínico o parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea Patrimoniales de mi caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autora

Ambato, Septiembre del 2015

LA AUTORA

.....

Navas Salgado, Elsy Isabel

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE Y VIH” de Navas Salgado, Elsy Isabel estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Abril del 2016

Para constancia firman

.....

1er Vocal

.....

2do Vocal

.....

PRESIDENTE/A

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico a Dios en primer lugar por darme día a día la oportunidad de formarme en esta Carrera para ser útil a la sociedad, a mi esposo y a mis padres que me han apoyado durante toda mi vida estudiantil y que con sus sabios consejos me han ayudado a salir de los momentos más difíciles y quienes han tenido esperanza en ver mi sueño cumplido.

A mis pequeñas hijas Leonela y Dayana quienes han llenado por completo mi vida para convertirse en el pilar fundamental de mi existencia y el motivo de mi lucha diaria para poder darles un mejor futuro.

*Elsy*

## AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que me apoyaron para seguir luchando y poder cumplir mi meta y siempre me extendieron su mano amiga cuando me sentía derrotada y alentarme a continuar el camino, gracias también a quienes no creyeron en mí por infundir en mí sus fuerzas y valor para demostrarles que si uno se quiere se puede.

A mis docentes quienes impartieron sus conocimientos con paciencia y sabiduría para enriquecernos y formar buenos profesionales empapados de valores y ética.

A todas aquellas personas que han aportado para la realización de este proyecto, especialmente a mi Tutora.

A todos ustedes muchas gracias

*Elsy*

## ÍNDICE DE HOJAS PRELIMINARES

Página de título o portada	i
Aprobación del tutor	ii
Autoría del trabajo de grado	iii
Derechos del autor	iv
Aprobación del tribunal	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice	viii
Resumen	x
Summery	xii

## ÍNDICE GENERAL

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
2.1. Objetivo General	3
2.2. Objetivos Específicos	3
3. Recopilación de la información	4



3.1.	Recopilación de la información disponible	4
3.2.	Recopilación de la información no disponible	4
4.	Desarrollo	9
4.1.	Descripción cronológica y detallada del caso	9
4.2.	Descripción de los factores de riesgo	13
4.3.	Análisis de los factores relacionados con los servicios de Salud	16
4.4.	Metaparadigma	18
4.5.	Identificación de los puntos críticos	19
4.6.	Caracterización de las oportunidades de mejora	22
4.7.	Propuesta de tratamiento alternativo	23
5.	Conclusiones	46
6.	Referencias Bibliográficas	47
7.	Anexos	50

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**

“TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE Y VIH”

**Autora:** Navas Salgado, Elsy Isabel

**Tutor:** Lic. Mg. Venegas Mera, Beatriz

**Fecha:** Septiembre, 2015

**RESUMEN.**

El presente caso que se presenta a continuación se trata de un paciente masculino de 60 años de edad, con antecedentes personales de tuberculosis multidrogoresistente hace más o menos 3 años en tratamiento con antifímicos y deterioro del organismo debido a los efectos secundarios de los medicamentos antituberculosos.

Su enfermedad comenzó hace aproximadamente tres años cuando el paciente presentó hemoptisis en moderada cantidad, tos esporádica motivo por el cual fue llevado al Centro de Salud a ser valorado, detectando TB BK+ se inició el tratamiento antifímico en el que el paciente finalizó como curado pero al mes de tratamiento regresa con los mismos síntomas al Centro de salud motivo por el cual se realiza examen de GENE XPERT PCR dando como resultado resistencia a la rifampicina, por lo que es referido a QUITO a ser valorado, los profesionales de dicho hospital contrarefieren con nuevo tratamiento a Ambato pero después de un mes de continuar con la medicación en Ambato (Centro de Salud) el paciente presenta otros malestares y es enviado nuevamente a QUITO a ser valorado obteniendo como resultado hipoacusia neurosensorial severa y otros efectos secundarios a la medicación y es detectado el VIH.

Los datos que se detallan en la presente investigación en una parte fueron obtenidos a través de la historia clínica, entrevistas, test y cuestionarios aplicados al paciente debido a que en la historia clínica no se cuenta con una información suficiente.

En este análisis de caso se describirá las dificultades que tuvo el paciente en cuanto a su calidad de vida pues su enfermedad afectó varias de sus funciones además se identificará los factores de riesgo que limitan su autocuidado. En el transcurso de la investigación se pudo valorar que el paciente no lleva una buena calidad de vida, su enfermedad causó consecuencias considerables lo que le dificulta realizar sus actividades diarias de forma autónoma.

Para seguir los objetivo se elabora un plan de intervención de enfermería basado en la teoría de Virginia Henderson con sus 14 necesidades básicas y en la taxonomía NANDA NIC y NOC el cual está dirigido a satisfacer las necesidades que el individuo debe efectuar, al ser utilizadas se evidencia que muchas de las necesidades mejoran en un valor favorable . Los aspectos que se lograron optimizar fue la educación al paciente y la familia en la importancia de continuar con el tratamiento para evitar problemas.

**PALABRAS CLAVES:** TUBERCULOSIS\_ MULTIDROGOESSITENTE,  
INTERVENCIONES\_ ENFERMERÍA, ISONIAZIDA,RIFAMPICINA, VIH.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**CAREER OF NURSERY**

**“MULTI DRUG RESISTANT TB AND HIV”**

**Author:**Navas Salgado Elsy Isabel

**Tutor:** Lic. Mg. Beatriz VenegasMera

**Date:**September 2015

**SUMMARY**

This case involves a male patient aged 60 with a history of tuberculosis multidrug about 3 years treated with antituberculosis drugs and hearing impairment due to the side effects of TB drugs.

His illness began about three years ago when the patient had hemoptysis moderate, sporadic cough why he was taken to the health center to be evaluated by detecting TB BK + antituberculosis treatment was started when the patient completed as cured but a month Treatment comes back with the same symptoms to the health center why test GENE XPERT PCR is performed resulting in rifampicin resistance, which is referred to QUITO to be valued, those working in the hospital contrarefieren with new treatment Ambato but after a month of continued medication in Ambato (Health Center) the patient has bilateral deafness and is sent back to Quito to be worth obtaining as severe sensorineural hearing loss results and other secundaros to medication effects and is detec HIV.

The information detailed in the present investigation were part obtained through medical records, interviews, tests and questionnaires administered to the patient because the medical records do not have sufficient information.

In this case analysis of the difficulties experienced by the patient as to their quality of life as their illness affected their hearing also risk factors that limit their self be identified will be described. In the course of the investigation it was assessing the patient does not carry a good quality of life, disease caused considerable impact on your hearing what hinders you from doing your daily activities independently.

To achieve this objective, a nursing intervention plan based on the functional patterns of Virginia Henderson basic needs with its 14 Plan and taxonomy NANDA NIC and NOC which are aimed at meeting the needs of the individual must make, is proposed to be used is evidence that many needs better in a favorable value. The aspects was able to optimize patient education and family in the importance of continuing treatment to avoid problems.

**KEYWORDS:** TUBERCULOSIS\_ MULTIDRUG RESISTANT, NURSING ACTIVITIES, ISONIAZIDA, RIFAMPICINA, HIV.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La tuberculosis es la segunda causa de mortalidad a nivel mundial, luego del sida, causado por un agente infeccioso.

En el 2013 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad a nivel mundial.

Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años.

En el 2013 se estima que 550 000 niños enfermaron de tuberculosis y 80 000 niños seronegativos murieron de tuberculosis.

Las personas infectadas por el VIH tienen un alto riesgo de padecer tuberculosis y la terapia debe ser ajustada a su estado inmunológico, siendo necesario establecer los mecanismos de vigilancia y análisis de información que pongan en relación el seguimiento de la tuberculosis y de la infección por el VIH, tanto a nivel nacional como en entornos más restringidos.

La multiresistencia a los fármacos antituberculosos es un fenómeno en ascenso que debe ser monitorizado y sobre el que sólo se dispone de trabajos puntuales. Por otra parte, no se confía en disponer con prontitud de nuevas drogas eficaces y los tratamientos estándar se vuelven en muchos casos inefectivos. El cumplimiento del tratamiento por parte de los afectados y el seguimiento clínico de la terapia deja mucho que desear. Son necesarias medidas especiales de control y surgen trabajos epidemiológicos sobre la tuberculosis en distintos contextos, como escuelas, prisiones y colectivos especialmente afectados, como las personas adictas a drogas o los inmigrantes. Todas estas cuestiones relacionadas hacen que cobre importancia disponer

de un sistema integrador de vigilancia y control que no se limite a recoger información sino que, trabajando en la misma organización, asegure continuidad en el proceso de recogida de información e intervención individualizada, familiar y colectiva.

Los esquemas tradicionales de trabajo a demanda dentro de los centros sanitarios y sin definición clara de responsabilidades y tareas, hacen que estemos chocando contra un problema en el que es necesario el trabajo comunitario, muchas veces sin la colaboración del paciente. Habría que concretar más la coordinación y definir responsabilidades claras, dotando de recursos a equipos que aborden el problema de la forma más integral y autosuficiente posible.

Por tal motivo considero relevante la investigación del presente caso clínico ya que, pese a los avances científicos en materia de diagnóstico y tratamiento de esta patología seguimos dejando pasar pacientes de esta índole, ya que no hacemos hincapié en algo muy importante como es el ámbito de prevención de salud ya que con esto pudiésemos reducir el tratamiento extra e intra hospitalario, costos de atención, entre otras circunstancias, y lo más importante precautaríamos el beneficio para el paciente.

El paciente de este análisis de caso es una persona adulta 60 años que a más de la enfermedad de base que es la tuberculosis pulmonar multidrogoresistente y VIH se suman otros problemas como diabetes mellitus tipo II, Insuficiencia Renal , Hipertensión Arterial, Anemia dentro de los problemas más sobresalientes, todos estos factores son los que agudizan el estado de salud del paciente lo que puede provocando en muchos de los casos la muerte prematura, como resultado de una enfermedad que además genera problemas familiares y pobreza en los hogares de los pacientes que lo sufren.

Por lo cual se debe establecer un control efectivo de la tuberculosis mediante el acceso universal a un diagnóstico de calidad y tratamiento estrictamente observado, centrado en el paciente, reduciendo el sufrimiento humano y la carga socioeconómica asociados a la TB mediante la participación activa del sector salud, sociedad civil y comunidad, en el marco del modelo de atención integral en salud. (MSP, 2010)

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Describir los patrones clínicos de la tuberculosis y el VIH en el medio ambiente donde confluyen la atención primaria y especializada para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento y la calidad de vida del paciente.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Correlacionar la patología actual con patología primaria
- Determinar cuáles son los principales factores que influencia a la enfermedad del paciente.
- Identificar las dificultades que tuvo el paciente en el transcurso de su enfermedad en relación a la calidad de vida.
- Diseñar un plan de intervenciones y cuidados de enfermería basada a la patología del paciente.



### **III. RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

#### **3.1 RECOPIACION Y DESCRIPCION DE LAS FUENTES DE INFORMACION DISPONIBLES:**

La realización del presente caso clínico, se realizó bajo la descripción de varias fuentes bibliográficas, la recopilación y el análisis detallado de:

Historia clínica en la que se evidencia y se destaca la revisión de documentos médico-legales mediante el cual se obtuvo la mayor parte de información para el caso clínico.

Artículos de revisión y guías de práctica clínica ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objeto de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento de un paciente individual, la guía clínica utilizada en la cual se obtuvo definiciones, protocolos estandarizados ya que en nuestro país no existen guías clínicas propias acerca del manejo de este tipo de pacientes.

Información directa mediante la aplicación de entrevista directa a la paciente y familiares quienes brindaron la información directa en su lugar de residencia actual, con el objetivo de determinar las causas de la enfermedad actual.

#### **3.2 IDENTIFICACION Y RECOPIACION DE LA INFORMACION NO DISPONIBLE:**

Al no contar con suficiente información en la historia clínica del paciente se realiza la visita domiciliaria y mediante la entrevista que se realiza a el usuario y el familiar se procede a la aplicación del test de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, las cuales permiten al individuo mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. **(Anexo 1)**

Mediante este test se conocerá la relación que existe entre la calidad de vida del paciente y su enfermedad.

<b>NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.</b>		
1	<b>NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE.</b>	<p>El usuario en estudio es una persona no fumadora, refiere tos sin expectoración, presenta vías aéreas no permeables en ciertas ocasiones refiere dolor del pecho, dificultad respiratoria cuando camina bastante o cuando alza cosas pesadas.</p> <p>Al examen físico: 24 respiraciones por minuto, respiración abdominal, Escala de Borg de 0.5 Muy muy leve. No se nota <b>(anexo 2)</b>.</p> <p>Presión arterial: El paciente ha venido manejando presiones entre 110/60 y 160/80.</p>
2	<b>NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.</b>	<p>Paciente con peso: 60 kg.; Talla: 1.55 cm; IMC: 24.97kg/m<sup>2</sup> (peso normal); paciente refiere que cuando toma la medicación le provoca náuseas, vómitos y gases; no consume vitaminas como complemento al tratamiento; se le hace un poco difícil masticar los alimentos pues no posee todas las piezas dentales, Índice de Barthel: 100 puntos independiente <b>(anexo 3)</b>.</p>
3	<b>NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS VÍAS CORPORALES</b>	<p>Paciente refiere que sus heces no tienen mal olor y son de color amarillas, no necesita ayuda para ir al baño, refiere sudores nocturnos, salida de moco color transparente por la nariz en ocasiones, tos sin expectoración.</p> <p>Al examen físico el paciente presenta diaforesis, palidez, rinorrea, estornudos. Índice de Barthel: 100 puntos: independiente <b>(anexo 3)</b>.</p>
4	<b>NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS.</b>	<p>Paciente no cumple ninguna actividad o ejercicio físico, realiza caminatas cortas, pues refiere cansancio, le es difícil mantenerse de pie por largos periodos de tiempo, tiene poca dificultad al agacharse a coger algún objeto. Índice de Barthel: 100 puntos: independiente <b>(anexo 3)</b>.</p>
5	<b>NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.</b>	<p>Paciente refiere sentirse poco cansado durante el día, a pesar de eso realiza los quehaceres domésticos, duerme 9 horas (de 11 pm a 9am).</p> <p>Familiar del paciente también refiere que su padre no se levanta pronto.</p> <p>Al examen físico se nota la presencia de ojeras poco oscuras. Escala de somnolencia de Epworth 13 puntos: insomnio leve <b>(anexo4)</b>.</p>

6	<b>NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE.</b>	Paciente refiere que se viste y desviste solo, no necesita ayuda, elige su ropa acorde al clima. Índice de Barthel: 100 puntos: independiente ( <b>anexo 3</b> ).
7	<b>NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE.</b>	Paciente refiere que en ocasiones le da fiebre, no sabe cómo tomar la temperatura, se ayuda de paños de agua tibia para bajar la fiebre y su hija siempre está pendiente de este acontecimiento. Al examen físico temperatura de 36,6 grados (afebril).
8	<b>NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.</b>	Paciente refiere no utilizar cremas hidratantes para la piel, no conoce la forma correcta de cortarse las uñas de los pies, utiliza calzado apropiado, reconocer los signos de infección en la piel, sabe afeitarse y comenta que trata de estar lo más limpio posible. Al examen físico paciente presenta piel hidratada elástica, piel color canela, no lesiones en cuanto a su higiene corporal es lo que más cuida y refleja ante las demás personas.
9	<b>NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS.</b>	Paciente refiere que se podrían solucionar sus problemas si algún día recupera su audición, se irrita cuando no entiende lo que le escriben o cuando no quiere tomar la medicación, además él siempre tiene ventilada su casa, menciona que si recibió información sobre cuáles son las formas de contagio de la tuberculosis y sus cuidados. Paciente comenta que le da miedo salir a la calle porque no escucha nada y siente temor de ser atropellado por algún vehículo. Escala de Plutchick: Puntuación 14 Negativas sin riesgo suicida ( <b>anexo 5</b> )
10	<b>NECESIDAD DE</b>	Paciente refiere que el problema que más le afecta no es la tuberculosis si no la falta de audición pues no

	<b>COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES OPINIONES</b>	U pude comunicarse normalmente y para hacerlo sus familiares han tenido que optar por escribir en un cuaderno para comunicarse. Además, comenta que cuando sale a la calle trata de disimular que no escucha; pues habido ocasiones en que se ha encontrado con amigos y ha podido saludar y despedirse a la brevedad posible porque le da vergüenza no escuchar lo que le dicen. Durante la conversación paciente se quiebra en llanto manifestando el no poder escuchar le provoca impotencia y angustia al no poder dialogar con sus hijos pues antes le conversaban sobre sus problemas y hoy ya no. En algunas ocasiones le pregunte si el entendía mediante señas y me dijo que no entiende que para él es mejor que le escriban, la razón de esto es que después de que ya no pueda leer como va a comunicarse con los demás.
11	<b>NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS.</b>	Paciente refiere ser católico, temer a la muerte, manifiesta que ``mis problemas se solucionarían si me curara´´, además el paciente cree que no merece esta enfermedad porque no ha sido una mala persona.
12	<b>NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL.</b>	Paciente de 60 años, instrucción primaria, anteriormente se dedicaba a la elaboración de pan en su domicilio pero que por su enfermedad tuvo que abandonar dicho oficio, trabaja para sí mismo. La mayor parte del tiempo permanece en su negocio pues manifiesta que al atender a sus clientes le hace sentir mejor y por su situación actual de salud es lo único que puede hacer. Paciente refiere que sin importar lo que diga la gente siempre ha realizado las actividades domésticas pues él ha sido padre y madre para sus hijos cuando eran pequeños. Además refiere que en alguna ocasión su hija le prohibió seguir en el negocio pues era muy peligroso para él ya que en el sector existe personas peligrosas, pero que después lo entendió ya que era un medio de distracción para él. Escala de percepción de la función familiar - cuestionario Apgar familiar normo funcional: 8 puntos Normo funcional. <b>(Anexo 6)</b>
13	<b>NECESIDAD DE</b>	Paciente refiere que desde la aparición de los primeros

	<b>PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.</b>	síntomas de su enfermedad se sintió cansado ya no salía mucho de su casa, pero con el tratamiento ha ido mejorando, además los fines de semana sale con su familia al parque, comen fuera de casa y se olvida de su enfermedad.
14	<b>NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES.</b>	<p>Paciente con instrucción primaria conocer acerca de su enfermedad y tratamiento, su hija toma las decisiones sobre la misma.</p> <p>Familiar y paciente refieren llevar adecuadamente el tratamiento pero que el problema que le impide el aprendizaje es no poder escuchar y que en la casa de salud donde recibe tratamiento.</p> <p>El personal de enfermería del centro de salud donde recibe los respectivos tratamientos ha educado al paciente desde el inicio y el transcurso de la enfermedad en cuanto tiene que ver a alimentación, higiene controles continuos, importancia de la toma de medicación, efectos secundarios, educación sobre los exámenes que hay q realizarse. Además se realizaron visitas domiciliarias por parte de enfermeras, internas rotativas de enfermería, auxiliares pues existen ocasiones que el paciente no acude a tomar la medicación.</p>

## **IV. DESARROLLO**

### **4.1. DESCRIPCION CRONOLOGICA DETALLADA DEL CASO**

Paciente masculino de 60 años, nacido en Alausi, residente en Ambato desde hace 45 años en la avenida Imbabura 113 y san Cristóbal estudios primarios completos ocupación panificador, religión católica, estado civil casado, pero al momento se encuentra separado, grupo sanguíneo ORh +, promiscuo sexual, ex recluso. Serología positiva para VIH diagnosticada 2 años antes, con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo II, con antecedentes familiares madre con hipertensión Arterial que fallece con Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Paciente es atendido en la consulta médica del centro de salud materno infantil número 2 el día 13-03-2012 por presentar tos con hemoptisis en moderada cantidad sin causa aparente, acompañado de malestar general decaimiento y pérdida de peso. A la exploración física se encuentra con: TA: 110/60mmHg, FC: 80 lpm, FR: 22lpm, T: 36 grados centígrados, Peso: 56,5kg, Talla: 155cm. los mismos que se encuentran normales. Paciente en regular estado general, con palidez generalizada. Pulmones: frémito disminuido en ápice pulmonar izquierdo a la Auscultación: murmullo vesicular disminuido en campos pulmonares. Al realizarse los exámenes complementarios se encuentran: BAAR esputo (++) con secreción mucopurulenta es diagnosticado de tuberculosis pulmonar BK+ por la cual el paciente inicia con tratamiento antifímico esquema 1 que consiste en isoniacida, rifampicina, etambutol, pirazinamida, estreptomycinina.

(23-05-2012). Asiste para el control de la tuberculosis pulmonar BK +, paciente presenta campos pulmonares con respiración ruda continua y ardor en el estómago por lo cual el médico indica ranitidina 300mg 1 tableta HS como protector gástrico y continúa con tratamiento antifímico esquema 1, inicia fase 2 (lunes, miércoles y viernes). El 27-

07-2012 asiste para el control de la tuberculosis pulmonar BK +, y se encuentra a la auscultación los pulmones limpios se indica dietahiperproteica continua en fase 2 esquema 1.a los dos meses asiste para el control de la tuberculosis pulmonar BK +, se indica alta con resultados. El 19-09-2012 finaliza el tratamiento con condición de egreso curado ya que a la exploración física los pulmones se encuentran limpios y las baciloscopias realizadas son negativas.

(17-10-2012).reincia el cuadro de tos y hemoptisis por lo que acude nuevamente, en donde se realiza BAAR teniendo como resultado positivo. Se solicita un Gina Xpert MTB –RIF con resultado de MycobacteriumTyberculosis detectando resistencia a la rifampicina paciente con antecedentes de diabetes hace 2 años por lo cual el galeno indica tomar metformina 500mg+Glibenclamidav 5 mg 1 tableta VO QD por 30 dias, control en una semana, pruebas de sensibilidad y cultivo, Complejo B 1 tableta VO QD. El resultado de Xpert MTB –RIF de MycobacteriumTyberculosis detectando resistencia a la rifampicina, con los resultados de exámenes el paciente es referido al Hospital Pablo Arturo Suarez.

(13- 11-2012). Paciente es ingresado al Hospital Pablo Arturo Suarez para la continuación de tratamiento antifimicoel mismo que presenta: TA: 125/85mm Hg, FC:100 x minuto , FR: 30 x minuto, Temperatura: 37 , Peso :55.5 Kg que está dentro del rango normal a la exploracio física encuentran al paciente despierto, orientado, afebril, hidratado.Cabeza: Normocefalica, cabello e implantación normal para sexo y edad Ojos: Pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz. Nariz: fosas nasales permeables. Boca: mucosas orales, húmedas, piezas dentales en regular estado ORF: No congestiva, eritematosa leve, no purulenta. Cuello: Movimientos activos y pasivos conservados Tórax: Inspección: presencia de lesiones papulo-vesiculares eritematosas en región escapular derecha, Palpación: movilidad conservada, frémito disminuido en ápice pulmonar derecho, doloroso levemente en hemitorax derecho, Percusión: sonido submate en ápice derecho, Auscultación: murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar derecho, además se ausculta estertores y soplo en ápice pulmonar derecho. Abdomen: Suave, depresible no doloroso a la palpación superficial y profunda.

Extremidades: no edemas pulsos distales presentes. Musculo esquelético con atrofia muscular. Al realizarse los exámenes de laboratorio se encuentra: BH: Leu: 6,76K/ul, Neu: 4.86K/ul, Lyn: 1.31 K/ul, Hb: 13.02g/dl, Hcto: 38.13%, Plt: 326k/ul, BUN: 10.5 mg/dl, Creatinina 0.7mg/dl, BT: 0.43mg/dl, BD: 0.04 mg/dl, BI 0.39 mg/dl, Ac. Úrico: 3.8 mg/dl, Glucosa: 146 mg/dl, Proteínas Totales 7.2 g/dl, Albumina: 3.5 g/dl, Globulinas: 3.7 g/dl, Fosfatasa Alcalina: 106 U/I, TGO: 21 U/I, TGP 36 U/I, EMO: Normal, Hemoglobina Glicosilada 7.3%, se realiza radiografía la cual indica que hay infiltrado heterogéneo en zona apical de pulmón derecho. El 14- 11-2012. se realiza BAAR Espudo (++) , Cultivo (+), en el HPAS y se da el tratamiento que consiste en : Dieta para diabético 1800 calorías la misma que es dividida en 5 tomas, CSV + Sat O2 QD, Metformina 500mg + Glibenclamida 5 mg 1 tab BID para la glucosa, Control de Glicemia cada 6 horas y anotar y el tratamiento antifimico que consiste en Pirazinamida 500mg, 3 tab VO QD, ETAMBUTOL 400 mg, 3 tab VO QD, Levofloxacin 250mg, 3 tab VO QD, Etionamida 250 mg, 3 tab VO QD, Cicloserina 250mg, 3 tab VO QD, Isoniazida 150 mg + rifampicina 300 mg 2 tab VO QD y además de esa medicación también se le indico Kanamicina 1gr IM QD, Piridoxina 2000mg ½ tab QD y Omeprazol 20mg VO HS como protector gástrico por la toma de mucha medicación. Se realiza BAAR Espudo por varias ocasiones obteniendo (1-9 BAAR) el 18- 12-2012 al mes se le vuelve a realizar BAAR en Espudo teniendo como resultado (-) y los exámenes de laboratorio reportan: BH: Leu: 6,7K/ul, Neu: 4.48K/ul, Lyn: 1.40 K/ul, Hb: 14.2g/dl, Hcto: 43.0%, Plt: 288k/ul, BUN: 14 mg/dl, Creatinina 0.8mg/dl, BT: 0.55mg/dl, BD: 0.1 mg/dl, BI 0.45 mg/dl, Ac. Úrico: 8.8 mg/dl, Glucosa: 109 mg/dl, Proteínas Totales 7.2 g/dl, Albumina: 3.6 g/dl, Globulinas: 3.6g/dl, TP: 14.1 seg, TTP: 62.2 seg. los mismos que se encuentran dentro de los valores normales. El 15- 03-2013. se realizan nuevamente exámenes de laboratorio los cuales reportan: BH: Leu: 4.3K/ul, Neu: 59%, Lyn: 27%, Hb: 13.8g/dl, Hcto: 41.7%, Plt: 318k/ul, BUN: 16 mg/dl, Creatinina 1.02mg/dl, BT: 0.41mg/dl, BD: 0.07 mg/dl, BI 0.34 mg/dl, Ac. Úrico: 9.2mg/dl, Glucosa: 128 mg/dl, Proteínas Totales 7.4 g/dl, Albumina: 4.5 g/dl, Globulinas: 2.9g/dl, TP: 13.4 seg, TTP: 63.4 seg. donde se observa que la glucosa esta alta por lo cual se le recomienda seguir tomando la medicación. Paciente es diagnosticado con Enfermedad de Von Willebrand,



es dado el alta con tratamiento a su domicilio con el mismo tratamiento que estaba llevando en el hospital.

(20- 03-2013). Paciente acude al centro de salud para el control de la tuberculosis pulmonar multidrogoresistente y con contrareferencia del HPAS, donde se revisa el tratamiento a seguir. Al mes paciente acude al centro de salud para continuar con el control de la tuberculosis pulmonar multidrogoresistente, refiere dolor intenso en glúteo por administración IM de Kanamicina por lo que se procede a la administración IV diluida y lenta. El 09- 05-2013 se realizan Exámenes Glucosa: 95, Urea: 55, Creatinina: 1.3, Ácido Úrico: 9.6, Hb: 12.2, Hcto: 39.0 con lo que se decide continuar con la misma medicación y no modificar esquema ya que los exámenes realizados se encuentran dentro de los valores normales. La hija del paciente acude al Hospital Docente Ambato donde solicita exámenes de laboratorio teniendo una Creatinina 3,84 y una audiometría: OI hipoacusia neurosensorial severa y OD hipoacusia neurosensorial profunda, motivo por el cual familiar decide suspender tratamiento antifímico. El 22- 05-2013 el Paciente es reingresado al HPAS por presentar sordera bilateral y náusea, paciente refiere que al salir de alta se continúa con tratamiento antifímico con el esquema recomendado, pero sin embargo después de 15 días paciente presenta acúfenos bilaterales y que hace aproximadamente un mes refiere pérdida de la audición marcada que se acompaña de náusea y vómito. Se le realizan varias interconsultas teniendo como resultado por ORL: presentando hipoacusia profunda secundaria aminoglicosidos, se realiza una AUDIOMETRIA donde se aprecia pérdida de audición OD: 111%, OI: 105% se recomienda no usar aminoglicosidos. La interconsulta al área de NEFROLOGIA da como resultado un Diagnóstico de IRA Secundaria a aminoglicosidos, plan de tratamiento es disminuir o evitar el uso de aminoglicosidos, no usar AINES, y le indica prednisona 20mg VO QD. En el área de NEUROLOGIA: Diagnóstica hipoacusia sensorial medicamentosa y recomienda continuar con el uso de prednisona. El área de NEFROLOGIA: IRA más nefritis intersticial aguda, usar, prednisona 20mg VO QD indefinidamente. Le realizan también un ECO PROSTATICO el cual se encuentra normal. ENDOCRINOLOGIA: Diabetes Mellitus tipo II descompensada, se decide a cambiar a insulina glargina 12 UN a las 22:00 pm +Metformina de 850mg 1 tableta

antes del desayuno y una tableta antes de la cena, además control de glicemias am y pm. el paciente pasa 3 meses hospitalizado en el HPAS, se envía con indicaciones médicas a la casa.

(19- 10-2013). Paciente es atendido en hospital Los Valles en Quito donde le indican realizarse varios exámenes, al realizarse la prueba de ELISA paciente con diagnóstico de O+ para VIH, familiar no desea costear el tratamiento para esta enfermedad ya que está tomando el tratamiento antifímico por lo cual firma una nota de responsabilidad. Al paso de unos meses paciente es ingresado en Quito por un infarto pasa en coma por varios días.

(25- 02-2015). Paciente asiste para control de la Tuberculosis y mareo, refiere mareo, sueño y decaimiento general, para lo cual se indica: enalapril 5mg VO QD, control en 1 mes, continuar con tratamiento para tuberculosis

(23- 03-2015). paciente acude por presentar edema y adenomas, medico indica realizarse exámenes BH, QS, regresar con resultados, tomarse la presión arterial lunes miércoles y domingo. (25- 03-2015). Paciente asiste para control de la tuberculosis e hipertensión arterial (160/90) por lo cual se indica dieta hiposodica, enalapril 10 mg VO QD, ASA 100 mg VO QD, es referido a medicina interna. (23- 09-2015). Se realiza visita domiciliaria se indica al paciente que le faltan las dosis que tiene que tomar la medicación, el paciente indica que se encuentra delicado de salud y la hija indica que va a acudir a consulta médica para hacerle varios exámenes, se le indica la importancia de no abandonar el tratamiento (30- 10-2015). Se realiza visita domiciliaria se indica al paciente y a su familiar que debe asistir a tomar la medicación en el centro de salud y que tiene que hacerse el control medico

#### **4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

Conjunto de factores personales, sociales y ambientales que determinan el estado de salud de la población (OMS, 2010).

#### **FACTORES BIOLÓGICOS**

**INADECUADA ALIMENTACIÓN:** Desde el punto de vista nutricional, la edad adulta es un periodo en el que se superponen los riesgos derivados de los antecedentes familiares, además se consolidan o adquieren hábitos de vida y de alimentación que impactan directa o indirectamente sobre la alimentación. El paciente mantiene un peso inadecuado para su edad, ya que desde que empezó a tomar la medicación el paciente se siente inapetente por lo que puede progresar a un estado de desnutrición, que es otro factor de riesgo que se encuentra en estrecha relación con la tuberculosis; porque si la carencia nutricional se prolonga conlleva a una desnutrición proteica que expone al organismo a una invasión fácil de enfermedades infectocontagiosas y la infección por el bacilo de Koch, conduce o agrava la desnutrición. (Alvelay, Medisur 2010) (Rivera, 2014)

**EDAD: PACIENTE DE 60 AÑOS DE EDAD:** El riesgo para sufrir de tuberculosis varía en función de la edad, a más edad más riesgo.

En los adultos la edad en que se produce la infección y el estado inmunitario son los dos factores más importantes que determinan el paso a enfermedad y por ende puede adquirir enfermedades concomitantes.

**GÉNERO MASCULINO:** En buena parte del mundo hay más hombres que mujeres a quienes se diagnostica tuberculosis y que mueren a causa de ella; en algunos estudios el hecho de que los índices de notificación de tuberculosis sean más elevados en los hombres puede obedecer en parte a diferencias epidemiológicas (en cuanto a exposición, riesgo de infección y progresión desde el estadio de infección al de enfermedad). (OMS, 2015)

**SISTEMA INMUNOLÓGICO:** La Diabetes Mellitus tipo 2 es un factor de riesgo importante que compromete el sistema inmunitario y por ende puede adquirir enfermedades concomitantes.

**SEROPOSITIVO AL VIH:** La combinación de estas dos enfermedades son letal, pues la una acelera la evolución de la otra. En 2014, alrededor de 400 000 personas murieron a causa de la tuberculosis asociada con la infección por el VIH. Aproximadamente un

tercio de las muertes de entre las personas infectadas por el VIH fueron causadas por la tuberculosis en 2014. (OMS, 2015)

## **FACTOR AMBIENTAL**

**ENTORNO:** constituye un factor importante que altera el estado de salud del paciente ya que la gente que le rodea no le ayuda a sobresalir de la enfermedad ya que este sector es peligroso por lo cual también el personal de salud no puede realizar el trabajo como se debe dando si el incumplimiento del tratamiento antituberculoso e inasistencia a controles periódico necesarios.

## **FACTORES SOCIO ECONÓMICOS**

El aumento de la afección en la edad adulta se ha asociado a la crisis económica mundial, que ha llevado a la reducción del presupuesto para los programas de salud, y, así mismo, a la pobreza, el hacinamiento, la desnutrición, el abuso de sustancias y el aumento de la infección por VIH en pacientes de países con alta incidencia de tuberculosis con tasas de coinfección del 19 al %. (Morales, 2010)

El paciente pertenece a una familia de clase media, trabaja como panificador y era un ente productivo del hogar hasta las primeras manifestaciones de la enfermedad, las condiciones de salud que está atravesando actualmente el paciente le obligó a dejar de lado esta actividad económica y depender únicamente del sustento económico que sus hijos le proveen, esto maximiza el problema de salud del paciente ya que la tuberculosis involucra importantes gastos económicos que recaen en el paciente y su familia afectando la eficacia y adhesión al tratamiento ya que por falta de recursos económicos el paciente descuida su alimentación, se priva de suministros médicos que no pueden ser provistos por el ministerio de salud y que corren por cuenta del paciente.

El principio de no discriminación es fundamental, sin embargo la tuberculosis, así como el SIDA o la lepra, tiene no solo la carga del malestar biológico, sino que también la sociedad cierra la oportunidad para poder reintegrarse a la sociedad.

Su definición implica poner etiquetas a situaciones o personas, que pueden llevar luego a prácticas discriminatorias incluso en el ámbito de la salud. En un estudio realizado a profesionales de la salud se identificó que la mayor causa del estigma es el miedo a ser contagiado de tuberculosis (58%) y la forma más común de estigmatizar es minimizando el contacto con el paciente (40%), discriminación verbal (29%) y rechazo a la atención (23%).

#### **4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

En este punto se describirá dificultades que tuvo el paciente en cuanto a su atención.

##### **OPORTUNIDAD DE CONSULTA**

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, siempre con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integradamente, tanto del sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad, representa el primer nivel de contacto de las personas y la comunidad en sí, llevando la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria

Al asistir al centro de salud fue atendido de inmediato ya que en el centro de salud se atiende oportunamente estos casos, se realizó su respectiva valoración por parte de enfermería mediante la recogida de datos como toma de signos vitales , signos y síntomas, medidas antropométricas ,se educó al paciente a recoger correctamente la muestra de esputo para baciloscopia, salvaguardando la integridad del usuario,. Se

realizó los respectivos chequeos médicos al inicio y en el transcurso de la enfermedad, se pidió los exámenes pertinentes para el diagnóstico de la enfermedad, se efectuó post consultas de enfermería al final de cada chequeo médico luego de esto se inicia el tratamiento antituberculoso.

El paciente no tuvo ninguna dificultad al llegar a la casa de salud para ser atendido ya que vive cerca del mismo.

### **ACCESO: DIFICULTADES GEOGRÁFICAS Y DE ORDEN PÚBLICO**

Si hablamos de la localización geográfica del paciente con respecto a la unidad de salud podemos analizar que el domicilio se encuentra a poca distancia del centro de salud pero hay que considerar que el paciente se encuentra afectado por una enfermedad poco entendida por la sociedad haciendo que el paciente se aíse y no cumpla con el tratamiento como se debe.

### **CARACTERÍSTICAS EN LA ATENCIÓN**

Podemos definir la atención que el paciente ha recibido como adecuada en cuanto al manejo de acuerdo al protocolo de atención establecido, ya que el personal de salud ha tomado como prioridad de atención el tratamiento farmacológico brindando una atención integral, eficaz y oportuna. Se le proporciono a la paciente atención especializada para tratar los diferentes problemas de salud que se han originado durante la evolución de la enfermedad, además de diferentes medios de diagnóstico disponibles que ayudaron a determinar un diagnóstico adecuado y oportuno. Pero se puede identificar también una escasa atención por parte del personal de salud en cuanto a la prevención y promoción de salud mediante la educación y capacitación tanto del paciente como de la familia; aspecto fundamental para lograr una adhesión más eficaz al proceso de la enfermedad como al tratamiento y rehabilitación del paciente sino que además puede ayudar a prevenir o disminuir complicaciones que pudiesen presentarse durante la enfermedad.

#### **4.4. METAPARADIGMA**

El presente análisis de caso está basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson y se detallan a continuación los cuatro componentes del metaparadigma según dicha teorizante.

##### **Persona.**

Paciente católico tiene sus propios valores y en relación a sus creencias a referido que no se merece esta enfermedad ya que no ha sido una mala persona., piensa que los valores son muy importantes para vivir, es dependiente en la toma de decisiones ya que su hija lo hace por él.

El paciente se ve afectado por una compleja infección que es el VIH, en la que su sistema inmunológico se ve gravemente afectado, lo que hace que sea un ser sensible, que necesita de mucha voluntad y perseverancia para asimilar el progreso de su enfermedad y cumplir con el régimen de tratamiento para lograr alcanzar una vida sana.

##### **El entorno**

Considera que vive rodeado de una familia que lo comprende saben cómo comunicarse con él, posee una vivienda grande en la cual se ajusta al número de miembros que conforman su familia, su domicilio está ubicado a una cuadra del Centro de salud, tiene acceso a todos los servicios básicos y alrededor tiene al alcance de satisfacer cada una de sus necesidades ya sea farmacias, tiendas, escuelas y otros.

##### **La enfermería**

El paciente posee un gran afecto y respeto hacia el personal de enfermería, mismas que han estado manejando su tratamiento cuando estaba hospitalizado y hasta la presente fecha lo siguen haciendo bajo las normas y protocolos que demanda el Ministerio de Salud Pública; además ellas han sido quienes le han educado sobre su patología y le han

ayudado con el tratamiento ya que cuando el paciente no asistía al centro de salud ellas le iban a dar en el domicilio.

### **La salud**

En cuanto a la salud del paciente, empezando por denominarlo una persona independiente a pesar de su patología de tuberculosis e infección VIH, hace que todas sus necesidades tanto fisiológicas, de seguridad, afecto y pertenencia, así como de autorrealización se vean comprometidas, cabe mencionar que a pesar de estas dificultades presentes, el paciente tiene un autoestima elevado y su conexión ante la salud es tan intensa que para él lo más importante es la vida.

#### **4.5. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

En el presente estudio de caso se identificaron varios puntos críticos de acuerdo a la priorización de la pirámide de Maslow y son los siguientes.

<b>A. NECESIDADES FISIOLÓGICAS</b>	
<b>Alimentación/ nutrición</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nauseas después de tomar la medicación y comida.</li> <li>2. Reflujo gastroesofágico.</li> <li>3. Falta de multivitaminas.</li> <li>4. Falta de piezas dentales.</li> <li>5. Flatulencias.</li> </ol>
<b>Aire/ respiración.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolor torácico.</li> <li>2. Escala de Borg de 0.5 disnea muy, muy leve. No se nota.</li> <li>3. Tos.</li> <li>4. Expectoración color amarillo.</li> </ol>
<b>Temperatura.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desconocimiento al utilizar termómetros.</li> <li>2. Escalofríos.</li> </ol>



	3. Fiebre.
<b>Eliminación.</b>	1. Diaforesis. 2. Rinorrea. 3. Estornudos.
<b>Descanso, sueño y dolor.</b>	1. Escala de somnolencia de Epworth 13 puntos: insomnio leve. 2. Paciente refiere sentirse poco cansado durante el día. 3. Ojeras poco oscuras.
<b>B. NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.</b>	
<b>Seguridad del cuerpo e higiene.</b>	1. No utiliza cremas hidratantes para la piel. 2. No saber cuál es la forma correcta de cortarse las uñas de los pies. 3. No saber cuál es el calzado apropiado para sus pies. 4. No sabe cómo reconocer los signos de infección en la piel. 5. No saber cómo afeitarse. 6. No revisar la plantas dedos, los pies manos buscando signos de infección.
<b>Seguridad Física.</b>	1. Paciente tiene miedo a salir a la calle por temor a ser atropellado.
<b>Seguridad de salud.</b>	1. Paciente refiere irritarse cuando no entiende lo que le escriben. 2. Paciente tiene la expectativa de curarse de los oídos. 3. Paciente refiere olvidarse de algunas

	cosas.
<b>Empleo</b>	<b>1.</b> No escucha cuando sus clientes le quieren comprar algo.
<b>C. NECESIDAD DE AFILIACIÓN</b>	
<b>Proximidad y comunicación.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificultad de comunicarse con los demás.</li> <li>2. No puede comunicarse perfectamente con los demás desde que perdió la audición.</li> <li>3. Para comunicarse sus hijos le escriben en un papel.</li> <li>4. No utiliza mímicas para comunicarse.</li> <li>5. No escuchar absolutamente nada.</li> <li>6. No conversar con su familia por su problema de salud.</li> <li>7. Llanto al momento de hacerle las preguntas sobre su enfermedad.</li> <li>8. Tristeza.</li> <li>9. Paciente en alguna ocasión ya no quiso comunicar nada.</li> <li>10. Paciente habla de manera fuerte.</li> </ol>
<b>Amistad.</b>	<b>1.</b> El paciente cuando sale a la calle trata de disimular que no escucha pues hay ocasiones en que se ha encontrado con amigos y ha tenido que solo saludar y despedirse porque le da vergüenza no escuchar lo que le dicen.

#### 4.6. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

DIAGNÓSTICOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
<p><b>Mantenimiento ineficaz de la salud r/c afrontamiento de la enfermedad. m/p Falta de prácticas saludables, ausencia de medidas de prevención, desinterés por mejorar la salud, desconocimiento actividades saludables.</b></p>	<p>PROMOCIÓN SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.</li> <li>➤ Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología/ según cada caso.</li> <li>➤ Evaluar los patrones familiares, económicos y culturales que influyen en el incumplimiento del régimen terapéutico.</li> <li>➤ Ayudar al usuario a elegir un estilo de vida saludable y a realizarse controles diagnósticos frecuentes.</li> <li>➤ Ayudar al paciente a reducir el estrés.</li> <li>➤ Diseñar material educativo dirigido al paciente y a la familia sobre conductas saludables.</li> <li>➤ Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios</li> </ul>

		<p>para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.</li> <li>➤ Enseñar al paciente medidas para controlar /minimizar síntomas, si procede.</li> <li>➤ Incluir un enfoque en la promoción de salud dirigido al paciente y la familia para evitar complicaciones propias de la enfermedad.</li> <li>➤ Proveer de material de apoyo sobre medicación, alimentación, para asistir con el cumplimiento de actividades propuestas.</li> <li>➤ Hacer que el paciente demuestre los procedimientos y cuidados aprendidos.</li> </ul>
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>
<b>Trastorno de la imagen corporal</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valorar las razones del paciente para desear cambiar.</li> <li>➤ Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.</li> </ul>

<p>r/c <b>discapacidad auditiva y motora</b>  m/p <b>ansiedad, abandono de la comunicación con la sociedad.</b></p>	<p>AUTOPERCEPCION</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas.</li> <li>➤ Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta.</li> <li>➤ Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual.</li> <li>➤ Animar al paciente a desarrollar una medición visual de los cambios de conducta (un gráfico).</li> <li>➤ Ayudar al paciente a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce la conducta (señales desencadenantes).</li> <li>➤ Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.</li> <li>➤ Explorar con el paciente el uso potencial de la meditación y la relajación progresiva para intentar cambiar la conducta.</li> </ul> <p><b>Modificación de la conducta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.</li> <li>➤ Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.</li> </ul>
---	-----------------------	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Animar al paciente a que examine su propia conducta.</li> <li>➤ Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos.</li> <li>➤ Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede.</li> <li>➤ Elegir refuerzos que tengan sentido para el paciente.</li> <li>➤ Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por sobre el propósito y proceso del ejercicio de las habilidades sociales.</li> <li>➤ Implicar a los seres queridos en las sesiones de ejercicio de habilidades sociales) con el paciente, si resulta oportuno.</li> <li>➤ Proporcionar seguridad al paciente y a los seres queridos sobre lo adecuado de sus respuestas sociales en las situaciones de realización de los ejercicios</li> </ul>
--	--	--

<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>
<p>Desequilibrio nutricional por defecto r/c Incapacidad para ingerir y digerir los alimentos m/p pérdida de peso, inapetencia.</p>	<p><b>Apoyo Nutricional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Determinar la causa de las náuseas y vómitos (medicación, intoxicación), para poder determinar las intervenciones a seguir.</li> <li>➤ Mantener el ambiente libre de olores, perfumes, productos de limpieza que pueden exacerbar las náuseas y vómitos.</li> <li>➤ Evitar los movimientos bruscos, mantener en una sola posición al paciente mientras se alimenta para evita el vómito.</li> <li>➤ Valorar la habilidad del usuario para alimentarse por sí solo.</li> <li>➤ Proporcionar un ambiente tranquilo y agradable para comer.</li> <li>➤ Proporcionar información sobre una conducta adecuada de nutrición que fomenten la calidad de vida de la paciente.</li> <li>➤ Enseñar la importancia del consumo de una dieta equilibrada.</li> </ul>

#### 4.7 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA						
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 4 Actividad y Reposo. CLASE: 2 Actividad y Ejercicio. CÓDIGO DE DX: 00085	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN.	DE	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
<p><b>Definición:</b> Limitación del movimiento físico independiente.</p> <p><b>Diagnostico:</b> Deterioro de la movilidad física r/c disnea m/p limitación de las actividades motoras, cansancio.</p>	<p><b>MOVILIDAD</b> 0208.</p> <p><b>Dominio:</b> salud funcional.</p> <p><b>Clase:</b> Movilidad.</p>	<p><b>020S06</b> Ambulación</p> <p><b>020S14</b> Se mueve con facilidad.</p> <p><b>020S05</b> Realización del traslado.</p> <p><b>020801</b> Mantenimiento del equilibrio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravemente comprometido 1</li> <li>• Sustancialmente comprometido 2</li> <li>• Moderadamente comprometido 3</li> <li>• Levemente comprometido 4</li> <li>• No comprometido 5</li> </ul>		3	4
					3	4
					3	4
					3	4



### CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

<b>CLASE: F</b>	Control de la actividad y ejercicio	<b>CAMPO: 1</b>	Fisiológico Básico.	<b>CLASE: F</b>	Control de la actividad y ejercicio.	<b>CAMPO: 1</b>	Fisiológico Básico.
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>				<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<b>Fomentar mecanismo Corporal 0140.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Una buena mecánica corporal permite la alineación de la columna vertebral con los miembros superiores e inferiores facilitando así el movimiento adecuado evitando así lesiones futuras (Hoeman 2002).</li> </ul>		<b>Enseñanza actividad/ ejercicio.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tomar el pulso antes de que el paciente empiece a caminar y luego cuando termine.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>El pulso indica la tolerancia cardíaca a la marcha (Radwanski y Hoeman 1996).</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar medidas anti embolia, elevar gradualmente la cabecera de la cama, enseñar al paciente permanezca sentado unos minutos antes de ponerse de pie ortostática.</li> <li>• Animar al paciente a ponerse de pie y caminar con frecuencia.</li> <li>• Fomenta la deambulación diaria con periodos de descanso.</li> <li>• Fomentar la realización de ejercicios pasivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorece la redistribución circulatoria para prevenir el estancamiento (Halm 2001).</li> <li>• El apoyo del peso y la contractura de las fibras musculares estimulan el crecimiento del hueso, absorción de calcio, previene la osteoporosis, y aumenta el transporte de oxígeno (Sims y Olson 2002)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la presencia de balanceo excesivo, equilibrio escaso y corta longitud en el primer paso en los ancianos.</li> <li>• Recomendar la ingesta de suplementos de vitamina D y lácteos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este puede ser un problema que ayude a identificar problemas posturales (Mbourou 2003).</li> <li>• El consumo abundante de calcio reserva en el hueso, previene su pérdida en ancianos reduce el riesgo fracturas (Heaney 2000)</li> </ul>
---	--	---	---

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad y Reposo <b>CLASE:</b> 1 Reposos y Sueño <b>CÓDIGO DE DX:</b> 00095	<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN.</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b> <b>MANTENER</b> <b>AUMENTAR</b>	
<b>Definición:</b> Actividad de descanso no apropiado de acuerdo a el número de horas durante la noche.  <b>Diagnóstico:</b> Insomnio r/c preocupación, disminución en la calidad de vida, debilidad, falta de energía.	<b>SUEÑO</b> <b>0004</b> 1008 <b>Dominio:</b> salud funcional. <b>Clase:</b> mantenimiento de la energía.	<b>000401</b> Horas de sueño (como mínimo 5 h / 24 horas ) <b>000402</b> Horas de sueño cumplidas. <b>000403</b> Patrón del sueño. <b>000404</b> Calidad del sueño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravemente comprometido 1</li> <li>• Sustancialmente comprometido 2</li> <li>• Moderadamente comprometido 3</li> <li>• Levemente comprometido 4</li> <li>• No comprometido 5</li> </ul>	3  3  3  2	4  4  4  4

### CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

<b>CLASE: F</b>	Facilitación del auto cuidado.	<b>CAMPO: 1</b>	Fisiológico Básico.	<b>CLASE: F</b>	Facilitación del auto cuidado.	<b>CAMPO: 1</b>	Fisiológico Básico.
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>				<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<b>Mejorar el sueño</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el esquema de sueño y vigilia del paciente.</li> <li>• Valorar el nivel del dolor y utilizar medidas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del dolor.</li> <li>• Valorar la presencia de</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La valoración de la conducta y de los patrones del sueño es parte importante para la exploración del estado de salud. (Landis, 2002).</li> <li>• El dolor conduce a la interrupción del sueño. (Stiefel, 2004)</li> <li>• La Hiperactivación del</li> </ul>		<b>Manejo del ambiente: confort</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener un entorno tranquilo sin ruidos.</li> <li>• Fomentar actividad física durante el día.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El ruido excesivo altera el sueño. (Floyd, 1999).</li> <li>• Aumento de actividades durante el día fomenta el sueño. (Richards, 2001)</li> </ul>	

<p>signos de depresión en el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.</li> <li>• Determinar el nivel de ansiedad en el paciente y utilizar técnicas de relajación</li> <li>• Disminuir o eliminar el consumo de cafeína.</li> <li>• Proporcionar masaje en la espalda antes de dormir.</li> </ul>	<p>sistema nervioso central produce alteración del patrón del sueño. (Sateia, 2000)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las técnicas de relajación fomenta el sueño en pacientes con insomnio. (Floyd, 2000)</li> <li>• La cafeína puede interferir en la conciliación del sueño. (Benca, 2005).</li> <li>• Los masajes en la espalda son efectivos para fomentar la relajación. (Richards, 2003).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar apoyo a la familia de la paciente contrastorno crónico del patrón del sueño</li> <li>• Iniciar intervenciones no farmacológicas para el insomnio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede alterar el patrón del sueño de la familia y aumentar el nivel de estrés. (Floyd, 2000)</li> <li>• Las técnicas no farmacológicas como: relajación, masajes, intervenciones cognitivas y educativas ayudan a mantener la eficacia y continuidad del sueño. (Morin, 1999).</li> </ul>
---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"><li>• Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.</li></ul>			
---	--	--	--

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
<b>DOMINIO:</b> 1 Promoción Salud <b>CLASE:</b> 2 Gestión Salud <b>CÓDIGO DE DX:</b> 00080	<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN.</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR</b>	
<b>Diagnóstico:</b> Mantenimiento ineficaz de la salud r/c afrontamiento de la enfermedad. m/p Falta de prácticas saludables, ausencia de medidas de prevención, desinterés por mejorar la salud, desconocimiento actividades saludables.	<b>Conocimiento fomento de la salud</b> 1823 <b>Dominio:</b> Conducta de Salud <b>Clase:</b> Conocimiento de Salud.	<b>182308</b> Descripción de conductas que fomentan la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NINGUNO 1</li> <li>• EXCASO 2</li> <li>• MODERADO 3</li> <li>• SUSTANCIAL 4</li> <li>• EXTENSO 5</li> </ul>	2	4
		<b>182316</b> Descripción del uso seguro de medicamentos.		2	4
		<b>182309</b> Descripción de estrategias eficaces par a hacer frente al estrés.		2	4

### CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

<b>CLASE: S</b>	Educación de los pacientes.	<b>CAMPO: 3</b>	Conductual	<b>CLASE: S</b>	Educación de los pacientes.	<b>CAMPO: 3</b>	Conductual
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>				<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<p><b>ENSEÑANZA:</b></p> <p><b>PROCESO ENFERMEDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.</li> <li>• Explicar la fisiopatología de la</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un conocimiento adecuado a cerca del proceso salud y enfermedad permite una afrontación positiva a la situación de salud. (Clark, 1996).</li> <li>• Ayuda a comprender las razones por las cuales el paciente y la familia no pueden cumplir con el tratamiento. (Smith, 1997)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.</li> <li>• Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La educación a cerca de prácticas saludables, cumplimiento con el tratamiento, y apoyo en los servicios de salud permite que los pacientes adopten con mayor facilidad estas conductas de salud. (Heineken 1998)</li> <li>• La educación del paciente</li> </ul>	



<p>enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología/ según cada caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar los patrones familiares, económicos y culturales que influyen en el incumplimiento del régimen terapéutico.</li> <li>• Ayudar al usuario a elegir un estilo de vida saludable y a realizarse controles diagnósticos frecuentes.</li> <li>• Ayudar al paciente a reducir el estrés.</li> <li>• Diseñar material educativo dirigido al paciente y a la familia sobre conductas saludables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes que adoptan conductas saludables reducen el riesgo de complicaciones y secuelas de la enfermedad. (Furniss, 2000)</li> <li>• El estrés es una de las principales causas de complicaciones de enfermedades.</li> <li>• El refuerzo y educación del paciente y la familia contribuye a la eficacia del tratamiento. (Hayes, 1998)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente medidas para controlar /minimizar síntomas, si procede.</li> <li>• Incluir un enfoque en la promoción de salud dirigido al paciente y la familia para evitar complicaciones propias de la enfermedad.</li> <li>• Proveer de material de apoyo sobre medicación, alimentación, para asistir con el cumplimiento de actividades propuestas.</li> <li>• Hacer que el paciente demuestre los procedimientos y cuidados aprendidos.</li> </ul>	<p>y la familia permite crear conciencia sobre los cuidados oportunos para evitar complicaciones. (Rimmer, 1999).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilita el cumplimiento de objetivos propuestos.</li> <li>• Promueve la confianza y aumenta la destreza para realizar los cuidados propuestos.</li> </ul>
--	---	--	---

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA						
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
DOMINIO: 12 Confort. CLASE: 1 Confort Físico. CÓDIGO DE DX: 000133.	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN.	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR		
<b>Definición:</b> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.  <b>Diagnóstico:</b> Dolor crónico r/c proceso fisiológico de la enfermedad m/p, informes verbales de dolor.	<b>CONTROL DEL DOLOR</b>	<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud.  <b>Clase:</b> Conducta de salud.	<b>160502</b> Reconoce el comienzo del dolor.	• Nunca demostrada 1	3	4
			<b>160501</b> Reconoce factores causales.	• Raramente demostrada 2	3	4
			<b>160504</b> Utiliza medidas de alivio no analgésicas.	• A veces demostrada 3	1	3
			<b>160505</b> Utiliza los analgésicos de forma apropiada.	• Frecuentemente demostrada 4	2	4
			• Siempre demostrada 5			

### CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

<b>CLASE: E</b>	Fomento de la comodidad física.	<b>CAMPO: 1</b>	Fisiológico Básico.	<b>CLASE: E</b>	Fomento de la comodidad física.	<b>CAMPO: 1</b>	Fisiológico Básico.
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>				<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<b>MANEJO DEL DOLOR</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La valoración inicial del dolor es de gran importancia para guiar el plan de cuidados del dolor.</li> <li>• Las calificaciones de la intensidad del dolor como elemento único son fiables para valorar su intensidad (Jensen 2003).</li> <li>• Factores fisiopatológicos y de morbilidad psicológica están asociadas al dolor.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir al paciente que describa su apetito, eliminación intestinal, sueño y descanso, administrar medicaciones y tratamientos que mejoren estas funciones.</li> <li>• Enseñar e implementar intervenciones no farmacológicas para control del dolor como: fisioterapia, relajación,</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe una gran variación individual de apareamiento de efectos secundarios a medicamentos para el dolor los cuales deben tratarse como medida profiláctica (Plaisance y Ellis 2002).</li> <li>• Las intervenciones no farmacológicas se deben emplear para complementar no sustituir el tratamiento</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir los efectos adversos del dolor no aliviado.</li> <li>• Explicar al paciente el enfoque de control del dolor incluyendo, terapias, medicación, efectos secundarios y complicaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El dolor persistente y no aliviado suprime el sistema inmune.</li> <li>• Uno de los pasos para la mejora del dolor es la comprensión del usuario sobre la naturaleza del mismo y el papel que debe asumir para controlarlo.</li> </ul>	<p>aplicación de frío o calor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a minimizar los efectos del dolor en las actividades de la vida diaria.</li> <li>• Emplear el enfoque de cuidado del dolor integrando a la familia.</li> </ul>	<p>farmacológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dolor disminuye la capacidad para ejercer control, disminuir el bienestar psicológico, y les hace sentir indefensos y vulnerables.</li> <li>• La integración de la familia en el tratamiento del dolor, aumento el cumplimiento del mismo.</li> </ul>
---	---	---	---

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA						
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)						
<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/ reposo	<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN.</b>	<b>DE</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>	
<b>CLASE:</b> 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar.					<b>DIANA</b>	
<b>CÓDIGO DE DX:</b> 00032 Patrón respiratorio ineficaz.					<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
<p><b>Definición:</b> La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.</p> <p><b>Diagnóstico:</b> Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga manifestado por disnea, dolor torácico leve.</p>	<p><b>NIVEL DEL DOLOR (2102)</b></p> <p><b>Dominio:</b> Salud percibida (V)</p> <p><b>Clase:</b> Sintomatología(V)</p>	<p><b>210210</b> Frecuencia respiratoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravemente comprometido 1</li> <li>• Sustancialmente comprometido 2</li> <li>• Moderadamente comprometido 3</li> <li>• Levemente comprometido 4</li> <li>• No Comprometido 5</li> </ul>		3	4

### CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

<b>CLASE:</b> A	Control de actividad y ejercicio.	<b>CAMPO: 1</b>	Fisiológico: Básico cuidados que apoyan el funcionamiento físico.	<b>CLASE: A</b>	Control de actividad y ejercicio.	<b>CAMPO: 1</b>	Fisiológico: Básico cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>				<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<b>FOMENTO DEL EJERCICIO 0200</b>				<b>MANEJO DEL DOLOR 1400</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud. Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al usuario sobre los riesgos para la salud asociados al sedentarismo incluyen cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, ictus, hipertensión, reflujo gastroesofágico, cálculos biliares, osteoartrosis y trombosis venosa (NutritionAction, 2004).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La valoración y registro del dolor iniciales proporcionan dirección para el plan de tratamiento del dolor.</li> <li>• Una valoración completa del dolor incluye todas las características del mismo que el usuario pueda proporcionar</li> </ul>	

ejercicios.			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.</li> <li>• Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendar al usuario que duerma lo suficiente. La falta de sueño, menos de 7 horas por noche, está asociado a un mayor riesgo de obesidad (TuftsUniversity, 2005).</li> </ul>	<p><b>MANEJO DE LA ENERGÍA 0180</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente.</li> <li>• Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.</li> <li>• Determinar las causas de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• .la información de este sobre el dolor se considera como el conjunto de datos más fiables (American PainSociely, 2004: JointCommissiononAccreditation of AHealthcareOrganization (JCAHO),2000).</li> </ul>

<p>del programa de ejercicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.</li> <li>• Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.</li> <li>• Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del</li> </ul>		<p>la fatiga (tratamientos, dolor y medicamentos).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.</li> <li>• Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.</li> <li>• Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol / regulación de la actividad.</li> <li>• Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.</li> <li>• Instruir al paciente/ser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la gravedad de la fatiga en una escala del 0 al 10 (fatiga media, mejores y peores niveles); valorar la frecuencia de la fatiga (número de días por semana y hora del día), actividades y sín-tomas asociados con el aumento de fatiga (es decir, dolor), capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria. (Meek et al, 2000). (Tiesinga et al, 2001). (Barroso y Lyrm, 2002).</li> <li>• aconsejar al usuario que exprese sus sentimientos sobre la fatiga, incluyendo su percepción de las causas</li> </ul>
--	--	---	---



<p>ejercicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados.</li> <li>• Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.</li> </ul>		<p>querido a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.</li> </ul>	<p>potenciales de la fatiga y las posibles intervenciones para aliviarla; emplear técnicas de escucha activa e identificar fuentes de esperanza. BE: La fatiga crónica es una enfermedad debilitante caracterizada por fatiga persistente acompañada de síntomas reumatológicos, cognitivos y de aspecto infeccioso (Craig y Kakumanu, 2002).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar con la ayuda del médico de atención primaria si existe una causa fisiológica o psicológica de la fatiga que se pueda tratar, como anemia, dolor, desequilibrio electrolítico (es decir,</li> </ul>
---	--	--	--

			<p>alteración del nivel de potasio), hipotiroidismo, depresión o efectos de la medicación. La presencia de fatiga está asociada a factores biológicos, psicológicos, sociales y personales (BensingHulsman y Schreurs, 1999).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la fatiga, sugerir actividades restauradoras recurriendo a la naturaleza, como sentarse en el exterior, observar pájaros o la jardinería (Erickson, 1996; Cimprich, 1993).</li> <li>• Establecer estrategias para la conservación de energía (p. ej., sentarse en lugar de</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>permanecer de pie al tomar una ducha, almacenar artículos en la cintura). Las estrategias de conservación de la energía pueden reducir la cantidad empleada (Vanagre, Gilbertson y Mathiowetz, 2001).</p>
--	--	--	--

<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b>					
<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>					
<b>DOMINIO:</b> 6 Autopercepción <b>CLASE:</b> 3 imagen corporal <b>CÓDIGO DE DX:</b> 00118 Trastorno de la imagen corporal	<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN.</b>	<b>DE</b>	<b>PUNTUACIÓN</b> <b>DIANA</b> <b>MANTENER</b> <b>AUMENTAR</b>

<p><b>Definición:</b> Confusión en la imagen mental del yo físico.</p> <p><b>Diagnóstico:</b> Trastorno de la imagen corporal r/c discapacidad auditiva m/p ansiedad, abandono de la comunicación con la sociedad.</p>	<p><b>IMAGEN CORPORAL (1200)</b></p> <p><b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III)</p> <p><b>Clase :</b> Bienestar psicológico (M)</p>	<p><b>120001</b> Imagen interna de sí mismo.</p> <p><b>130016</b> Mantiene las relaciones.</p> <p><b>130007</b> Expresa sentimientos sobre el estado de salud.</p> <p><b>130001</b> <b>Tranquilidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca demostrado 1</li> <li>• Raramente demostrado 2</li> <li>• A veces demostrado 3</li> <li>• Frecuentemente demostrado 4</li> <li>• Siempre demostrado 5</li> </ul>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>
--	---	---	---	-------------------------------------	-------------------------------------

## V. CONCLUSIONES

- Se elaboró el proceso de atención de enfermería con sus respectivos diagnósticos obteniendo una puntuación de Likert entre 3-4.
- Las dificultades que tuvo el paciente en cuanto a su calidad de vida fueron la comunicación pues los efectos adversos de la medicación dañaron su sistema auditivo.
- Existió un diagnóstico rápido en el diagnóstico de la patología en el paciente y por ende su derivación a una unidad de salud especializada para un manejo multidisciplinario y oportuno.
- Mediante el plan de intervención de enfermería enfocado en la educación al paciente y la familia sobre los cuidados y conductas saludables se podrá disminuir o evitar futuras de complicaciones de la enfermedad.

## **VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **BIBLIOGRAFÍA**

**Ackley, B., Ladwig, G.** (2007). Manual de Diagnósticos de Enfermería. Madrid. España: Elsevier.

**Bellido, J., Lendínez, J.** (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes nnn (1aed.). Jaén. España.

**Longo, D., Fauci, A., & otros.** (2013). Harrison Manual de Medicina. México D.F: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

**Mercadé, J., Sancho, J., López, F., Salas, X.** (2012). Guías diagnósticas y terapéuticas para la tuberculosis. Pasaje de la Virgen de la Alegría. Madrid. LUZÁN 5, S.A.

**Ministerio de Salud.** (2013-2014). Ministerio de Salud. Manual de control de la tuberculosis. Ecuador: MINSAL, ISBN: Fecha 1ª Edición: Marzo 2010.

**Rodríguez, J.L.** (2012). Consulta Rápida Medicina Interna. Madrid. España: MARBÁN LIBROS, S.L., ISBN: 978-84-7101-817-5.

**Salazar, A., López, D.** (2007, octubre). Epilepsia: aspectos básicos para la práctica psiquiátrica (Vol. 36, pp.1-7). Revista Colombiana de Psiquiatría.

**Targas, E., Contreras, G., Ríos, L.** (2014). Tratamiento Farmacológico de las Epilepsias. Bela Vista-Sao Paulo, sp: leitura médica Ltda., ISBN: 978-85-61125-98-1.

## LINKOGRAFÍA

**Acevedo, C. Dr., Miranda, Dr., C. & otros.** (Panamá, 2008). Informe sobre la Epilepsia en Latinoamérica. Recuperado el 9 de Mayo del 2015, de Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <http://www.ibe-epilepsy.org/downloads/Latin%20American%20Regional%20Report%20Spanish.pdf>

**Carissa F. Etienne. Dra.**(Washington, D.C. 2013). Informe sobre la Epilepsia en América Latina y el Caribe. Recuperado el 9 de Mayo del 2015, de Organización Mundial de la Salud. Disponible en [http://www.epilepsybuenosaires2014.org/\\_fileupload/docs/PAHO%20Epilepsy%20Report%20Spanish%202013.pdf](http://www.epilepsybuenosaires2014.org/_fileupload/docs/PAHO%20Epilepsy%20Report%20Spanish%202013.pdf)

**Carpio, A., Placencia, M., & otros.** (2001). Perfil de la Epilepsia en el Ecuador. Recuperado el 9 de Mayo del 2015, de Revista de neurología. Disponible en [http://www.epilepsiaecuador.org/campusabbot/modulos/documentos/modulo2\\_LECTURA\\_2.pdf](http://www.epilepsiaecuador.org/campusabbot/modulos/documentos/modulo2_LECTURA_2.pdf).

**Diario el Comercio.** (noviembre 16, 2012). Ecuador carece de una política para combatir la epilepsia. Recuperado el 9 de Mayo del 2015, de Organización Panamericana de la Salud. Disponible en [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=809%3Anoviembre-16-2012&Itemid=356](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=809%3Anoviembre-16-2012&Itemid=356)

**Rodríguez, P.** (2012). Diagnóstico y tratamiento del estado epiléptico. Recuperado el 8 de Septiembre del 2015. Disponible en <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/51/195>

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

**EBRARY:**Field, M. J. (Ed.). (2001). Tuberculosis in the Workplace. Washington, DC, USA: National Academies Press. Recuperado 21 de marzo del 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10032385&p00=Tuberculosis>

**EBRARY:**WHO (2007). Assessing Tuberculosis Prevalence. Albany, NY, USA: World Health Organization. Recuperado 21 de marzo del 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10392222&p00=tuberculosis>

**EBRARY:**Reichman, L. B., & Hershfield, E. S. (Eds.). (2000). Tuberculosis: A Comprehensive International Approach (2nd Edition). New York, NY, USA: CRC Press. Recuperado 21 de marzo del 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10051208&p00=tuberculosis>

**EBRARY:**World, H. O. (2010). Global Tuberculosis Control Epidemiology Strategy Financing. Albany, NY, USA: World Health Organization. Recuperado 21 de marzo del 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10438050&p00=tuberculosis>

**PROQUEST:** Javier, G. R. (2012). El programa de tuberculosis de barcelona cumple 25 años. Diario Médico. Recuperado 21 de marzo del 2015. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/963969443/26E70ACE84BD496APQ/3?accountid=36765>

**PROQUEST:** Presentará guerrero programa de prevención de tuberculosis en París. (2013). NOTIMEX. Recuperado 21 de marzo del 2015. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1417949096/26E70ACE84BD496APQ/7?accountid=36765>







# **VII. ANEXOS**

## ANEXO 1

<b>NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON</b>	
<b>Necesidad 1</b>	Respirar normalmente.
<b>Necesidad 2</b>	Comer y beber de forma adecuada.
<b>Necesidad 3</b>	Eliminar los desechos corporales.
<b>Necesidad 4</b>	Moverse y mantener una postura adecuada.
<b>Necesidad 5</b>	Dormir y descansar.
<b>Necesidad 6</b>	Elegir la ropa adecuada.
<b>Necesidad 7</b>	Mantener la temperatura corporal.
<b>Necesidad 8</b>	Mantener la higiene corporal
<b>Necesidad 9</b>	Evitar los peligros del entorno.
<b>Necesidad 10</b>	Comunicarse con los otros.
<b>Necesidad 11</b>	Actuar con arreglo a la propia fe.
<b>Necesidad 12</b>	Trabajar para sentirse realizado.
<b>Necesidad 13</b>	Participar en diversas formas de entretenimiento.
<b>Necesidad 14</b>	Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

ELABORADO POR: Elsy Navas FUENTE: [http://www.ome.es/04\\_01\\_desa.cfm?id=424](http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424).

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE AYUDA PARA LA EVALUACIÓN ESCALA DE DISNEA DE BORG.		
	0	Sin disnea
	0.5	Muy, muy leve. No se nota
	1	Muy leve
	2	Leve
	3	Moderada
	4	Algo severa
	5	Severa
	6	
	7	Muy severa
	8	
	9	Muy, muy severa (casi máximo)
	10	Máxima

ELABORADO POR: Elsy Navas FUENTE: <http://muyenforma.com/escala-de-borg.html>

### ANEXO 3

#### INSTRUMENTO DE AYUDA PARA LA EVALUACIÓN

<b>Índice de Barthel</b>	
<b>Comer</b>	10 INDEPENDIENTE: capaz de comer por si sólo 5 NECESITA AYUDA: para comer la carne o el pan pero puede comer por si solo 0 DEPENDIENTE: necesita ser alimentado por si sólo
<b>Vestirse</b>	10 INDEPENDIENTE: capaz de ponerse y sacarse la ropa por si solo 5 NECESITA AYUDA: realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable 0 DEPENDIENTE
<b>Arreglarse</b>	5 INDEPENDIENTE: realiza todas las actividades personales sin ayuda 0 DEPENDIENTE: necesita ayuda
<b>Deposición</b>	10 CONTINENTE 5 ACCIDENTE OCASIONAL 0 INCONTINENTE
<b>Micción</b>	10 CONTINENTE 5 ACCIDENTE OCASIONAL 0 INCONTINENTE
<b>Ir al retrete</b>	10 INDEPENDIENTE: entra y sale solo no necesita ayuda 5 NECESITA AYUDA: capaz de manejarse con pequeña ayuda, utiliza el baño solo, se limpia solo. 0 DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin ayuda
<b>Traslado sillón-cama</b>	10 INDEPENDIENTE: no necesita ayuda 5 NECESITA AYUDA: capaz de manejarse con pequeña ayuda 0 DEPENDIENTE: incapaz de moverse solo
<b>Deambulaci3n</b>	10 INDEPENDIENTE: puede caminar más de 50 metros sin ayuda 5 NECESITA AYUDA: precisa de ayuda para movilizarse 0 DEPENDIENTE <b>&gt;20 dependencia total</b> <b>20 a 40 dependencia grave</b> <b>60 o más dependencia leve</b>

ELABORADO POR: Elsy Navas

FUENTE: hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf

## ANEXO 4

### INSTRUMENTO DE AYUDA PARA LA EVALUACIÓN ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

I) Durante el mes pasado, cómo consideras la calidad de tu sueño?
<b>1. Muy buena</b> <b>2. Aceptablemente buena</b> <b>3. Ligeramente pobre</b> <b>4. Muy pobre</b>
II) Durante el mes pasado, ¿aproximadamente cuántos minutos necesitaste usualmente para dormirte una vez que decidiste ir a dormir?
<b>1. 0-20 min.</b> <b>2. 21-30 min.</b> <b>3. 31-60 min.</b> <b>4. más de 60 min.</b>
III) Durante los últimos treinta días, ¿cuántas veces te has despertado cada noche?
<b>1. ninguna</b> <b>2. 1-3</b> <b>3. 4-5</b> <b>4. más de 5</b>
IV) Cada noche, durante el pasado mes, ¿cuántas horas has dormido realmente, sin contar el tiempo que estuviste despierto?
<b>1. 8 horas.</b> <b>2. 6-7 horas.</b> <b>3. 5-6 horas.</b> <b>4. menos de 5 horas.</b>

V) Durante el pasado mes, ¿te sentiste con sueño durante el día?
<b>1. Nunca</b> <b>2. Un poco</b> <b>3. Bastante</b> <b>4. Todo el tiempo</b>
VI) En el pasado mes, ¿cuántas veces tuviste que tomar algún producto de venta libre (infusiones, preparados de Homeopatía, extractos de hierbas en comprimidos o en gotas) para poder dormir?
<b>1. Nunca</b> <b>2. 1-7</b> <b>3. 8-20</b> <b>4. Más de 20</b>
VII) En el pasado mes ¿cuántas veces has tomado medicamentos sedantes de venta bajo receta para dormir?
<b>1. Nunca</b> <b>2. 1-7</b> <b>3. 8-20</b> <b>4. Más de 20</b>

<b>Evaluación:</b>
<i>Suma los puntos que corresponden a los números de la izquierda.</i>
<b>Si la puntuación total es:</b>
- de 7 a 9: no padeces de insomnio
<b>- de 9 a 14: insomnio leve</b>
- de 14 a 21: insomnio moderado
- de 21 a 28: insomnio severo

FUENTE [http://www.institutferran.org/test\\_sueno.htm](http://www.institutferran.org/test_sueno.htm)

## ANEXO 5

### INSTRUMENTO DE AYUDA PARA LA EVALUACIÓN ESCALA DE PLUTCHICK

**Población diana:** Población general, trastorno de la personalidad antisocial y tipo límite. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. El punto de corte propuesto son 6 puntos. **INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un “SI” o “NO”.

SI	NO	
	X	1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?
	X	2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
	X	3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?
	X	4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?
	X	5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?
	X	6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?
	X	7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?
	X	8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?
	X	9. ¿Está deprimido/a ahora?
	X	10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?
X		11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?
	X	12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?
	X	13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?
	X	14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?
	X	15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

**TOTAL:**14 Preguntas negativas( sin riesgo suicida)

## ANEXO 6

### INSTRUMENTO DE AYUDA PARA LA EVALUACIÓN PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser auto administrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 0 - 2
- Disfuncional grave: 3 - 6

#### CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
¿Conversen entre ustedes los problemas que tiene en la casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	0	1	2
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia lo quiere?	0	1	2

FUENTE: [es.slideshare.net/herbafriend88/el-apgar-familiar](https://es.slideshare.net/herbafriend88/el-apgar-familiar)

**PUNTAJE TOTAL: 10 PUNTOS**



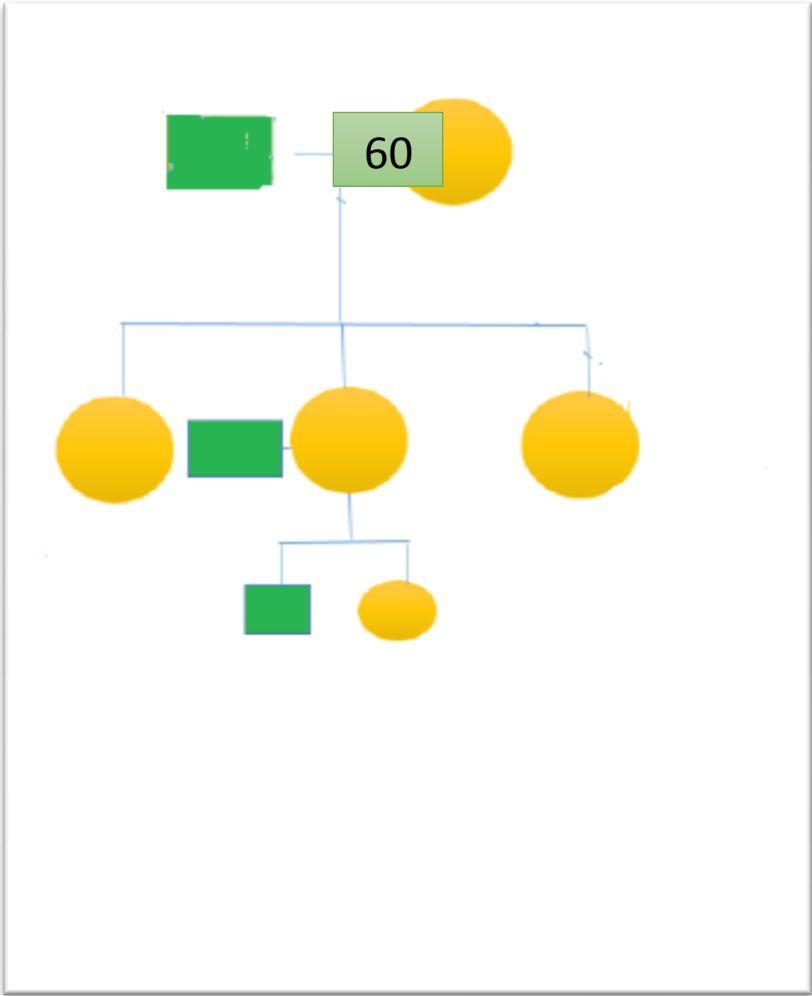
## ANEXO 7

### FACTORES DE RIESGO



**ANEXO 8**

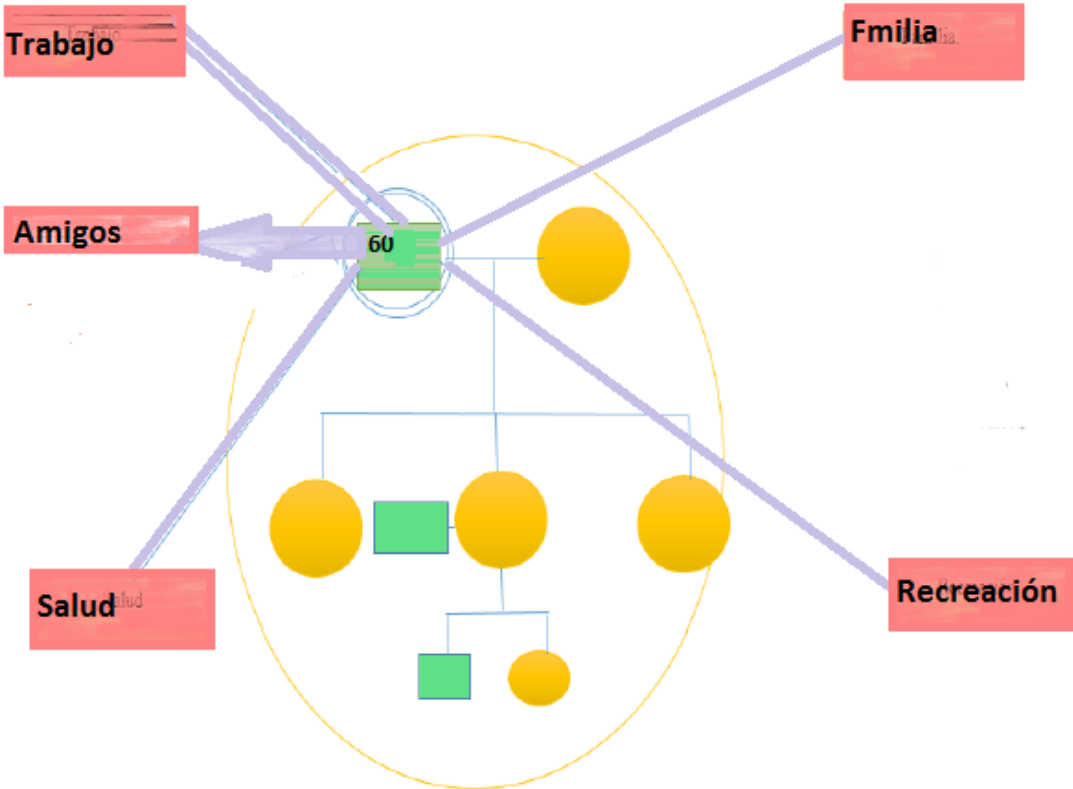
**FAMILIOGRAMA DEL PACIENTE**



FUENTE: Historia Clínica ELABORADO: Autora

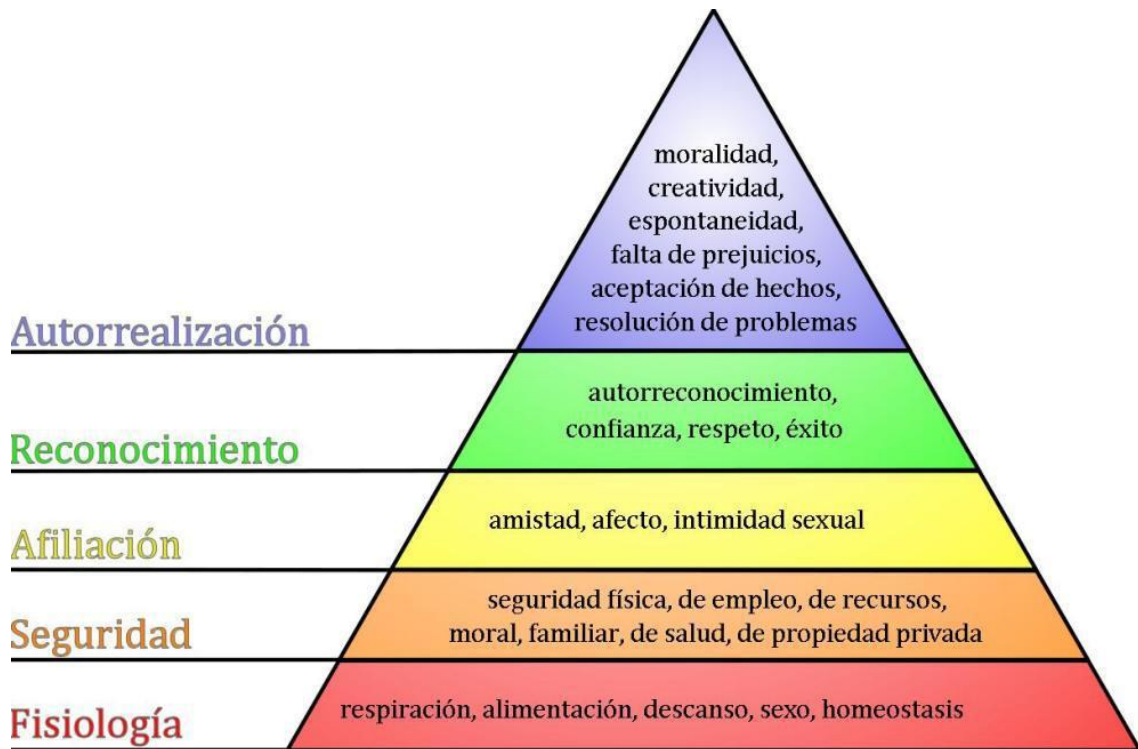
ANEXO 9

ECOMAPA



## ANEXO 10

### PIRAMIDE DE MASLOW



FUENTE. [HTTPS://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/PIR%C3%A1MIDE\\_DE\\_MASLOW](https://es.wikipedia.org/wiki/Pir%C3%A1mide_de_Maslow)