UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

"INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE."

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

Autora: Palate Chaglla, Lourdes Magaly.

Tutora: Lic. Mgs. Benavides Rovalino , Esther del Rocío.

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Análisis del Caso Clínico sobre el tema:

"INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE" de Lourdes Magaly Palate Chaglla 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. Mgs. Benavides Rovalino , Esther del Rocío.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico **"INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE"**, 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

……

Palate Chaglla ,Lourdes Magaly

DERECHOS DE AUTOR

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

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este 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

……

Palate Chaglla,Louerdes Magaly Palate.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema **"INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE"** de Lourdes Magaly Palate Chaglla, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre del 2015

Para constancia firman

……..	……	…….
PRESIDENTE/A	1er VOCAL	2do VOCAL

DEDICATORIA

A mis queridos padres, Aníbal y Mariana, a mis hermanas, a mi esposo Juan y a mi hija, por su amor incondicional en cada momento. A mí querido esposo Juan por su paciencia, su amor y su apoyo constante cuando lo necesite. A mí amada hija Génesis, por ser mi fuerza, mi luz y mi inspiración para culminar mi sueño.

Lourdes Magaly Palate Chaglla.

AGRADECIMIENTO

Agradezco:

A toda mi familia y la de mi esposo, su ayuda fue un apoyo incondicional cuando lo necesité, todos en algún instante y de alguna manera me ayudaron a culminar mi carrera. Gracias a toda mi familia.

A mis queridas licenciadas y doctores, por su especial cualidad para formarme como profesional, a la Dra. Sara Guadalupe, Lic. José Luis, Lic. Gloria Calero, Lic. Miriam Fernández por ser una guía y por sus enseñanzas durante la carrera. A la licenciada Esther Benavides, tutor de este trabajo, por brindarme su ayuda y conocimientos.

A mis amigos de toda la vida, a mis compañeros de aula, que compartimos juntos este sueño anhelado.

A la Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería, mi más sincero agradecimiento.

Lourdes Magaly Palate Chaglla.

ÍNDICE

PORTADA i

APROBACIÓN DEL TUTOR ii

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO iii

DERECHOS DE AUTOR iv

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR v

AGRADECIMIENTO vii

ÍNDICE viii

RESUMEN. xi

SUMMARY xiv

I. INTRODUCCIÓN 1

II. OBJETIVOS 2

2.1 OBJETIVO GENERAL 2

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2

III. RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN 3

3.1 RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE 3

3.2 RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE 3

IV. DESARROLLO 12

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO 12

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO 15

4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD 16

4.4 METAPARADIGMA 17

4.5 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS 18

4.6 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA 21

4.7 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO 27

V. CONCLUSIONES 55
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 56
BIBLIOGRAFÍA 56
LINKOGRAFÍA 57
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA 58
VII. ANEXOS 59
ANEXO 1: 59
ANEXO 2: 59
ANEXO 3: 60
ANEXO 4: 63
ANEXO 5: 65
ANEXO 6: 66
ANEXO 7: 68
ANEXO 8: 68
ANEXO 9: 71
ANEXO 10: 73
ANEXO 11: 74
ANEXO 12: 76
ANEXO 13: 77
ANEXO 14: 78
ANEXO 15: 79
ANEXO 16: 81
ANEXO 17: 83
ANEXO 18: 85
ANEXO 19: 86
ANEXO 20: 88

ANEXO 21: 89
ANEXO 22: 91
ANEXO 23: 92
ANEXO 24: 93
ANEXO 25: 94
ANEXO 25: 95
..... 97
..... 97

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE ’’

Autora: Palate Chaglla, Lourdes Magaly.

Tutora: Lic. Mgs. Benavides Rovalino, Esther del Rocío.

Fecha: Septiembre del 2015.

RESUMEN.

La TB MDR (tuberculosis multidrogoressitente) es una forma específica de tuberculosis drogorresistente. Se manifiesta cuando las bacterias causantes de la tuberculosis son resistentes por lo menos a la isoniazida y a la rifampicina, los dos medicamentos antituberculosos más potentes.

El presente caso se trata de un paciente masculino de 62 años de edad, con antecedentes personales de tuberculosis multidrogoresistente hace más o menos 3 años en tratamiento con antifímicos y deterioro auditivo 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

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 sordera bilateral y es enviado nuevamente a QUITO a ser valorado obteniendo como resultado hipoacusia neurosensorial severa y otros efectos secundaros a la medicación.

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 su función auditiva 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 en su capacidad auditiva lo que le dificulta realizar sus actividades diarias de forma autónoma.

Basada en la teoría de Virginia Henderson con sus 14 necesidades básicas se propone un Plan de Intervenciones de Enfermería establecidos en la Taxonomía NANDA, NOC y NIC, que van orientadas 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_MULTIDROGORESSITENTE, INTERVENCIONES_ENFERMERÍA, DETERIORO_AUDITIVO, ISONIAZIDA_RIFAMPICINA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCE

NURSING CAREER

"NURSING INTERVENTION IN RELATION TO THE QUALITY OF LIFE OF A MULTI DRUG RESISTANT TB PATIENT "

Author: Palate Chaglla, Lourdes Magaly

Tutor: Lic. Mgs. Benavides Rovalino, Esther del Rocío

Date: September 2015

SUMMARY

MDR TB (multidrug-resistant tuberculosis) is a specific form of drug-resistant tuberculosis. It occurs when the TB-causing bacteria are resistant to at least isoniazid and rifampicin, the two most powerful anti-TB drugs.

This case involves a male patient aged 62 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. 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.

Based on the theory of Virginia Henderson basic needs with its 14 Plan Nursing Interventions established Taxonomy NANDA, NOC and NIC, 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: KEYWORDS: TUBERCULOSIS_ MULTIDRUG RESISTANT, NURSING ACTIVITIES, HEARING _IMPAIRMENT, ISONIAZIDA, RIFAMPICINA

I. INTRODUCCIÓN

Una de cada tres personas en el mundo está infectada con bacterias latentes de la tuberculosis, pero la enfermedad se presenta cuando los bacilos se activan a consecuencia de factores que reduzcan la inmunidad; esto puede ser por infección de VIH, envejecimiento y otros determinantes de contagio. En general, la tuberculosis puede ser tratada con cuatro medicamentos antituberculosos de uso corriente (de primera línea). (Latini, 2010)

La resistencia a los medicamentos antituberculosos constituye un problema de salud pública, que amenaza el éxito de la estrategia DOTS; método recomendado por la OMS para detectar y curar la tuberculosis, y pone en peligro la lucha contra la enfermedad a escala mundial. (OMS, 2015)

La tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) es difícil de tratar; ante esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró la estrategia Stop TB y las normas para evitar, controlar y tratar la TB- MDR a través de la información disponible en el mundo. (MSP, 2010)

El diagnóstico de la TB-MDR se realiza a través del resultado de una prueba de sensibilidad antimicrobiana, que indica resistencia a una o más drogas. (MSP, 2010)

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

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación existente entre la tuberculosis multidrogoresistente y la calidad de vida del paciente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar si el resultado del tratamiento del paciente fue el requerido de acuerdo a la dimensión de la enfermedad.
- 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. RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.1 RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE

Mediante la ayuda del director de la unidad de salud, se procedió a solicitar la autorización para la revisión sistemática de la historia clínica del paciente; misma que se ha manejado de forma confidencial salvaguardando la integridad del usuario por lo cual se utiliza el número de la historia clínica omitiendo el nombre del paciente. Se ha tomado como referencia varios aspectos importantes como: edad, sexo, estado civil, instrucción, religión, estado nutricional tanto al ingreso del tratamiento y durante el mismo; así como los exámenes de laboratorio y referencias a otras especialidades médicas.

3.2 RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Por no contar con suficiente información en la historia clínica del paciente se realiza la visita domiciliaria y mediante la entrevista con 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 actual.

VALORACION DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

NECESIDAD 1.- NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE.

La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida. La valoración de esta necesidad pretende dar a conocer la función respiratoria de la persona. (Rosales, 2010)

El usuario en estudio es una persona no fumador, 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.

Al examen físico: 24 respiraciones por minuto, respiración abdominal, Escala de Borg de 0.5 Muy muy leve. No se nota **(anexo 2)**.

Presión arterial: El paciente ha venido manejando presiones entre 110/60 y160/80.

NECESIDAD 2.- NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.

La necesidad de comer y beber adecuadamente es fundamental para mantener el sistema inmunológico eficaz, incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en el abastecimiento de alimentos y líquidos así como en su ingestión, digestión y constitución de los nutrientes para la utilización energética por parte del cuerpo (Rosales, 2010).

Paciente con peso: 60 kg.; Talla: 1.55 cm; IMC: 24.97kg/m^2 (peso normal); paciente refiere que cuando toma la medicación le provoca nauseas, 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 **(anexo 3).**

NECESIDAD 3.- NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS VÍAS CORPORALES.

El cuerpo necesita eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo para su correcto funcionamiento. La eliminación se origina por la orina y las heces, igualmente a través de la piel (sudor, traspiración), respiración pulmonar y la menstruación (Rosales, 2010).

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.

Al examen físico el paciente presenta diaforesis, palidez, rinorrea, estornudos. Índice de Barthel: 100 puntos: independiente **(anexo 3).**

NECESIDAD 4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS.

Virginia Henderson considera que la necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas es un requisito fundamental y necesario para conservar la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano (Rosales, 2010).

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 **(anexo 3).**

NECESIDAD 5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.

Se puede definir como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada a la cantidad y calidad del mismo, así como la percepción del nivel de energía diurna (Rosales, 2010).

Paciente refiere sentirse poco cansado durante el día, a pesar de eso realiza los quehaceres domésticos, duerme 9 horas (de 11 pm a 9am).

Familiar del paciente también refiere que su padre no se levanta pronto.

Al examen físico se nota la presencia de ojeras poco obscuras. Escala de somnolencia de Epworth 13 puntos: insomnio leve **(anexo4).**

NECESIDAD 6.-NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Es una de las necesidades en la que el individuo protege su cuerpo en función del clima, las normas sociales y los gustos personales. La satisfacción de esta necesidad involucra las capacidades cognitivas que permiten elegir apropiadamente las prenda de vestir, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa (Rosales, 2010).

Paciente refiere que se viste y desviste solo, no necesita ayuda, elige su ropa acorde al clima. Índice de Barthel: 100 puntos: independiente **(anexo 3).**

NECESIDAD 7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE.

Se basa en la necesidad de la persona para mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales según el clima y la temperatura ambiental (frío o calor) (Rosales, 2010).

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).

NECESIDAD 8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

Cuidar su limpieza y mantener un aspecto aseado es una necesidad indispensable que han de satisfacer las personas para conseguir un propicio grado de salud y bienestar (Rosales, 2010).

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.

NECESIDAD 9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS.

Se enfoca en la conveniencia de que la persona disponga de las destrezas y conocimientos básicos que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que ayuden o aumentan el peligro de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir problemas sobre sí mismo y también evitar lesionar a otras personas (Rosales, 2010).

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 **(anexo 5)**

NECESIDAD 10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.

El ser humano por naturaleza siente la necesidad de comunicarse y relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. Entre estas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor. (Rosales, 2010)

Paciente refiere que el problema que más le afecta no es la tuberculosis si no la falta de audición pues no 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.

NECESIDAD 11.- NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS.

Ésta necesidad persigue atender a los valores y creencias (incluidas las espirituales, pero no de manera exclusiva) que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye lo percibido como importante en la vida y la

percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud (Rosales, 2010).

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.

NECESIDAD 12.- NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL.

La necesidad de Autorrealización valora la capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar.

La satisfacción de esta necesidad está estrechamente ligada con el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con los valores e intereses de la persona (Rosales, 2010).

Paciente de 62 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. **(Anexo 6)**

NECESIDAD 13.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

El ser humano tiene necesidad de ocio y recreo. Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de la persona en su situación de vida, ocasionando al individuo un problema de independencia total o parcial para satisfacer esta Necesidad (Rosales, 2010).

Paciente refiere que desde la aparición de los primeros 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.

NECESIDAD 14.- NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES.

La adquisición de conocimientos y adiestramiento del paciente se considera fundamental en los cuidados básicos de la persona para favorecer el manejo de

la propia salud. Ésta puede empeorar o mejorar según el nivel de conocimientos que posea la persona acerca de su proceso (Rosales, 2010).

Paciente con instrucción primaria conocer acerca de su enfermedad y tratamiento, su hija toma las decisiones sobre la misma.

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.

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.

Es importante la educación continua por parte del primer nivel de atención; esto beneficiaria al usuario y al estado ya que se conseguiría disminuir los abandonos y fracasos en el tratamiento antifimico y por ende el costo se reduciría; además hay que incluir a la familia y comunidad en la profilaxis del tratamiento de estos pacientes.

IV. DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO

Paciente masculino de 62 años de edad, nacido en Alausí y residente en Ambato, instrucción primaria, católico, casado, con antecedentes personales de TB pulmonar MDR en tratamiento con (Pirazinamida 500mg, Etambutol

400mg, levofloxacina 250mg, Ciclocerina 250mg, Etionamida 250mg tres tab VO tres veces a la semana), Diabetes Mellitus tipo II, hipoacusia neurosensorial irreversible secundaria a aminoglucósidos, enfermedad de Won Willenbrand. (Conjunto de trastornos hemorrágicos sistémicos causados por una anomalía cuantitativa del FvW que inhibe la adhesión plaquetaria y es más frecuente en grupo sanguíneo O que en otros (Rodak)

Antecedentes familiares: madre con hipertensión arterial que fallece con insuficiencia cardiaca congestiva, padre con epilepsia.

En marzo del 2012 paciente acude a Sub centro de salud por presentar tos con hemoptisis en moderada cantidad sin causa aparente, acompañado de malestar general, decaimiento y pérdida de peso, se realizan exámenes de laboratorio en los cual se diagnostica tuberculosis pulmonar BK+ por lo que recibe tratamiento antifimico Esquema I, mismo que finaliza como curado.

Un mes después reinicia el cuadro de tos y hemoptisis por lo que el paciente acude nuevamente a la casa de salud en donde se realiza BAAR teniendo como resultado baciloscopias positivas. Se solicita Gina Spert-rif con resultado de micobacterium tuberculosis detectado con resistencia a la Rifampicina motivo por el cual es transferido al Hospital Pablo Arturo Suarez en el que se realizan los siguientes tratamientos: Dieta para diabético 1800 calorías, CSV + Sat O2 QD, metmorfina 500mg+glibenclamida 5mg 1 tab BID, control de glicemia cada 6h, pirazinamida 500mg, 3 tab VO QD, etambutol 400mg, 3 tab VO QD,levofloxacina 250 mg, 3 tab VO QD, Etionamida 250 mg, 3 tab VO QD, ciclocerina 250 mg, 3 tab VO QD, isoniacida 150 mg + rifampicina 300 mg, 2 tab VO QD, Kanamicina 1gr, IM QD, Piridoxina 200 mg, media tab QD, Omeprazol 20 mg,VO HS. Luego del tratamiento anterior realizado en Quito es refererido a Ambato al Centro de Salud para continuar con las mismas indicaciones excepto la Metmorfina 500 mg + glibenclamida 5 mg 1 tab BID a solo Metmorfina 500mg media tab VO QD y Kanamicina 1 gr. IM QD a Kanamicina 1 gr. IV QD.

Después de dos meses de seguir con el tratamiento en el Centro de Salud el paciente presenta acufenos bilaterales acompañado de nauseas, vómitos por lo que el médico solicita pruebas de función renal (creatinina 1.3) con lo que decide continuar medicación y no modifica el Esquema de tratamiento; sin embargo la hija del paciente solicita los mismos exámenes teniendo una creatinina de 3,84 además una audiometría (OI Hipoacusia neurosensorial profunda) por ese motivo se decide suspender el tratamiento antifimico y es llevado nuevamente al Hospital Pablo Arturo Suarez en la que se realiza otra audiometría (Perdida de la audición) y se recomienda no usar aminoglucósidos, se interrumpe el uso de isoniacida con la rifampicina además se recomienda administrar lo siguiente: pirazinamida 500 mg, etambutol 400 mg, levofloxacina 250 mg, Etionamida 250 mg, ciclocerina 250 mg. tres veces por semana por presentar IRA (Insuficiencia Renal Aguda).

En relación a la atención específica de enfermería, se evidencia la responsabilidad por parte del personal a cargo de su tratamiento, ya que si el usuario no acude a tomar la medicación, las Señoras Auxiliares de enfermería o las Señoritas Internas Rotativas realizan la visita domiciliaria en la cual se administra el tratamiento al paciente; cabe indicar que para el proceso del mismo se lleva la tarjeta de control diariamente. Es importante además indicar que cada día el personal de salud le educa sobre la importancia de su tratamiento.

La enfermera es la encargada de supervisar al personal técnico y auxiliar de enfermería en el adecuado manejo y conservación de los medicamentos del paciente.

Hay que recalcar que cada usuario tiene la medicación según su esquema de tratamiento de manera individualizada en cada caja con su respectiva rotulación; esto permite proteger la medicación de la luz solar y la humedad.

Desde mi perspectiva se puede evidenciar el gran esfuerzo que hace el MSP para brindar tratamiento gratuito y completo a los usuarios que padecen esta enfermedad y los controles que esto conlleva al ser considerado el tratamiento con un costo muy elevado.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

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.

Edad: Al ser una persona de 62 años es vulnerable al desarrollo de enfermedades degenerativas.

Entorno: El paciente vive con sus tres hijos, dos nietos, tiene su propio trabajo con el cual mantiene su ingreso económico; habita en una zona urbana, su habitación es ventilada, con todos los servicios básicos, manteniendo las medidas de higiene y limpieza.

Hábitos de saludables y no saludables: Consume frutas, verduras, conserva la dieta hipo sódica para hipertenso e hipocarbonada para diabético; evita tomar alcohol, y tabaco, disfruta de su tiempo libre en paseos familiares, se distrae en su pequeño negocio, no hace deporte ya que refiere cansancio pero se mantiene activo en la realización de actividades domésticas, no se automedica, recibe información por parte de enfermería en cuanto a su alimentación, higiene controles continuos, importancia de la toma de medicación, efectos secundarios, además asiste a controles médicos, pero a pesar de todo lo expuesto el paciente se rehúsa al tratamiento continuo, pues indica estar cansado de tomar tabletas.

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.

En cuanto a la oportunidad en la solicitud de la consulta se dio de manera rápida 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.

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

Se ejecutaron los trámites respectivos para referir al paciente a un hospital especializado (Quito) en la cual se valoró y se indicó el tratamiento respectivo; así como los cuidados cotidianos.

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 usuario en estudio es una persona que ha sabido llevar su enfermedad, a pesar que las patologías concomitantes que adquirió durante la TB- MDR; no ha dejado de ser la persona social en su barrio, con su familia y sus amigos.

El hecho de conversar con una persona que padece hipoacusia total para mí fue una experiencia nueva, pues no sabía cómo expresar lo que yo quería decirle por lo que tuve que utilizar el lenguaje escrito , fue difícil obtener información del paciente ya que había ocasiones en que el no entendía mi letra, me demoraba más en escribir que decirle verbalmente, a veces lo que yo escribía lo interpretaba de manera diferente.

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 respecto a las enfermeras, 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.

La salud

Paciente a pesar de las enfermedades concomitantes que padece siente mejoría en su salud, pero sobre todo en su estado anímico es satisfactorio en relación a otras personas que quizá padecen menos traumas que él; la mayor dificultad que el posee es la hipoacusia la cual limita tener una vida social para relacionarse con los demás. **(Anexo7)**

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. **(ANEXO 25)**

A. NECESIDADES FISIOLÓGICAS.

Alimentación/ nutrición

1. Nauseas después de tomar la medicación y comida.
2. Reflujo gastroesofágico.
3. Falta de multivitaminas.
4. Falta de piezas dentales.
5. Flatulencias.

Aire/ respiración.

1. Dolor torácico.
2. Escala de Borg de 0.5 disnea muy, muy leve. No se nota.
3. Tos.

4. Expectoración color amarillo.

Temperatura.

1. Desconocimiento al utilizar termómetros.
2. Escalofríos.
3. Fiebre.

Eliminación.

1. Diaforesis.
2. Rinorrea.
3. Estornudos.

Descanso, sueño y dolor.

1. Escala de somnolencia de Epworth 13 puntos: insomnio leve**.**
2. Paciente refiere sentirse poco cansado durante el día.
3. Ojeras poco obscuras.

B. NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

Seguridad del cuerpo e higiene.

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.

Seguridad Física.

1. Paciente tiene miedo a salir a la calle por temor a ser atropellado.

Seguridad de salud.

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.

Empleo

1. No escucha cuando sus clientes le quieren comprar algo.

C. NECESIDAD DE AFILIACIÓN

Proximidad y comunicación.

1. Dificultad de comunicarse con los demás.
2. No puede comunicarse perfectamente con los demás desde que perdió la audición.
3. Para comunicarse sus hijos le escriben en un papel.
4. No utiliza mímicas para comunicarse.
5. No escuchar absolutamente nada.
6. No conversar con su familia por su problema de salud.
7. Llanto al momento de hacerle las preguntas sobre su enfermedad.
8. Tristeza.
9. Paciente en alguna ocasión ya no quiso comunicar nada.
10. Paciente habla de manera fuerte.

Amistad.

1. 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
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.	PROMOCIÓN SALUD	➢ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. ➢ Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología/ según cada caso. ➢ Evaluar los patrones familiares, económicos y culturales que influyen en el incumplimiento del régimen terapéutico. ➢ Ayudar al usuario a elegir un estilo de vida saludable y a realizarse controles diagnósticos frecuentes. ➢ Ayudar al paciente a reducir el estrés. ➢ Diseñar material educativo dirigido al paciente y a la familia sobre conductas saludables.

		➢ Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. ➢ Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos secundarios de la enfermedad. ➢ Enseñar al paciente medidas para controlar /minimizar síntomas, si procede. ➢ Incluir un enfoque en la promoción de salud dirigido al paciente y la familia para evitar complicaciones propias de la enfermedad. ➢ Proveer de material de apoyo sobre medicación, alimentación, para asistir con el cumplimiento de actividades propuestas. ➢ Hacer que el paciente demuestre los

		procedimientos y cuidados aprendidos.
Trastorno de la imagen corporal r/c discapacidad auditiva m/p ansiedad, abandono de la comunicación con la sociedad.	AUTOPERCEPCIÓN	➢ Valorar las razones del paciente para desear cambiar. ➢ Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica. ➢ Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas. ➢ Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta. ➢ Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual. ➢ Animar al paciente a desarrollar una medición visual de los cambios de conducta (un gráfico). ➢ Ayudar al paciente a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce la conducta (señales desencadenantes). ➢ Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.

		➢ Explorar con el paciente el uso potencial de la meditación y la relajación progresiva para intentar cambiar la conducta. ➢ **MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA 4360** ➢ Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla. ➢ Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables. ➢ Animar al paciente a que examine su propia conducta. ➢ Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos. ➢ Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede. ➢ Elegir refuerzos que tengan sentido para el paciente. ➢ Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por

		medio de técnicas modernas. ➢ Evaluar los cambios de conducta mediante la comparación de los sucesos guía con sucesos de conducta posteriores a la intervención. ○ Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto) ➢ Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social. ➢ Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales. ➢ Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas. ➢ Proporcionar seguridad (elogios o recompensas) al paciente sobre la realización de la habilidad social objetivo. ➢ Educar a los seres importantes para el paciente (familiares, su grupo y empleadores), si procede,

		sobre el propósito y proceso del ejercicio de las habilidades sociales. ➢ Implicar a los seres queridos en las sesiones de ejercicio de habilidades sociales) con el paciente, si resulta oportuno. ➢ Proporcionar seguridad al paciente y a los seres queridos sobre lo adecuado de sus respuestas sociales en las situaciones de realización de los ejercicios.

Tabla 4. Oportunidades de mejora Elaborado por: Magaly Palate Fuente: Ackley, B., Ladwig, G. (2007). Diagnósticos de Enfermería.

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.**	**PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR**

Definición: Limitación del movimiento físico independiente. **Diagnostico**: Deterioro de la movilidad física r/c disnea m/p limitación de las actividades motoras, cansancio**.**	**MOVILIDAD 0208.** **Dominio:** salud funcional. **Clase:** Movilidad.	**020S06** Ambulación **020S14** Se mueve con facilidad. **020S05** Realización del traslado. **020801** Mantenimiento del equilibrio.	• Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 • No comprometido 5	3 3 3 3 3	4 4 4 4 4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: F	Control de la actividad y ejercicio.	**CAMPO: 1**	Fisiológico Básico.	**CLASE: F**	Control de la actividad y ejercicio.	**CAMPO: 1**	Fisiológico Básico.
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**			

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Fomentar mecanismo Corporal 0140. • Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física. • Aplicar medidas anti embolia, elevar gradualmente la cabecera de la cama, enseñar al paciente permanezca sentado unos minutos antes de ponerse de pie para evitar Hipotensión	• 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). • Favorece la redistribución circulatoria para prevenir el estancamiento de sangre en las piernas.	**Enseñanza actividad/ ejercicio.** • Tomar el pulso antes de que el paciente empiece a caminar y luego cuando termine. • Valorar la presencia de balanceo excesivo, equilibrio escaso y corta longitud en el primer paso en los ancianos. • Recomendar la ingesta de suplementos de vitamina D y lácteos.	• El pulso indica la tolerancia cardiaca a la marcha (Radwanski y Hoeman 1996). • Este puede ser un problema que ayude a identificar problemas posturales (Mbourou 2003). • El consumo abundante de calcio incrementa su

ortostática. • Animar al paciente a ponerse de pie y caminar con frecuencia. • Fomenta la deambulación diaria con periodos de descanso. • Fomentar la realización de ejercicios pasivos.	(Halm 2001). • 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).		reserva en el hueso, previene su pérdida en ancianos reduce el riesgo fracturas (Heaney 2000)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
DOMINIO: 4 Actividad y Reposo **CLASE:** 1 Reposos y Sueño **CÓDIGO DE DX**: **00095**			**RESULTADO(S)**	**INDICADOR(ES)**	**ESCALA(S) DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA MANTENER**

				AUMENTAR	
Definición: Actividad de descanso no apropiado de acuerdo a el número de horas durante la noche. **Diagnostico:** Insomnio r/c preocupación, disminución en la calidad de vida, debilidad, falta de energía.	**SUEÑO** **0004** **1008** **Dominio:** salud funcional. **Clase:** mantenimiento de la energía.	**000401** Horas de sueño **(**como mínimo 5 h / 24 horas) **000402** Horas de sueño cumplidas. **000403** Patrón del sueño. **000404** Calidad del sueño.	• Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 • No Comprometido 5	**3** 3 3 2	**4** 4 4 4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: F	Facilitación del auto cuidado.	**CAMPO: 1**	Fisiológico Básico.	**CLASE: F**	Facilitación del auto cuidado.	**CAMPO: 1**	Fisiológico Básico.
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**			
ACTIVIDADES		**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**		**ACTIVIDADES**		**FUNDAMENTO CIENTÍFICO.**	
Mejorar el sueño				**Manejo del ambiente: confort**			
• Determinar el esquema de sueño y vigilia del paciente. • Valorar el nivel del dolor y utilizar medidas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del dolor. • Valorar la presencia de signos de depresión en el paciente. • Controlar la participación en actividades que causan fatiga		• La valoración de la conducta y de los patrones del sueño es parte importante para la exploración del estado de salud. (Landis, 2002). • El dolor conduce a la interrupción del sueño. (Stiefel, 2004) • La Hiperactivación del sistema nervioso central		• Mantener un entorno tranquilo sin ruidos. . • Fomentar actividad física durante el día. • Proporcionar apoyo a la familia de		• El ruido excesivo altera el sueño. (Floyd, 1999). • Aumento de actividades durante el día fomenta el sueño. (Richards, 2001) • Puede alterar el patrón del sueño de la familia	

durante la vigilia para evitar cansancio en exceso. • Determinar el nivel de ansiedad en el paciente y utilizar técnicas de relajación • Disminuir o eliminar el consumo de cafeína. • Proporcionar masaje en la espalda antes de dormir. • Regular los estímulos del	produce alteración del patrón del sueño. (Sateia, 2000) • Las técnicas de relajación fomenta el sueño en pacientes con insomnio. (Floyd, 2000) • La cafeína puede interferir en la conciliación del sueño. (Benca, 2005). • Los masajes en la espalda son efectivos para fomentar la relajación. (Richards, 2003).	la paciente con trastorno crónico del patrón del sueño • Iniciar intervenciones no farmacológicas par el insomnio.	y aumentar el nivel de estrés. (Floyd, 2000) • Las técnicas no farmacológicas como: relajación, masajes, intervenciones cognitivas y educativas ayudan a mantener la eficacia y continuidad del sueño. (Morin, 1999).

ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.			

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO: 1 Promoción Salud **CLASE:** 2 Gestión Salud **CÓDIGO DE DX**: 00080	**RESULTADO(S)**	**INDICADOR(ES)**	**ESCALA(S) DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA MANTENER**	**AUMENTAR**
Diagnostico: 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.	**Conocimiento fomento de la salud** **1823** **Dominio:** Conducta de Salud **Clase:** Conocimiento de Salud.	**182308** Descripción de conductas que fomentan la salud. **182316** Descripción del uso seguro de medicamentos. **182309** Descripción de estrategias eficaces par a hacer frente al estrés.	• NINGUNO 1 • EXCASO 2 • MODERADO 3 • SUSTANCIAL 4 • EXTENSO 5	2 2 2	4 4 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)					

CLASE: S	Educación de los pacientes.	**CAMPO: 3**	**CONDUCTUAL**	**CLASE: S**	Educación de los pacientes.	**CAMPO: 3**	**C**onductual.
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**			
ACTIVIDADES		**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**		**ACTIVIDADES**		**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**	
ENSEÑANZA: PROCESO ENFERMEDAD • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. • Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología/ según cada caso. • Evaluar los patrones familiares, económicos y culturales que influyen en el		• Un conocimiento adecuado a cerca del proceso salud y enfermedad permite una afrontación positiva a la situación de salud. (Clark, 1996). • Ayuda a comprender las razones por las cuales el paciente y la familia no		• Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. • Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos		• 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) • La educación del paciente y la familia permite crear conciencia sobre los	

incumplimiento del régimen terapéutico. • Ayudar al usuario a elegir un estilo de vida saludable y a realizarse controles diagnósticos frecuentes. • Ayudar al paciente a reducir el estrés. • Diseñar material educativo dirigido al paciente y a la familia sobre conductas saludables.	pueden cumplir con el tratamiento. (Smith, 1997) • Los pacientes que adoptan conductas saludables reducen el riesgo de complicaciones y secuelas de la enfermedad. (Furniss, 2000) • El estrés es una de las principales causas de complicaciones de enfermedades. • El refuerzo y educación del paciente y la familia contribuye a la eficacia del tratamiento. (Hayes, 1998)	secundarios de la enfermedad. • Enseñar al paciente medidas para controlar /minimizar síntomas, si procede. • Incluir un enfoque en la promoción de salud dirigido al paciente y la familia para evitar complicaciones propias de la enfermedad. • Proveer de material de apoyo sobre medicación, alimentación, para asistir con el cumplimiento de actividades propuestas. • Hacer que el paciente	cuidados oportunos para evitar complicaciones. (Rimmer, 1999). • Facilita el cumplimiento de objetivos propuestos. • Promueve la confianza y aumenta la destreza para realizar los cuidados propuestos.

		demuestre los procedimientos y cuidados aprendidos.	

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

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: E	Fomento de la comodidad física.	**CAMPO: 1**	Fisiológico Básico.	**CLASE: E**	Fomento de la comodidad física.	**CAMPO: 1**	Fisiológico Básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**			
ACTIVIDADES		**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**		**ACTIVIDADES**		**FUNDAMENTO CIENTIFICO**	
MANEJO DEL DOLOR • Valorar la intensidad, carácter, comienzo, duración, factores agravantes o que alivian el dolor. • Valorar la intensidad del dolor mediante una escala de expresiones faciales. • Describir los efectos adversos del dolor no		• La valoración inicial del dolor es de gran importancia para guiar el plan de cuidados del dolor. • Las calificaciones de la intensidad del dolor como elemento único son fiables para valorar su intensidad (Jensen 2003). • Factores fisiopatológicos y de morbilidad psicológica		• Pedir al paciente que describa su apetito, eliminación intestinal, sueño y descanso, administrar medicaciones y tratamientos que mejoren estas funciones. • Enseñar e implementar intervenciones no farmacológicas para control del dolor como: fisioterapia, relajación, aplicación de frio o calor. • Ayudar al paciente a		• Existe una gran variación individual de aparecimiento de efectos secundarios a medicamentos para el dolor los cuales deben tratarse como medida profiláctica (Plaisance y Ellis 2002). • Las intervenciones no farmacológicas se deben emplear para suplementar no sustituir el tratamiento farmacológico. • El dolor disminuye la	

aliviado. • Explicar al paciente el enfoque de control del dolor incluyendo, terapias, medicación, efectos secundarios y complicaciones.	están asociadas al dolor. • El dolor persistente y no aliviado suprime el sistema inmune. • 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.	minimizar los efectos del dolor en las actividades de la vida diaria. • Emplear el enfoque de cuidado del dolor integrando a la familia.	capacidad para ejercer control, disminuir el bienestar psicológico, y les hace sentir indefensos y vulnerables. • La integración de la familia en el tratamiento del dolor, aumento el cumplimiento del mismo.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA						
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO: : 4 Actividad/ reposo **CLASE:** 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar**.** **CÓDIGO DE DX:** 00032 Patrón respiratorio ineficaz.			**RESULTADO(S)**	**INDICADOR(ES)**	**ESCALA(S) DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR**
Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada. **Diagnostico:** Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga manifestado por disnea, dolor torácico leve.			**NIVEL DEL DOLOR (2102)** **Dominio:** Salud percibida (V) **Clase:** Sintomatología(V)	**210210** Frecuencia respiratoria.	• Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 • No Comprometido 5	3 4

	CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA (0002) **Dominio:** Salud funcional (f) **Clase:** mantenimiento de la energía (A)	**000205** Adapta el estilo de vida al nivel de energía.	• Nunca demostrado 1 • Raramente demostrado 2 • A veces demostrado 3 • Frecuentemente demostrado 4 • Siempre demostrado 5	3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: A	Control de actividad y ejercicio.	**CAMPO: 1**	Fisiológico: Básico cuidados que apoyan el funcionamiento físico.	**CLASE: A**	Control de actividad y ejercicio.	**CAMPO: 1**	Fisiológico: Básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**			
ACTIVIDADES		**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**		**ACTIVIDADES**		**FUNDAMENTO CIENTIFICO**	
FOMENTO DEL EJERCICIO 0200 • Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.		• Informar al usuario sobre los riesgos para la salud asociados al sedentarismo incluyen cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, ictus, hipertensión, reflujo		• **MANEJO DEL DOLOR 1400** • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.		• La valoración y registro del dolor iniciales proporcionan dirección para el plan de tratamiento del dolor. • Una valoración completa del dolor incluye todas las características del mismo que el usuario	

. • Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios. • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. • Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios. • Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.	gastroesofágico, cálculos biliares, osteoartrosis y trombosis venosa (Nutrition Action, 2004). • 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 (Tufts University, 2005).	**MANEJO DE LA ENERGÍA 0180** • Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente.	pueda proporcionar .la información de este sobre el dolor se considera como el conjunto de datos más fiables (American Pain Sociely, 2004: Joint Commission on Accreditation of AHealthcare Organization (JCAHO),2000). • Valorar la gravedad de la fatiga en una escala del 0 al 10 (fatiga media, mejores y

• Incluir a la familia/ cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. • Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados. • Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.		• Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones. • Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor y medicamentos). • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. • Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. • Disminuir las molestias físicas que puedan	peores niveles); valorar la frecuencia de la fatiga (número de días por semana y hora del día), actividades y síntomas 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). • Aconsejar al usuario que exprese sus sentimientos sobre la fatiga, incluyendo su percepción de las

		interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol / regulación de la actividad. • Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación. • Instruir al paciente/ser querido a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad. • Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.	causas 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). • Determinar con la ayuda del médico de atención primaria si existe una causa fisiológica o psi-

			cológica de la fatiga que se pueda tratar, como anemia, dolor, desequilibrio electrolítico (es decir, 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 (Bensing Huls- man y Schreurs, 1999). • Para la fatiga, sugerir actividades restauradoras recurriendo a la

			naturaleza, como sentarse en el exterior, observar pájaros o la jardinería (Erickson, 1996; Cimprich, 1993). • Establecer estrategias para la conservación de energía (p. ej., sentarse en lugar de 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).

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO: 6 Autopercepción **CLASE:** 3 imagen corporal **CÓDIGO DE DX:** 00118 Trastorno de la imagen corporal	**RESULTADO(S)**	**INDICADOR(ES)**	**ESCALA(S) DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA MANTENER**	**AUMENTAR**
Definición: Confusión en la imagen mental del yo físico. **Diagnostico:** Trastorno de la imagen corporal r/c discapacidad auditiva m/p ansiedad, abandono de la comunicación con la sociedad**.**	**IMAGEN CORPORAL (1200)** **Dominio:** Salud psicosocial (III) **Clase :** Bienestar psicológico (M)	**120001** Imagen interna de sí mismo. **130016** Mantiene las relaciones. **130007** Expresa sentimientos sobre el	• Nunca demostrado 1 • Raramente demostrado 2 • A veces demostrado 3 • Frecuentemente demostrado 4 • Siempre demostrado 5	3 3 3 3	4 4 4 4

				estado de salud. **130001** **Tranquilidad**				
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
CLASE: O	Terapia conductual.	**CAMPO: 3**	Conductual/ Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de	**CLASE: O**	Terapia conductual.	**CAMPO: 3**	Conductual/ Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de	

			estilo de vida				
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**			
ACTIVIDADES				**ACTIVIDADES**			
AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO 4470 • Valorar las razones del paciente para desear cambiar. • Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica. • Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas. • Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta. • Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual. • Animar al paciente a desarrollar una medición visual de los cambios de conducta (un gráfico). • Ayudar al paciente a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce la conducta (señales				**MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES 4362** • Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social. • Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales. • Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas. • Proporcionar seguridad (elogios o recompensas) al paciente sobre la realización de la habilidad social objetivo. • Educar a los seres importantes para el paciente (familiares, su grupo y empleadores), si procede, sobre el propósito y proceso del ejercicio de las habilidades sociales. • Implicar a los seres queridos en las sesiones de ejercicio de habilidades sociales) con el paciente, si resulta oportuno. Proporcionar seguridad al paciente y a los seres queridos			

desencadenantes). • Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños. • Explorar con el paciente el uso potencial de la meditación y la relajación progresiva para intentar cambiar la conducta. **MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA 4360** • Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla. • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables. • Animar al paciente a que examine su propia conducta. • Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos. • Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede. • Elegir refuerzos que tengan sentido para el paciente.	sobre lo adecuado de sus respuestas sociales en las situaciones de realización de los ejercicios.

• Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas modernas. • Evaluar los cambios de conducta mediante la comparación de los sucesos guía con sucesos de conducta posteriores a la intervención. • Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal).	

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.
- El resultado del tratamiento fue favorable pues el paciente ha mejorado en su estado de salud.

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
- **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.
- **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
- **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=tubercu Losis
- ✓ **EBRARY**:World, H. O. (2010). Global Tuberculosis Control Epidemiology Strategy Financing. Albany, NY, USA: World Health Ortioganizan. Recuperado 21 de marzo del 2015. Disponible en: http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10438050&p00=tubercu losis)
- ✓ **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/9639694 43/26E70ACE84BD496APQ/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/1417949096/26E70ACE84BD496 APQ/7?accountid=36765

.

VII. ANEXOS

ANEXO 1:

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

NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON
Fuente:http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424.ELABORADO POR MAGALY PALATE.

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	
	10	Muy, muy severa (casi máximo)
	.	Máxima

ESCALA DE BORG 1 ELABORADO POR: MAGALY PALATE FUENTE: http://muyenforma.com/escala-de-borg.html

ANEXO 3:

INSTRUMENTO DE AYUDA PARA LA EVALUACIÓN ÍNDICE DE BARTHEL

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario hetero administrado con 10 ítems tipo Likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

ÍTEM	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTOS
Comer	○ Totalmente	10

	independiente. ○ Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. ○ Dependiente	 5 0
Lavarse	○ Independiente: entra y sale solo del baño. ○ Dependiente	5 0
Vestirse	○ Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos. ○ Necesita ayuda ○ Dependiente	10 5 0
Arreglarse	○ Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse. ○ Dependiente	5 0
Deposiciones (valórese la semana previa)	○ Continencia normal ○ Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrase supositorios o lavativas. ○ Incontinencia	10 5 0
Micción (valórese la semana previa)	○ Continencia normal o es capaz de	10

	cuidarse de la sonda si tiene una puesta. ○ Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda. ○ Incontinencia	5 0
Usar el retrete	○ Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa. ○ Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo. ○ Dependiente	10 5 0
Trasladarse	○ Independiente para ir del sillón a la cama ○ Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo ○ Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo. ○ Dependiente	15 10 5 0
Deambular	○ Independiente, camina solo 50 metros ○ Necesita ayuda física o supervisión	15 10

	para caminar 50 metros. ○ Independiente en silla de ruedas sin ayuda. ○ Dependiente	 5 0
Escalones	○ Independiente para bajar y subir escaleras. ○ Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo. ○ Dependiente	10 5 0
Total:		**100 puntos**

ÍNDICE DE BARTHEL 1 ELABORADO POR: MAGALY PALATE FUENTE: http://www.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?	
1. Muy buena	☐
2. Aceptablemente buena	☑
3. Ligeramente pobre	☐
4. Muy pobre	☐

II) Durante el mes pasado, ¿aproximadamente cuántos minutos necesitaste usualmente para dormirte una vez que decidiste ir a dormir?	
1. 0-20 min.	☐
2. 21-30 min.	☐

3.	**31-60 min.**	☐
4.	**más de 60 min.**	☐

III) Durante los últimos treinta días, ¿cuántas veces te has despertado cada noche?

1.	**ninguna**	☐
2.	**1-3**	☐
3.	**4-5**	☐
4.	**más de 5**	☐

IV) Cada noche, durante el pasado mes, ¿cuántas horas has dormido realmente, sin contar el tiempo que estuviste despierto?

1.	**8 horas.**	☐
2.	**6-7 horas.**	☐
3.	**5-6 horas.**	☐
4.	**menos de 5 horas.**	☐

V) Durante el pasado mes, ¿te sentiste con sueño durante el día?

1.	**Nunca**	☐
2.	**Un poco**	☐
3.	**Bastante**	☐
4.	**Todo el tiempo**	☑

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?

1.	**Nunca**	☐
2.	**1-7**	☐
3.	**8-20**	☐
4.	**Más de 20**	☐

VII) En el pasado mes ¿cuántas veces has tomado medicamentos sedantes de venta bajo receta para dormir?

1.	**Nunca**	☐
2.	**1-7**	☐
3.	**8-20**	☐
4.	**Más de 20**	☐

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

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH 2

FUENTE**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)

ESCALA DE PLUTCHICK 3 ELABORADO POR: MAGALY PALATE FUENTE: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_plutchick.pdf

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

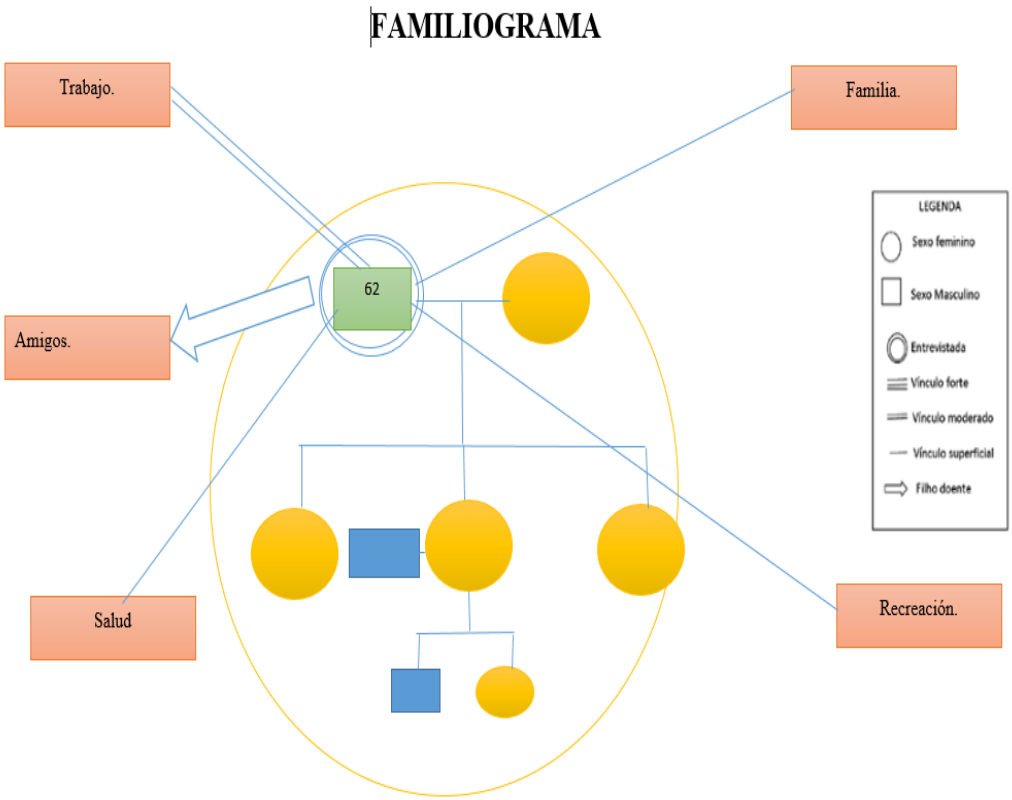
- Disfuncional grave: 3 - 6

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	**0**	**1**	**2**
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	**0**	**1**	**2**
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	**0**	**1**	**2**
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	**0**	**1**	**2**
5. ¿Siente que su familia le quiere?	**0**	**1**	**2**
PUNTUACION TOTAL	**10 PUNTOS**		

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR 4 ELABORADO POR: MAGALY PALATE FUENTE**:** http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_apgar_familiar.pdf

ANEXO 7:



ANEXO 8:

NECESIDAD 1 DE RESPIRAR NORMALMENTE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Usted tiene dificultad para respirar?	Si, cuando camino bastante o cuando alzo alguna cosa pesada.
¿Usted padece de tos que no sede, desde cuándo?	Un poco.

¿Le falta el aire al hacer algún tipo de actividad domestica?	Un poco.
¿Usted siente dolor torácico?	Si me sabe doler un poco el pecho.
¿Qué características tiene la expectoración?	Ya no tengo flema.
Tomar respiración tipo de respiración	24 por minuto
¿Ha empeorado la dificultad respiratoria recientemente?	No, antes para dormir pero ahora ya no mucho.
¿Al levantarse siente que le falta el aire?	No.
¿La dificultad respiratoria ocurre cuando está en reposo?	No.
¿Sufre de ahogos durante las noches?	No.
Usted presentado cianosis(coloración azulada) en la las manos	No.
¿Ha Fumado alguna vez en su vida?	Cuando era un adolecente pero casi nunca.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Frecuencia respiratoria 24 por minuto ✓ Respiración abdominal. ✓ Vías aéreas permeables ✓ Tos esporádica.	✓ Paciente refiere dificultad respiratoria cuando camina bastante o cuando alza alguna cosa pesada.

✓ No presencia de cianosis ✓ Escala de Borg de 0.5 Muy, muy leve. No se nota **(anexo 2)**	✓ Paciente refiere tener tos desde que esta con esa enfermedad. ✓ Paciente refiere dificultad respiratoria al hacer actividades domésticas. ✓ Paciente refiere dolor en el pecho. ✓ Paciente refiere no tener flema. ✓ Paciente refiere haber fumado cuando era adolecente.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Frecuencia respiratoria 24 por minuto ✓ Respiración abdominal. ✓ Tos esporádica. ✓ No presencia de cianosis ✓ Escala de Borg de 0.5 Muy, muy leve. No se nota **(anexo 2)**	✓ Disnea. ✓ Tos. ✓ Dolor torácico. .

NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE ELABORADO POR: MAGALY PALATE

ANEXO 9:

NECESIDAD 2 DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces al día come?	Cinco veces al día
¿Ha tenido nauseas?	Si cuando tomo la medicación.
¿Ha tenido pérdida de apetito y peso últimamente?	No ya no el doctor dice que estoy gordito.
¿Tiene algún horario específico de comidas?	Si
¿Tiene algún tipo de dieta?	Si tengo , yo no puedo comer ni tanto dulce ni tanta sal por mi enfermedad
¿Cuáles son sus alimentos de preferencia?	Los vegetales, frutas.
¿Usted come en exceso?	No yo como lo necesario.
¿Qué tipo de alimentos usted evita?	Dulces, sal, alcohol, cigarrillo.
¿Toma alguna vitamina?	No
¿Le es fácil masticar los alimentos?	Si tengo poco de dificultad, no tengo algunas piezas dentales.
¿Utiliza dentadura postiza?	No

¿Tiene nausea o vomito durante o después las comidas?	No un poco no más pero si tengo gases.
¿Las náuseas le impiden comer?	No
¿Necesita de ayuda para alimentarse?	No
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Dieta rica en vegetales, frutas. ✓ Disminución de sal y azúcar en las comidas. ✓ Peso ideal para estatura y edad. ✓ Estatura de 1.55 ✓ Peso de 60 kg.	✓ Paciente refiere comer cinco veces al día**.** ✓ Paciente refiere tener nauseas cuando toma la medicación. ✓ Paciente refiere comer lo necesario. ✓ Paciente refiere tener un horario específico para comer. ✓ Paciente refiere no tomar ningún suplemento vitamínico. ✓ Paciente refiere nauseas después de las comidas. ✓ Falta de piezas dentales.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Dieta hipocalórica. ✓ Peso ideal. ✓ Índice de Barthel: 100 puntos independiente **(anexo 3).**	✓ Dieta del picoteo. ✓ Nauseas después de tomar la medicación. ✓ Flatulencias. ✓ Reflujo gastroesofágico. ✓ Horario específico para comer. ✓ Falta de piezas dentales.

	✓ Falta de multivitaminas.

NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE .ELABORADO POR MAGALY PALATE

ANEXO 10:

NECESIDAD 3 DE ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Sufre de estreñimiento?	No.
¿Qué características tiene sus heces?	Amarillas.
¿Cuantas veces al día hace la deposición?	Una vez al día.
¿Cuantas veces al día va al baño a orinar?	Dos veces.
¿Por las noches sale al baño?	No.
¿Cuántas veces en la noche va al baño?	No.
¿Suda mucho por las noches?	Si con escalofrió a veces.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Sudor en la cara y palidez en ocasiones. ✓ Secreción transparente por la nariz en moderada cantidad.	✓ Paciente refiere no salir por las noches al baño por una ocasión. ✓ Paciente refiere que en ocasiones

✓ Estornudos en pocas ocasiones. ✓ Tos. ✓ Índice de Barthel: 100 puntos independiente (anexo 3).	suda por las noches y tiene escalofrió.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Diaforesis. ✓ Palidez. ✓ Rinorrea. ✓ Estornudos ✓ Tos. ✓ Índice de Barthel: 100 puntos independientes **(anexo 3).**	✓ Diaforesis y escalofríos nocturnos.

NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES ELABORADO POR MAGALY PALATE.

ANEXO 11:

NECESIDAD 4 DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cumple alguna actividad o ejercicio físico?	No.
¿Realiza pequeñas caminatas en el día?	Poco porque como ya estoy viejo me canso un poco.

¿Usted permanece sentado todo el día? ¿Necesita de algún dispositivo para movilizarse?	No. No.
¿Le es difícil mantenerse se pie por mucho tiempo?	Sí.
¿Se le dificulta agacharse para coger algún objeto?	Un poco.
¿Se le hace difícil mantenerse recto?	No.
¿Goza de mucha energía necesaria para realizar actividades durante todo el día?	Se me sentir un poco cansado, pero yo siempre estoy haciendo los quehaceres domésticos.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Postura corporal erecta. ✓ Índice de Barthel: 100 puntos: independiente **(anexo 3).**	✓ Paciente refiere no cumplir ninguna alguna actividad o ejercicio físico. ✓ Paciente refiere realizar pocas caminatas, sentirse un poco cansado. ✓ Paciente refiere que le es difícil mantenerse de pie por largos periodos. ✓ Paciente refiere tener poca dificultad al agacharse a coger algún objeto.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**

✓ Índice de Barthel: 100 puntos: independiente **(anexo 3).**	✓ Disnea.

ANEXO 12:

NECESIDAD 5 DE DORMIR Y DESCANSAR

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Sufre de insomnio?	No
¿Cuántas horas duerme durante la noche?	9horas.
¿A qué hora duerme y a qué hora se despierta?	A las 11de la noche y me levanto a las 9 am por eso no abro rápido la tienda.
¿Qué cosas le impiden dormir?	Ninguno.
¿Duerme durante el día?	No.
¿En el día se siente cansado?	Un poco.
¿Toma medicamentos para dormir?	No.
¿Se levanta cansado a pesar de dormir bien?	Un poco.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**

✓ Ojeras poco obscuras. ✓ Escala de somnolencia de Epworth 13 puntos: insomnio leve **(anexo4).**	✓ Paciente refiere sentirse poco cansado por el día. ✓ Paciente refiere dormir 9 horas. ✓ Paciente refiere sentirse cansado durante el día a pesar de haber dormido

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS ELABORADO POR MAGALY PALATE

ANEXO 13:

NECESIDAD 6 DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Escoge su ropa para vestirse?	Si la más cómoda para el frio de estos días.
¿EVITA ponerse ropa apretada?	Sí.
¿Utiliza ropa de algodón?	Si
¿Usted utiliza ropa y zapatos cómodos?	Sí .
DATOS OBJETIVOS ✓ Índice de Barthel: 100 puntos: independiente **(anexo 3).**	

NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE. ELABORADO POR MAGALY PALATE.

ANEXO 14:

NECESIDAD 7 DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMETES NORMALES ADECUADO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Ha padecido de fiebre?	Si me da a veces.
¿Cuántos años tiene?	62años.
¿Cómo usted se baja la fiebre?	Con paños de agua tibia que me pone mi hija.
¿Sufre de escalofríos?	Un poco en las noches.
¿Ha estado expuesto a temperaturas extremas alguna vez?	Si cuando tenía mi panadería estaba en el calor y frio al mismo tiempo.
¿Le es fácil adaptarse a cambios de temperatura?	No mucho.
¿Qué utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura?	Ropa más liviana cuando hace mucho calor.
¿En su casa que temperatura tiene?	Temperatura normal.
¿A utilizado usted termómetros?	No en el centro de salud no más me ponen a ver si estoy con fiebre.
¿Sabe cómo se utiliza?	No sé.
Toma de temperatura	36.6 grados.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Toma de temperatura 36.6 grados.	✓ Fiebre. ✓ Paciente refiere me agito, no se poder caminar mucho. ✓ Paciente refiere no saber cómo

	utilizar termómetros.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Toma de temperatura 36.6grados.	✓ Hipertermia. ✓ Disnea. ✓ Desconocimiento al utilizar termómetros ✓ Escalofríos

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMETES NORMALES ADECUADO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE. ELABORADO POR MAGALY PALATE.

ANEXO 15:

NECESIDAD 8 DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Utiliza cremas hidratantes para la piel?	No.
¿Usted sabe cuál es la forma correcta de cortarse las uñas de los pies?	No.
¿Usted sabe cuál es el calzado apropiado para sus pies?	No.
¿Sabe cómo reconocer los signos de infección en la piel?	No.
¿Usted sabe cómo afeitarse?	No.

¿Revisa usted la plantas dedos los pies manos buscando signos de infección?	No.
¿Cada que tiempo se corta las uñas?	Cada dos semanas.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Piel hidratada. ✓ Piel color canela. ✓ Pie elástica. ✓ No presenta lesiones. ✓ Paciente refleja buena presencia.	Paciente refiere: ✓ No utilizar cremas hidratantes para la piel ✓ No saber cuál es la forma correcta de cortarse las uñas de los pies. ✓ No saber cuál es el calzado apropiado para sus pies. ✓ No sabe cómo reconocer los signos de infección en la piel. ✓ No saber cómo afeitarse. ✓ No revisar la plantas dedos, los pies manos buscando signos de infección.

NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

ELABORADO POR MAGALY PALATE.

ANEXO 16:

NECESIDAD 9 DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS.

PREGUNTAS.	RESPUESTAS.
¿Piensa que se puede solucionar sus Problemas?	Si por mi enfermedad que no me curo todavía.
¿Usted se irrita con facilidad?	Si cuando no entiendo lo que me escriben mis hijas.
¿Usted sabe cómo se trasmite su enfermedad?	Si un poco me explicó mi hija.
¿Sufre de depresión?	No.
¿Cumple con todas las indicaciones médicas?	Si.
¿Qué expectativas tiene?	Curarme de estos oídos que no escucho.
¿Cuenta con el apoyo y ayuda de su familia?	Sí.
¿Le es fácil recordar las cosas?	Me olvido a veces donde tengo las cosas de mi tienda.
¿Se cubre la boca al toser?	Si con papel higiénico.
¿Consume alcohol, cigarro o alguna otra droga?	No

¿Ventila su vivienda?	Sí.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Tristeza.	✓ Paciente refiere que se podrían solucionar sus problemas. ✓ Paciente refiere irritarse cuando no entiende lo que le escriben. ✓ Paciente tiene la expectativa de curarse de los oídos. ✓ Paciente refiere ventilar su vivienda. ✓ Paciente refiere olvidarse de algunas cosas. ✓ Paciente refiere no usar ninguna droga.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS OBJETIVOS**
✓ Escala de Plutchick :Puntuación 14 Negativas sin riesgo suicida (**anexo 5)**	✓ Sordera bilateral neurosensorial

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS .ELABORADO POR MAGALY PALATE.

ANEXO 17:

NECESIDAD 10 DE COMUNICARSE CON LOS DEMAS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Qué le dificulta comunicarse con los demás?	Los oídos que no escucho nada.
¿Puede comunicarse perfectamente con los demás?	No desde que estoy con el problema de los oídos no puedo entender bien lo que me dicen.
¿Cuándo usted habla le entiende con facilidad?	Si pero yo no escucho lo que me dicen es el problema.
¿Necesita algún medio de comunicación para que le entiendan?	Mis hijos me escriben en un papel para yo leer y contestar.
¿Desde hace que tiempo las demás personas no le entienden?	Hace dos años.
¿Utiliza mímicas para expresarse?	Muy poco casi nunca. Siento miedo al salir a la calle. Cuando salgo a la calle trato de disimular que no escucho pues habido ocasiones en que me encontrado con amigos y he teniendo que solo saludar y despedirse porque me de vergüenza no escuchar lo que me dicen.
¿Tiene buena comunicación con su familia?	No ya no conversamos me siento mal, más antes conversábamos con mis hijos ahora ya no mucho.

¿Cuál es la persona que lo cuida?	Mi hija que pasa más tiempo conmigo es doctora.
Relación (Del cuidador) Grado de conocimiento y habilidades para brindar cuidados.	Mi hija es médico.
¿Desde su enfermedad tiene miedo de morir?	Sí.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Llanto al momento de hacerle las preguntas anteriores. ✓ Tristeza. ✓ Paciente en alguna ocasión de la visita se sintió molesto ``manifestando que ya no quería que yo le haga preguntas y que no investigue nada de él porque no le gusta que otras personas sepan lo que él tiene´´. ✓ Paciente habla de manera fuerte.	✓ Paciente refiere qué le dificulta comunicarse con los demás. ✓ Paciente refiere que no puede comunicarse perfectamente con los demás desde que esta con el problema de los oídos. ✓ Paciente refiere que cuándo el habla le entiende con facilidad. ✓ Paciente refiere que para comunicarse él y sus hijos escriben en un papel. ✓ Paciente refiere tener ya dos años con la perdida de la audición. ✓ Paciente refiere no utilizar mucho mímicas para comunicarse. ✓ Paciente refiere no escuchar absolutamente nada. ✓ Paciente refiere no conversar mucho con su familia.

	✓ Paciente refiere que la persona que lo cuida más es su hija que es doctora. ✓ Paciente refiere que su hija es médico general. ✓ Paciente refiere preocupación por morirse

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMAS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.ELABORADO POR MAGALY PALATE.

ANEXO 18:

NECESIDAD 11 DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿A qué religión pertenece usted?	Católico.
¿Piensa que los valores son importantes para vivir?	Sí.
¿Tiene miedo a la muerte?	Sí.

¿Cómo cree que se siente con el tratamiento llevado hasta este momento?	Puedo decir que en un 97 por ciento estoy bien.
¿Cuáles son sus planes a futuro?	Curarme de mi enfermedad los doctores me dijeron que algún día me iba a curar. Le cuento que cuando yo estoy durmiendo sueño que vuelvo a escuchar pero cuando me levanto sigo con el mismo problema y me pongo mal.
¿Ha considerado que se merece esta enfermedad?	No porque yo no he sido mala persona.

NECESIDAD 11 DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS.ELABORADO POR MAGALY PALATE

ANEXO 19:

NECESIDAD 12 DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Trabaja?	Sí.
¿En qué trabajaba y hace cuánto tiempo?	Tengo mi tiendita, antes era panificador pero por mi salud abandone ese oficio
¿Qué labores realiza en su casa?	Arreglar la casa cocinar yo mismo a veces, atender en mi tiendita.

¿Se siente útil?	Si con mi tiendita tengo cualquier cosa para mí.
¿Qué actividades le gusta realizar?	Leer el periódico ver la tv.
¿Su familia le impide realizar algunas actividades?	Mi hija no quiso que tenga la tienda porque es peligroso por estos lugares, me dijo que ella me va a dar todo pero yo no quise.
¿Su enfermedad le permite realizar todas las actividades?	Si a veces porque me toca cerrar la tienda cuando me voy a Quito a los controles médicos.
¿Usted aporta dinero al gasto familiar?	No solo es para mis gastos no más.
¿Ha tenido problemas en el trabajo por su enfermedad?	Los clientes vienen a comprar pero tienen que escribir para que yo entienda y saber que quieren.
¿Le satisface el trabajo que realiza?	Sí.
DATOS OBJETIVOS	**DATOS SUBJETIVOS**
✓ Escala de percepción de la función familiar - cuestionario Apgar familiar normofuncional: 8 puntos Normo funcional.**(Anexo 6)**	✓ Paciente refiere trabajar. ✓ Paciente refiere tener una tiendita. ✓ Paciente refiere arreglar la casa, atender en la tiendita. ✓ Paciente refiere que su hija en algún momento le impidió seguir en la tienda porque es peligroso.

	✓ . Paciente refiere que por los controles a Quito tienen que cerrar la tienda.

NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL.ELABORADO POR MAGALY PALATE.

ANEXO 20:

NECESIDAD 13 DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Qué hace los fines de semana?	A veces salimos con mi hija a comer a otros lugares.
¿Realiza paseos con su familia?	Sí.
Usted viaja de paseo	Sí.
¿Sale al parque?	Unas veces no más.
¿Con que frecuencia sale al parque?	Una vez al mes ha de ser.
¿Se siente aburrido en su casa?	No.
¿Se estresa con facilidad?	No.

NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.ELABORADO POR MAGALY PALATE.

ANEXO 21:

NECESIDAD 14 DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES.

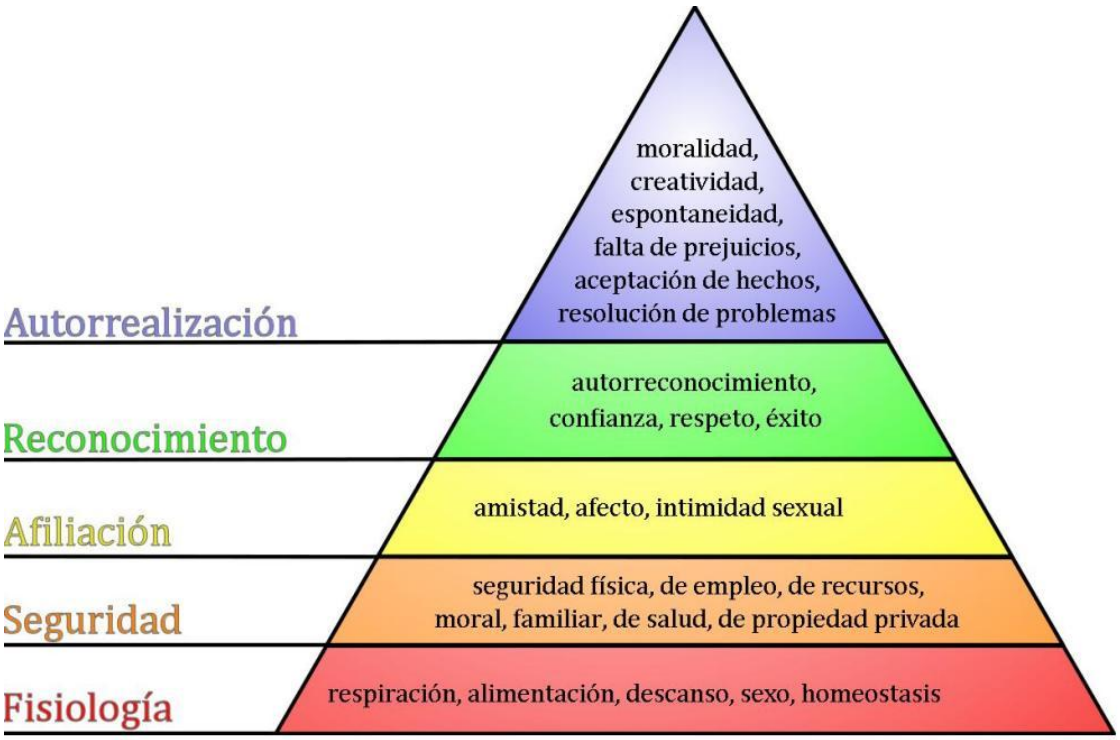
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuáles son los estudios realizados?	Yo estudie solo la primaria.
¿Sabe leer y escribir?	Sí.
¿Conoce acerca de su enfermedad?	Un poco.
¿Toma sus propias decisiones acerca de su enfermedad?	Mi hija que es doctora.
¿Realiza su tratamiento adecuadamente?	Sí.
¿Cuáles son los problemas que le impiden el aprendizaje acerca de su enfermad?	No poder escuchar.
¿Ha recibido información sobre la tuberculosis?	Si.
¿Ha recibido información de los resultados de sus estudios?	Si cuando empezó mi enfermedad me explicaron los doctores también me hicieron firmar una hoja.

	✓ Paciente refiere haber estudiado solo la primaria. ✓ Paciente refiere saber leer y escribir. ✓ Paciente refiere saber poco acerca de ✓ su enfermedad. ✓ Paciente refiere que su hija toma las decisiones acerca de du enfermedad. ✓ Paciente refiere que lleva adecuadamente su tratamiento. ✓ Paciente refiere que el problema que le impide el aprendizaje es no poder escuchar. ✓ Paciente refiere su hija le ha explicado acerca de su enfermedad. ✓ Paciente refiere que si ha recibido información acerca de los resultados.

NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES.

ELABORADO POR MAGALY PALATE.

ANEXO 22:



PIRAMIDE DE MASLOW

.FUENTE.HTTPS://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/PIR%C3%A1MIDE_DE_MASLOW

ANEXO 23:

NECESIDADES FISIOLÓGICAS	
Alimentación/ nutrición	6. Nauseas después de tomar la medicación y comida. 7. Reflujo gastroesofágico. 8. Falta de multivitaminas. 9. Falta de piezas dentales. **10.** Flatulencias
Aire/ respiración	5. Dolor torácico. 6. Escala de Borg de 0.5 disnea muy, muy leve. No se nota 7. Tos. 8. Expectoración color amarillo.
Temperatura	4. Desconocimiento al utilizar termómetros 5. Escalofríos
Eliminación	4. Diaforesis. 5. Palidez. 6. Rinorrea. **7.** Estornudos
Descanso, sueño y dolor	4. Escala de somnolencia de Epworth 13 puntos: insomnio leve**.** 5. Paciente refiere sentirse poco cansado por el día. 6. Paciente refiere sentirse cansado durante el día a pesar de haber dormido 7. Ojeras poco obscuras.

NECESIDADES FISIOLOGICAS ELABORADO POR: MAGALY PALATE.

ANEXO 24:

NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	
Seguridad del cuerpo **Higiene**	7. No utiliza cremas hidratantes para la piel 8. No saber cuál es la forma correcta de cortarse las uñas de los pies. 9. No saber cuál es el calzado apropiado para sus pies. 10. No sabe cómo reconocer los signos de infección en la piel. 11. No saber cómo afeitarse. 12. No revisar la plantas dedos, los pies manos buscando signos de infección.
Seguridad Física	1. Paciente tiene miedo a salir a la calle por temor a ser atropellado
Seguridad de salud.	4. Paciente refiere irritarse cuando no entiende lo que le escriben 5. Paciente tiene la expectativa de curarse de los oídos. 6. Paciente refiere olvidarse de algunas cosas.
Empleo	1. No escucha cuando sus clientes le quieren comprar algo.

NECESIDAD DE SEGURIDAD ELABORADO POR: MAGALY PALATE.

ANEXO 25:

NECESIDAD DE AFILIACIÓN	
Proximidad **Comunicación**	10. Dificultad de comunicarse con los demás. 11. No puede comunicarse perfectamente con los demás desde que perdió la audición. 12. Para comunicarse sus hijos le escriben en un papel. 13. No utiliza mímicas para comunicarse. 14. No escuchar absolutamente nada. 15. No conversar con su familia por su problema de salud. 16. Llanto al momento de hacerle las preguntas sobre su enfermedad. 17. Tristeza. 18. Paciente en alguna ocasión ya no quiso comunicar nada. 19. Paciente habla de manera fuerte
Amistad	1. El paciente cuando sale a la calle trata de disimular que no escucha pues habido ocasiones en que se ha encontrado con amigos y a teniendo que solo saludar y despedirse porque le da vergüenza no escuchar lo que le dicen.

NECESIDAD DE AFILIACIÓN ELABORADO POR: MAGALY PALATE.

ANEXO 25:

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

Categoría de tratamiento antituberculoso	Pacientes con tuberculosis	Regímenes terapéuticos	
		Fase Inicial	Fase de Continuación
Esquema I	Casos nuevos: ✓ TBPBK + ✓ TBPBK - C + ✓ TBPBK - C - ✓ TB extrapulmonar ✓ Comorbilidad TB/VIH	2HRZE	$4H_3R_3$
Esquema II	Casos con tratamiento previo: ✓ Recaidas ✓ Abandono recuperado ✓ Otros	2HRZES–1HRZE	$5H_3R_3E_3$
III (TB Infantil menores de 7 años)	Caso de TB infantil < 7 años	2HRZ	$4H_3R_3$
IV	En caso de resistencia a drogas de primera línea y/o segunda línea	Regímenes estandarizado e individualizado para TB MDR.	

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO FUENTE**:** (MSP, 2010)

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo Manuel Parra de 62 años de edad, con domicilio en Ambato, Imbabura y San Cristobal

DECLARO:

En Ambato a 02 de Julio del 2015. Que, la estudiante de Décimo semestre de la Carrera de Enfermería, de la Universidad Técnica de Ambato, me ha informado de forma comprensible acerca del estudio de investigación que va a realizar con el tema de: **"INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE.";** ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia, sabiendo que lo puedo retirar en cualquier momento.

Firma