



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS
PULMONAR ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Chango Zumba, Jessica Estefanía

Tutora: Licda. Mg. Abril Beltrán, Rosario Elizabeth

Ambato – Ecuador

Marzo 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA” de Jessica Estefanía Chango Zumba 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, Febrero de 2016

LA TUTORA

.....
Lcda. Mg. Abril Beltrán, Rosario Elizabeth

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico sobre: **“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”** también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero de 2016

LA AUTORA

.....
Chango Zumba, Jessica Estefanía

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de caso o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación. Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este análisis de caso, dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando los derechos de autora.

Ambato, Febrero del 2016.

LA AUTORA

.....

Chango Zumba, Jessica Estefanía

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema **“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”** De Jessica Estefanía Chango Zumba, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Marzo del 2016.

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2da VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia, en especial a mis padres María y José los cuales me brindaron apoyo incondicional en mis estudios logros y desventuras a lo largo de mi vida ya que gracias a ellos he podido culminar con éxito mi Carrera, venciendo obstáculos y que no hay imposibles en la vida, por la paciencia y consejos en los momentos más difíciles que se me ha presentado y que gracias a sus palabras de aliento he sabido salir adelante.

A la persona que más ha influenciado en mi vida, mi hijo Alejandro, quien con sus afecto y cariño ha sido el detonante de mi felicidad, de mi esfuerzo y las ganas de seguir adelante, quien a su corta edad me ha enseñado muchas cosas de este largo caminar, por ayudarme a encontrar en el lado dulce y amargo, por su comprensión y cariño a cada instante, fuiste mi motivación más grande para concluir con éxito este proyecto.

A mi hermano Fabián que, con sus palabras de aliento y apoyo siempre supo hacerme sonreír en los momentos más difíciles.

A mis amigas, con quienes he compartido los momentos más felices y tristes de la carrera, la universidad nos hizo compañeros pero el pasar de los días nos convirtió en amigas e incluso hermanas.

Jessica Chango Z.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento en primer lugar a Dios por darme la oportunidad de vivir una de las experiencias más hermosas e importantes en mi vida, por la salud y sabiduría para culminar con éxito este análisis de caso; y la vocación de servicio hacia los demás.

A mis padres, hermanos, por su constante amor, cariño, por cada uno de sus sacrificios, porque con ello me enseñaron que todo sacrificio tiene su recompensa, gracias sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

A mi pequeño Alejandro, quien como ángel me roba una sonrisa en los momentos más difíciles.

A mis docentes quienes fueron el pilar fundamental en mi formación a lo largo de la carrera, porque no solo transportaron sus conocimientos si no sus experiencias vividas y más que docentes formaron parte de mi diario vivir en la carrera Lcda. Miriam Fernández, Lcda. Gloria Calero, Lcdo. José Luis Herrera, Lcda. Beatriz Venegas, Lcda. Rosario Abril, Dr. Luis Arroba que con su paciencia y ayuda hicieron posible la culminación de este trabajo.

A mis amigos con quienes he compartido momentos inolvidables.

A la Universidad Técnica de Ambato, quien me abrió las puertas para adquirir mis conocimientos en mi vida profesional.

Al Hospital Regional Docente Ambato y a todo su personal, donde realice mi internado rotativo, guardándome los mejores recuerdos y valiosas amistades.

Jessica Chango Z.

ÍNDICE

Contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
2.1. <i>OBJETIVO GENERAL</i>	3
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES.....	4
3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE.....	4
3.2 INFORMACION NO DISPONIBLE.....	24
IV. DESARROLLO.....	30
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO.....	30
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	33
4.3 ANALISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	35
4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	37
4.5 CARACTERIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	38
4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	41
V. CONCLUSIONES.....	53
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
VII. ANEXOS.....	61
ANEXO 1.....	61
ANEXO 2.....	62
ANEXO 3.....	62
ANEXO 4.....	63
ANEXO 5.....	64
ANEXO 6.....	65
ANEXO 7.....	65
ANEXO 8.....	66
ANEXO 9.....	66

ANEXO 10.....	67
ANEXO 11.....	68
ANEXO 12.....	69
ANEXO 13.....	69
ANEXO 14.....	70
ANEXO 15.....	71
ANEXO 16.....	72
ANEXO 17.....	73
ANEXO 18.....	74
ANEXO 19.....	74
ANEXO 20.....	75
ANEXO 21.....	76
ANEXO 22.....	77
ANEXO 23.....	78
ANEXO 24.....	79
ANEXO 25.....	81
ANEXO 26.....	83
ANEXO 27.....	84
ANEXO 28.....	85
ANEXO 29.....	88
ANEXO 30.....	89
ANEXO 31.....	94
ANEXO 32.....	95
ANEXO 33.....	95
ANEXO 34.....	96
ANEXO 35.....	97
ANEXO 36.....	98
ANEXO 37.....	99
ANEXO 38.....	100
ANEXO 39.....	101

ANEXO 40	102
ANEXO 41	103
ANEXO 42	104
ANEXO 43	105
ANEXO 44	106
ANEXO 45	108
ANEXO 46	109

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS
PULMONAR ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”**

Autora: Chango Zumba, Jessica Estefanía

Tutor: Lcda. Mg Abril Beltrán, Rosario Elizabeth

Fecha: Febrero 2016

RESUMEN

Este análisis de Caso Clínico trata sobre Tuberculosis Pulmonar, teniendo en cuenta que en los últimos años se ha convertido en una de las enfermedades más preocupantes dentro de la salud pública y una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial, en donde uno de los derechos civiles y políticos es el derecho a la vida y a la integridad personal.

En este trabajo se encuentra información detallada de la paciente de 34 años de edad, humilde, sencilla, que sufre pérdida progresiva de peso y apetito que fue progresando paulatinamente con los meses, además de una debilidad extrema impidiéndole realizar las actividades cotidianas, convirtiéndose en una persona dependiente de otra.

De la misma forma se intentó con este estudio establecer cuál es la génesis de esta afección, pues resulta de mucha importancia una investigación de esta índole generando conocimiento científico que sustente y que sirva de base a futuras investigaciones que logren profundizar en la problemática; ya que este tipo de complicaciones no solo deteriora la calidad de vida de un individuo y su familia, sino que también suponen antecedentes económicos y emocionales.

Se recabó información desde el inicio de la patología hasta el momento actual, se detalla la evolución de la enfermedad, se realiza una valoración de enfermería completa, se plantea intervenciones para facilitar el cuidado y mejoramiento de la calidad de vida, se ha relacionado con una teorizante de enfermería para ampliar el conocimiento acorde a todas las necesidades.

En el presente trabajo se utilizó una metodología descriptiva ya que permitió establecer contacto con la realidad para observarla, describirla, y controlarla, la finalidad de esta radica en formular nuevos planteamientos y brindar una atención de calidad y calidez, identificando los nudos críticos y los factores de riesgo que atribuyeron a desencadenar la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: CUIDADOS_ENFERMERA_TUBERCULOSIS
PULMONAR

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSING CAREER

**CASE ANALYSIS OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS
FOCUSED ON NURSING"**

Autora: Chango Zumba, Jessica Estefanía

Tutora: Lcda. Mg Abril Beltrán, Rosario Elizabeth

ABSTRACT

This analysis of clinical case of pulmonary tuberculosis is made taking into account that in recent years has become one of the most worrying in the public health and one of the leading causes of mortality worldwide diseases, where one of civil and political rights is the right to life and personal integrity.

This work is detailed information of the patient 34 years old, humble, simple, suffering progressive loss of weight and appetite was gradually progressing month, plus an extreme weakness preventing him from performing everyday activities, becoming a dependent on another person.

In the same way you try with this study to establish which is the genesis of this condition, to this reality is very important research of this nature generate scientific knowledge that supports and as a basis for future research to achieve deeper into the issue; since these complications not only impairs the quality of life of an individual and his family, but also involve economic and emotional background.

Information was collected from the beginning of the disease to date, the disease progression is detailed, complete an evaluation of nursing interventions is proposed to facilitate the care and improvement of quality of life takes place, it has been linked with a nursing theorist to expand knowledge according to the needs.

A descriptive methodology was used in this work because it allowed to make contact with reality to observe, describe, and control, the purpose of this is to formulate new approaches and providing quality care and warmth, identifying critical points and factors risk attributed to trigger the disease.

KEYWORDS: CARE_NURSING_PULMONARY TUBERCULOSIS

I. INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis o también llamada tisis, es una enfermedad infectocontagiosa que ha acompañado a la humanidad y que afecta al mundo entero sobre todo a países pobres, esta enfermedad cuyo agente transmisor más importante es el *Mycobacterium tuberculosis*, se extendió de manera masiva durante el XIX como consecuencia de la formación de barrios marginales, la pobreza, la alimentación deficiente y de unas condiciones higiénicas insuficientes impuestas por el naciente capitalismo. (Rev Cient Cochabamba, 2009)

La tuberculosis se transmite de persona a personas a través del aire, cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire, basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada. Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen a lo largo de la vida un riesgo de enfermar de tuberculosis de un 10%, sin embargo este riesgo es mucho mayor para las personas cuyo sistema inmunitario está dañado, como ocurre en casos de infección por el VIH, mal nutrición o diabetes, o en quienes consumen tabaco, se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir esas personas están infectadas por el bacilo pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección. (OMS, 2015)

Más de un tercio de la población del planeta está infectada actualmente con el bacilo de la tuberculosis y tiene riesgo de enfermar durante el resto de su vida. Se estima que cerca de nueve millones de personas se enferman anualmente de tuberculosis y que cada enfermo transmitirá la infección a 10 personas por año si no recibe tratamiento. (Manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis ,2010)

El presente caso trata de una paciente de 34 años de edad con diagnóstico de NAC (Neumonía Adquirida en la Comunidad) + Tb (Tuberculosis Pulmonar), que presenta tos esporádica con movilización de secreciones y manchas de sangre en cada expectoración, dolor torácico, falta de aire a pequeños esfuerzos además de pérdida progresiva de peso y falta de apetito; fue ingresada al Hospital Provincial Docente Ambato al área de clínica mujeres para concretar diagnóstico y tratamiento, después de varios días de internación, tras ser valorada por especialistas se llegó al diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar por tal

motivo se empezó con el tratamiento antifímico, con el esquema 1 (2HRZE/4H3R3) recibiendo la medicación de lunes a viernes en el Subcentro de San Miguelito (Pillaro), previo registro de la medicación por parte del personal de enfermería .

Hoy en día ha recuperado su peso, tal vez no en su totalidad pero sigue en proceso ya que al realizar IMC se encuentra en una delgadez aceptable con 17,00 – 18,49.

II. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GENERAL

Analizar la evolución del paciente con datos disponibles y no disponibles mediante una recolección sistemática.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo por la cual la paciente presento esta enfermedad.
- Describir los puntos críticos, en relación a la evolución de la enfermedad y determinantes de salud.
- Proponer una alternativa de solución al problema.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES

3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE

Dentro de la información para este análisis de caso ha sido obtenida principalmente de dos historias clínicas, la primera que proviene del Hospital Docente Ambato, de la cual se obtuvo información de antecedentes patológicos tanto personales como familiares, el motivo de la consulta principal sintomatología, el ingreso de hospitalización con algunos exámenes de laboratorio, placas radiográficas y evoluciones correspondiente de la patología, lo cual permitió llegar al diagnóstico definitivo e iniciar inmediatamente con el tratamiento a la paciente, con la finalidad de contrarrestar la enfermedad lo más pronto posible, de la misma forma se encontró informes de enfermería los cuales fueron una pieza clave para luego plantear un plan de atención de enfermería, posteriormente se realizó el seguimiento.

La historia clínica que se revisó del Subcentro de San Miguelito, del cantón Pillaro, en la misma se pudo encontrar la atención brindada por el personal de esta casa de salud antes del ingreso y egresamiento del paciente del hospital, en el mismo que se encuentra recibiendo su tratamiento antifímico, y atención que requiere el paciente cuando éste lo necesite.

Otra fuente de información a la que se añade fue la revisión bibliográfica en la biblioteca de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, la cual facilitó conocimiento más amplio sobre esta patología y de igual manera permitió la realización de este análisis de caso. Además de obtener información de páginas de internet, revisión de protocolos de atención del Ministerio de Salud Pública.

NOTAS DE EVOLUCIÓN DEL HOSPITAL DOCENTE AMBATO

Paciente al momento hemodinamicamente estable sin antecedentes respiratorios, pérdida de peso inexplicable de 10kg aproximadamente en 3 semanas por lo que se decide su ingreso a medicina interna y procede a la colocación de tubo torácico según evaluación y manejo clínico.

28/04/2015

NOTA DE INGRESO

Paciente de 34 años de edad, ingresa al servicio de clínica mujeres en camilla, con Dg Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) + Tuberculosis pulmonar (Tb), consciente, orientada, disneica se coloca oxígeno por cánula, vía periférica permeable.

Paciente de 34 años, soltera, nacida y reside en Pillaro, instrucción primaria completa, ocupación agricultora, católica su grupo sanguíneo lo desconoce.

Antecedentes personales no refiere, familiares madre fallece con leucemia linfoplástica aguda hace 14 años, alergias y cirugía ninguna.

Antecedentes gineco obstétricos, menarquía a los 17 años, fecha de su última menstruación 20/04/2015, gestas, abortos, partos o cesáreas ninguna, anticonceptivos y papes ninguna.

Paciente vive con padres y hermanos, en una casa propia con todos los recursos básicos, alimentación 3 veces al día, micción de 4 – 6 veces al día, deposición 1 vez al día, no refiere alcohol o tabaco.

Motivo de consulta Tos + astenia, paciente refiere que hace más o menos 15 días inicia de forma brusca con astenia generalizada, hace 8 días se acompaña de tos que no moviliza secreciones además se acompaña de dolor lumbar que se incrementa en cada acceso de tos, hace 24 horas se acompaña de alza térmica no cuantificada + cefalea holocraneana de leve intensidad por lo que es traída, más pérdida de peso hace 1 mes.

Al examen físico P/A: 130/80 Fc: 80 Fr: 20 x´ SatO2: 92% Peso: 46kg

Paciente despierta, afebril en tiempo y espacio, cabeza normo cefálica, cabello de implantación y distribución normal, ojos pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz, nariz fosas nasales permeables, boca mucosas orales húmedas orofaríngeas no congestivas, cuello no ingurgitación yugular, no adenopatía tiroidea, tórax caquético, expansibilidad disminuida, corazón ruidos cardíacos rítmicos no se auscultan soplos, pulmones murmullo vesicular abolido en base pulmonar derecho estertores en campo pulmonar izquierdo, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación y extremidades simétricas no edematosas.

Idg: NAC – Tb pulmonar – D/c Ca pulmón.

Se administra dieta general, control de signos vitales, posición Fowler, control de peso diario. Además de administración de solución salina 0.9% 1000cc intravenosa en 24horas, ampicilina más sulbactam 1.5 gr intravenosa cada 6 horas, n – acetilcisteína 300mg intravenosa cada 8 horas, realizar nebulizaciones 0.5 cc de bromuro de Ipratropio + 2cc de solución salinas al 0.9% cada 8 horas.

Se envía pedidos para realizar exámenes de sangre como biometría hemática obteniendo como resultado los siguientes datos hematocrito 41.5 %, hemoglobina 13.2 g/dl, plaquetas $478 \times 10^3/uL$, leucocitos $5.72 \times 10^3/uL$, química sanguínea teniendo como resultado glucosa 135 ug/dl, urea 15 ug/dl, creatinina 0.6 ug/dl, bilirrubina total 0,29 mg/dl, ácido úrico 2.0 mg/dl, TGP 14 u/l TGO 26u/L además de tiempos de coagulación como TP 12 seg –TTP 34 seg, además de electrolitos como Na 150, K 4.2, Cl 107. Los resultados de los exámenes se encuentran en los parámetros normales exceptuando el de glucosa que se encuentra elevado, ya que el examen se realizó posprandial y se encuentra entre los niveles normales.

Además se solicitó examen de enzimas cardíacas en donde se encuentra dentro de los parámetros normales: Troponina T US (8.48 pg/ml, CKMB (0.95), sin novedad.

(Anexo 1,2)

Se incluye en los exámenes EMO obteniendo como resultado densidad 1020, pH 6, leucocitos ++, de características amarillo turbio, piocitos por campo 18 -20 eritrocitos por campo 4 -6, células altas 25 -30, bacterias + cultivo y antibiograma de esputo, BAAR y KOH se encuentra pendiente los resultados.

Resultados que se encuentran en los parámetros normales, sin alteración en los exámenes.

(Anexo 3)

Se realiza toraconcentesis, bajo normas de asepsia y antisepsia, previo colocación de campos obteniendo 600 cc de líquido pleural claro turbio y se toma muestras para sus respectivos exámenes obteniendo como resultado en el informe anatomo patológico una descripción microscópica extendido de líquido pleural muy escaso en celularidad con algunos linfocitos y más escasos histiocitos. No se observan células neoplásicas, de tal forma se diagnostica citología de líquido pleural, negativo para malignidad, no hay indicios de tuberculosis.

(Anexo 4)

29/04/2015

Paciente al momento con fascies pálidas, asténico con soporte de oxígeno por cánula nasal, no presenta tos, vía periférica permeable, se administra medicación prescrita.

Paciente de 34 años con Dg NAC – Tb pulmonar – D/C Ca pulmón.

Al momento no refiere ninguna molestia Fc 86x´ Fr. 20 x´ T/A. 120/80.

Paciente consciente, orientado, afebril, pulmones con murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar derecho, abdomen suave no distendido, no doloroso con ruidos hidroareos positivos, extremidades simétricas no edematosas.

Se administra dieta hiperproteica, control de signos vitales y se coloca en posición Semifowler, peso diario mismo que no se evidencia en la hoja de signos vitales, se administra medicación prescrita solución salina 0.9% 1000cc intravenoso cada 24 horas, ampicilina + sulbactam 1.5gr intravenosa cada 6 horas, n – acetilcisteina 300mg intravenosa cada 8 horas, claritromicina 500mg vía oral cada 12 horas.

Se solicitó un cultivo y antibiograma de esputo, en el que se identificó la bacteria *Staphylococcus epidermis*, el cual se puso bajo estudio una serie de medicamentos los cuales son sensibles a la bacteria, por otro lado entre la lista se evidencio resistente a la ampicilina arrojando como positivo a las betalactamasas.

(Anexo 5)

30/04/2015

Al momento permanece sin molestias con signos vitales Fc 86x` Fr 22x` T/A 90/60 consciente, afebril, hidratada, mucosas orales húmedas, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, expansibilidad disminuida de predominio izquierdo a la auscultación estertores en base pulmonar derecha, abdomen suave deprecible no doloroso, no distendido, extremidades simétricas no edema.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales, peso cada día mismo que no se evidencia en la hoja de signos vitales, se administra solución salina 0.9% 1000cc intravenoso en 24 horas, ampicilina más sulbactam 1.5 gr intravenoso cada 6 horas, n – acetilcisteina 300mg intravenoso cada 8 horas, nebulizaciones con 0.5 cc de bromuro de ipratropio + 2cc de solución salina 0.9% cada 8 horas, claritromicina 500mg vía oral cada 12 horas.

Se envió pedido bacteriológico de líquido pleural, arrojando como resultado negativo en la 1era y 2da baciloscopia.

(Anexo 6)

01/05/2015

Paciente, con Dg NAC – Tb pulmonar - D/c Ca pulmón, paciente no refiere molestias, al momento tos ha disminuido considerablemente en frecuencia e intensidad con signos vitales Fc 72 x` Fr 20x`T/A: 100/60 Sato2 95% con oxígeno a 2 litros, consciente, orientada, hidratada, afebril , tórax con expansibilidad disminuida, corazón rítmico no se auscultan soplos cardiacos, pulmones se auscultan en ambos campos pulmonares de predominio en base izquierda, abdomen suave, deprecible no doloroso a la palpación, extremidades simétricas no se evidencia edema, al momento en condiciones estables, no presenta molestias.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales, posición semifowler, peso diario 44.5 kg, se administra solución salina 0.9% intravenosa en 24 horas, ampicilina + sulbactam 1.5 gr intravenosa cada 6 horas, claritromicina 500mg vía oral cada 12 horas, n – acetilcisteina 300mg intravenosa cada 8 horas, nebulización con bromuro de ipratropio 0.5cc + 2cc de solución salina 0.9% cada 8 horas.

02/05/2015

Paciente refiere a ver descanso tranquila sin ninguna molestia, orientada, afebril, hidratada, tórax expansibilidad disminuida, corazón ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular disminuido, no se auscultan roncus, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, extremidades simétrica tono y fuerza conservado.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales T/A 90/50 Fr 20x`, control de balance hídrico, ingesta oral y parenteral 2800 cc, elimina a través de orina 2400cc, nos indica que es un balance negativo indica un balance negativo posición semifowler, peso cada día 45.5 kg el mismo que no concuerda con el peso anterior ya que es incoherente, se administra solución salina al 0.9% 1000 cc intravenosa cada 24 horas, ampicilina + sulbactam 1.5 gr intravenosa cada 6 horas, n – acetilcisteina 300mg intravenosa cada 8 horas, nebulizaciones con 0.5 cc de bromuro de ipratropio + 2cc de solución salina 0.9% cada horas.

En la evolución nocturna paciente refiere que ha disminuido tos en frecuencia e intensidad, presenta dolor abdominal de leve intensidad a nivel de epigastrio, por lo que se administra omeprazol 40mg intravenoso cada día.

03/05/2015

No refiere ninguna molestia, permanece tranquila, consciente, orientada, hidratada, afebril, mucosas orales húmedas, tórax con expansibilidad disminuida, murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho, se auscultan leves rales en campos pulmonares, abdomen suave distendido no doloroso a la palpación, ruidos hidroareos +, extremidades no se evidencia edema.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc: 86 x´ Fr 20x´ T/A 100/60, posición semifowler, peso cada día 45kg mismo que no concuerda con peso anterior, control de balance hídrico ingesta 1800 cc y elimina mediante orina 900cc, indica un balance negativo. Se administra solución salina 0.9% 1000cc intravenoso en 24 horas, ampicilina + sulbactam 1.5gr intravenoso cada 6 horas, n- acetilcisteina 300mg intravenoso cada 8 horas, paracetamol 500mg vía oral cada 6 horas, nebulizaciones 0.5 cc bromuro de ipratropio + 2cc de solución salina al 0.9% cada 8 horas, claritromicina 500mg vía oral cada 12 horas.

04/05/2015

Paciente de 34 años, con el mismo diagnóstico de su ingreso consciente, hidratado, afebril, descansa tranquilo, tos persistente en menor intensidad, frecuencia y duración, mucosas orales hidratadas, tórax caquético, campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho no se auscultan ruidos sobreañadidos y expansibilidad conservada, abdomen suave no doloroso no distendido y presencia de ruido hidroareos +, extremidades no se evidencia edema. Paciente en mejores condiciones.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 106 Fr 22x´ T/A 110/60, registro del balance hídrico ingesta 2250cc y elimina 1150 cc, indica un balance negativo, posición semifowler, pero diario 45 kg. Se administra medicación solución salina 0.9% 1000cc intravenosa en 24 horas, ampicilina + sulbactam 1.5 gr intravenosa cada 6 horas, n – acetilcisteina 300mh intravenoso cada 8 horas, paracetamol 500mg vía oral cada 6 horas, nebulización con 0.5cc de bromuro de ipratropio + 2 cc de solución salina al 0.9% cada 8 horas, claritromicina 500mg vía oral cada 12 horas.

Se solicitó hacer una radiografía de tórax en donde se evidencia derrame pleural derecho con infiltrado intersticial.

05/05/2015

Paciente, con diagnóstico NAC – Tb pulmonar, D/c Ca de pulmón, refiere haber descansado con tranquilidad durante la noche, consciente, orientado, afebril, mucosas orales hidratadas, murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar derecho, no se auscultan rales y expansibilidad conservada tórax caquético, abdomen suave depresible no doloroso no distendido, ruidos hidroareos +, extremidades no edemas.

Se realiza un histopatológico de líquido pleural arrojando como resultado negativo para malignidad, no se evidencia indicios de tuberculosis.

Paciente en mejores condiciones, en el primer diagnóstico no se auscultan rales, segundo diagnóstico se encuentra en estudio y el tercer diagnóstico Ca de pulmón descartado.

06/05/2015

Paciente, con diagnóstico de NAC – D/c Tb pulmonar, no refiere ninguna molestia al momento, permanece tranquila, consciente, orientada, afebril, hidratada, mucosas orales húmedas, tórax caquético, no soplos, se auscultan campos pulmonares murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho, no se auscultan sonidos sobreañadidos, abdomen suave depresible no doloroso no distendido, extremidades no edematizadas, al momento en buenas condiciones, en proceso de resolución ya que persiste derrame pleural derecho.

Se proporciona una dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 90x´Fr 20x´ T/A 110/60, control de balance hídrico, ingesta oral y parenteral de 1700cc eliminando 800cc, indica un abalance negativo control de peso diario 46kg, posición semifowler. Administración de solución salina al 0.9% 1000 cc intravenoso cada 24 horas, ampicilina + sulbactam 1.5 gr intravenoso cada 6 horas, claritromicina 500mg vía oral cada 12 horas, n – acetilcisteína 300mg intravenoso cada 8 horas, paracetamol 500mg vía oral cada 6 horas, nebulización con 0.5 cc de bromuro de ipratropio + 2 cc de solución salina al 0.9 % cada 8 horas.

Se realiza toracentesis diagnóstica previa asepsia y antisepsia de zona, obteniendo líquido pleural 10 ml, de características amarillo turbio para cultivo y antibiograma, BAAR de líquido pleural, al momento estable sin sintomatología alarmante.

Obteniendo como resultado: densidad 1.005 , Ph 8, proteína 500mg d/L, glucosa 50 mg /dL, proteína totales 5.21L g/dL, hemoglobina ++, eritrocito por campo 73 mg/dL, bilirrubina total 0.26 mg/dL albumina 2.57 L g/dL, globulinas 3 , mismas que se encuentran dentro de los parámetros normales. También se evidenció GRAM cocos positivos.

(ANEXO 7,8)

También se realizó cito químico en suero, obteniendo como resultado proteínas totales 7.13 g/dL , albumina 3.98 g/dL, globulinas 3 que se encuentra dentro de los parámetros normales.

(ANEXO 9)

07/05/2015

Paciente, con diagnóstico NAC+ DERRAME PLEURAL – D/C Tb pulmonar, no refiere ninguna molestia, consciente, orientada, afebril, hidratada, mucosas orales húmedas, tórax caquético expansibilidad conservada, no soplos, murmullo vesicular audible, disminuido en campo pulmonar derecho, abdomen suave deprecible no doloroso a la palpación, no distendido, ruidos hidroareos positivos, extremidades no edematosas, paciente en mejores condiciones.

Primer diagnóstico se encuentra en resolución.

Segundo diagnóstico se encuentra en estudio.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales T/A 110/70 Fr 20x', control de balance hídrico ingesta oral y parenteral 800cc y eliminación 1000cc, indica un balance hídrico positivo, peso diario 43.3 kg, mismo que no concuerda con peso anterior. Administración de medicación solución salina 0.9% 1000cc intravenoso en 24 horas, se discontinúa ampicilina + sulbactam, y se añade ceftriaxona 1gr intravenoso cada 12 horas, claritromicina 500mg vía oral cada 12 horas, n – acetilcisteína 300mg intravenoso cada 8 horas, paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas, nebulizaciones 0.5 cc de bromuro de ipratropio + 2 cc de solución salina al 0.9% cada 8 horas.

Se recogió una muestra de esputo, en el cual se realizó una baciloscopia obteniendo como resultado negativo.

08/05/2015

Paciente de 34 años, con diagnóstico de neumonía + derrame pleural – D/c Tb pulmonar, no refiere molestias, permanece tranquilo, orientado, afebril. Hidratado, mucosas orales húmedas, tórax expansibilidad conservada caquético, no soplos, murmullo vesicular audible disminuido en campo pulmonar derecho, no se auscultan ruidos patológicos, abdomen sin patología aparente, ruidos hidroareos positivos, extremidades simétricas no edematizadas, paciente con mejor cuadro clínico.

Primer diagnóstico persiste en sintomatología de leve intensidad.

Segundo diagnóstico en estudio.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 80x Fr 20x T/A 110/70, control de balance hídrico ingreso oral y parenteral 2050cc , elimina 700 cc, indica un balance hídrico negativo, posición semifowler, peso diario 45 kg. Administración de medicación solución salina 0.9% 1000 cc intravenoso en 24 horas, ceftriaxona 1 gr intravenoso cada 12 horas, claritromicina 500mg vía oral cada 12 horas, paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas, nebulizaciones con 0.5 cc de bromuro de ipratropio + 2cc de solución al 0.9% cada 8 horas.

09/05/2015

Paciente de 34 años, con diagnóstico ya mencionado, no refiere molestias, al momento estable, sin complicación, se continua con la misma medicación, sin ninguna variación.

Dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 88x Fr 20x T/A 100/70, posición semifowler, peso diario 45 kg, control de balance hídrico ingesta oral y parenteral 1900 cc y eliminación 500cc , balance hídrico negativo.

10/05/2015

Paciente con mismo diagnostico ya mencionado anteriormente, asintomática no refiere molestia alguna, en mejores condiciones, continua con la misma mediación no existe variación alguna.

Dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 80 x´ Fr 20 x´ T/A 100/60 Sato2 al ambiente 90%, control de balance hídrico ingesta oral y parenteral 2150 cc, eliminando 200 cc balance hídrico negativo, peso diario 43 kg que no tiene coherencia con el peso anterior.

11/05/2015

Paciente, con diagnóstico de neumonía + derrame pleural – D/c Tb pulmonar, refiere sensación de malestar general “fiebre”, además refiere que ha presentado episodios de tos de moderada intensidad. Paciente ha realizado fiebre no cuantificada por lo que se procede a bajar temperatura por medios físicos, sintomatología respiratoria ha mejorado estos últimos días.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 84x´Fr 20x´T/A 100/60, control de balance hídrico ingesta oral y parenteral 2100 cc y eliminación 800 cc balance hídrico negativo, peso diario que no se especifica en el día, continua la misma medicación sin variación.

12/05/2015

Paciente, con diagnostico neumonía + derrame pleural – D/c Tb pulmonar no refiere sintomatología respiratoria , permanece tranquila sin molestias, consciente, orientada , afebril, hidratada, mucosas orales húmedas, campos pulmonares conservado, no soplos, no ruidos patológicos, abdomen suave no doloroso, no distendido, ruidos hidroareos +, extremidades no edematizados.

Primer diagnóstico neumonía + derrame pleural paciente con notable mejoría, cuadro respiratorio no se auscultan rales, permite murmullo vesicular abolido y disminuido en campo pulmonar derecho en poca intensidad.

Segundo diagnostico tuberculosis pulmonar descartado, cuadro clínico poco compatible con el diagnostico.

Se valora el alta de la paciente, con Ceftriaxona 1 gr intravenoso cada 12 horas, azitromicina 500mg vía oral cada día, control por consulta externa en 15 días, se envía a la paciente con DICH.

La condicione de egreso: Paciente en buenas condiciones, al momento in complicaciones, clínicamente estable, diagnostico de egreso neumonía + derrame pleural.

15/09/2015

Paciente que ingresa por consulta externa, con diagnostico Tuberculosis pulmonar, ambulatoria en compañía de familiares, consciente, orientada, asténica, agitada, presenta que moviliza secreciones blanquecinas, mucosas orales húmedas.

Motivo de consulta Tos + dificultad respiratoria

Paciente refiere que presenta tos que moviliza secreciones de aspecto blanquecino de predominio diurno –nocturno de larga duración, se acompaña de dificultad respiratoria + astenia generalizada, alza térmica no cuantificada + diaforesis nocturno, síntomas que se han ido incrementando en estos días + pérdida de peso, por lo que se decide su ingreso

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 72 x´ T/A 90/60 Fr 24 x´, posición semifowler, control de balance hídrico ingesta oral y parenteral 70cc y eliminación que no especifica , oxígeno por cánula nasal permanente a 3 litros.

Administra solución salina al 0.9% 1000cc intravenoso en 24 horas, ampicilina 4.5 gramos intravenoso cada 6 horas, claritromicina 500mg vía oral cada 12 horas, omeprazol 40mg intravenoso cada día, n – acetilcisteina 300mg intravenoso cada 8 horas, paracetamol 500mg vía oral cada 6 horas. Inicia fisioterapia respiratoria con incentivometro 10 minutos cada 3 horas.

Además se solicita exámenes:

Biometría hemática: hematocrito 45.5% , hemoglobina 14.4 g/dL, leucocitos 13.24×10^3 /UI

Química sanguínea: glucosa en ayunas 80.2, urea 38.2, creatinina 0.71, bilirrubina total 7.4, colesterol total 1331 , HDL 37, colesterol LDL 827, triglicéridos 74.8, incluyendo electrolitos como Na 135 , K 4,15, CL 108.13.

(Anexo 10)

TAC DE TORAX : Parénquima pulmonar con fibrosis diseminada, en el ápice izquierdo se observa imagen de caverna de aproximadamente 1.8 cm , en imágenes nodulares parahilares destacándose en una en el lado derecho de 1.2cm y dos en el lado izquierdo de 1 cm y 0.5 cm respectivamente. Hacia las bases pulmonares existe fibrosis + infiltrado alveolar concomitante de aspecto condensativo sobre todo en el lado derecho.

Espacio pleural derecho está ocupado con derrame moderado.

Corazón y grandes vasos normales.

Se advierten imágenes muy sugestivas de adenopatías paratraqueales.

CONCLUSIÓN

Tuberculosis pulmonar activa miliar.

(Anexo 11)

Rx AP y L DE TORAX: Silueta cardiovascular: corazón de tamaño, normal, grandes vasos normales. Parénquima pulmonar con acentuación de la trama vasculo – intersticial diseminada, además de condensación nemotica basal para cardiaca derecha y derrame pleural ipsilateral, tejido blancos normales.

CONCLUSION

Neumonía alveolo. intersticial con consolidación en base pulmonar derecha. Se recomienda pruebas antifímicas

(Anexo 12)

EKG , se evidencia taquicardia sinusal

Uroanálisis: De características amarillo ligeramente turbio con una densidad 1015 , pH 5, piocitos por campo 0.1, eritrocitos por campo 1.3 , bacterias ++ , células altas 1.3.

(Anexo 13)

16/09/2015

Paciente, con diagnostico Tb pulmonar, refiere tos productiva de color blanquecino sin mal olor, que aumenta durante las noches, al momento consciente, orientado, afebril, hidratado, mucosas orales húmedas, orofaríngeas no congestivas, tórax simétrico, campos pulmonares murmullo vesicular disminuido con presencia de estertores bilateral.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 84 x´ Fr 20 x´, T/A 100/60 , posición semifowler, oxígeno por cánula nasal permanente a 3 litros , control de balance hídrico ingesta oral y parenteral 1300cc y elimina 1200 indica un balance hídrico negativo. Administración de medicación solución salina al 0.9 % 100 cc intravenoso en 24 horas, ampicilina 4.5 gr intravenoso cada 6 horas, claritromicina 500mg vía oral cada 8 horas, omeprazol 40mg intravenoso cada día, n – acetilcisteína 300mh intravenoso cada 8 horas, paracetamol 500mg vía oral cada 6 horas, continua fisioterapia respiratoria con incentivometro 10 minutos cada 3 horas, se empieza a gestionar el tratamiento anti tuberculoso.

Se consulta con epidemiología, quien indica realizar baciloscopia stat, luego de dos horas para iniciar tratamiento anti tuberculoso en la tarde.

17/09/2015

Paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar al momento consciente, orientada, afebril, hidratada, mucosas orales húmedas, pulmones murmullo vesicular disminuido, se auscultan rales y estertores en base pulmonar bilateral.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 82 x'Fr 20x' T/A 110/60, posición semifowler, control de balance hídrico ingesta oral y parenteral 1250cc y elimina 1250cc indica un balance hídrico positivo, ya que está eliminando lo que se ha ingerido. , Omeprazol 40mg intravenoso cada día, continuar con la fisioterapia respiratoria.

18/09/2015

Paciente, con diagnóstico de Tb pulmonar, refiere tos productiva, consciente, orientada, afebril, hidratada, campo pulmonar murmullo vesicular conservado, presencia de estertores en bases pulmonar bilateral.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 78x'Fr 22x'T/A 90/70, posición semifowler, oxígeno por cánula nasal permanente, control de balance hídrico ingesta oral 1050 cc, eliminación 350 cc balance hídrico negativo, ya que está eliminando menos de la cantidad que ha ingerido, fisioterapia respiratoria. Administración de complejo B 1 tableta cada día.

19/09/2015

Paciente con diagnóstico de Tb pulmonar, refiere tos que moviliza secreciones de moderada intensidad que elimina secreciones blanquecinas en cada expectoración, campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido, se auscultan estertores y roncus en bases pulmonares bilaterales. Paciente en regulares condiciones.

Se proporciona dita hiperproteica, control de signos vitales Fc 80 x'Fr 20 x' T/A 100/60 , oxígeno por cánula nasal a 3 litros permanente, control de balance hídrico ingesta oral 1059cc, eliminación 350 cc balance hídrico negativo, continua fisioterapia respiratoria con incentivometro. Administración de complejo B vía oral cada día.

20/09/2015

Paciente, con diagnóstico de Tb pulmonar, refiere ligera falta de oxígeno.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 80x´Fr 20 x´ T/A 90/60, posición semifowler, colocación de oxígeno por cánula nasal permanente a 3 litros, control de balance hídrico ingesta oral 1150 cc, eliminación 600cc, balance hídrico negativo. Administración de complejo B vía oral 1 tableta cada día.

21/09/2015

Paciente, con diagnóstico de Tb pulmonar, refiere dolor en epigastrio de leve intensidad, campos pulmonares murmullo vesicular disminuido, presencia de estertores en bases pulmonares bilaterales, abdomen suave deprecible doloroso a la palpación, paciente en regulares condiciones, se encuentra recibiendo tratamiento de Tuberculosis.

Se proporciona dieta hiperproteica, control de signos vitales Fc 84 x´ Fr 22 x´ T/A 100/70, posición semifowler, oxígeno por cánula nasa a 3 litros, control de balance hídrico ingesta oral 1150 cc, eliminación 650 cc balance hídrico negativo. Administración de complejo B una tableta cada día.

Además de recibir fisioterapia, percusión y tapotajes, drenaje postural y ejercicios respiratorios por parte de fisioterapeuta de turno.

22/09/2015

Paciente, con diagnóstico de Tb pulmonar, refiere tos en leve intensidad de moviliza secreciones blanquecina en cada expectoración, campos pulmonares murmullo vesicular disminuido en bases pulmonares, se auscultan estertores, en mejores condiciones, recibiendo tratamiento antifímico.

Se proporciona dieta blanda hiperproteica, control de signos vitales Fc 72 x´ Fr 20 x´, posición semifowler, oxígeno por cánula nasal permanente a 3 litros, control de balance hídrico ingesta oral 950 cc, eliminación 700 cc, balance hídrico negativo. Administración de complejo B 1 tableta cada día.

Además recibe fisioterapia, percusión + tapotajes, drenaje postural y ejercicios respiratorios, por parte de fisioterapeuta de turno.

23/09/2015

Paciente refiere alza térmica no cuantificada, leve dolor en bases pulmonares y continua tos con expectoración + dificultad respiratoria. SatO2 83% al ambiente.

Se proporciona dieta blanda hiperproteica, control de signos vitales Fc 84 x Fr 23 x T/ A 90/80, posición semifowler, oxígeno por cánula permanente a 3 litros, control de balance hídrico ingesta oral 550 cc, eliminación 750 cc, balance hídrico positivo. Administración de complejo B una tableta cada día.

Además recibe fisioterapia, percusión + tapotajes, drenaje postural y ejercicios respiratorios.

24/09/2015

Paciente no refiere molestias, pulmones murmullo vesicular disminuido y estertores en pulmón izquierdo. Paciente en mejores condiciones.

Recibe dieta blanca hiperproteica, control, de signos vitales Fc 80 x Fr 23 x T/ A 100/60, SatO2 al ambiente 84%. Administración de complejo B, una tableta cada día por 60 días, control por centro de salud y epidemiología.

Paciente evoluciona favorablemente, a órdenes del departamento de epidemiología, sin complicaciones.

Rx y TAC pulmonar presencia de cavernas en pulmón izquierdo.

BAAR de esputo positivo (+)

Diagnóstico de ingreso y egreso Tuberculosis Pulmonar.

NOTAS Y REPORTES DE EVOLUCIÓN DEL SUBCENTRO DE “SAN MIGUELITO”

13/05/2015

Paciente de 34 años de edad, acude con hoja de contrareferencia , ya que hace 15 días fue atendida en el Hospital Provincial Docente Ambato, por derrame pleural, al momento en mejores condiciones, piel rosada, campos pulmonares , murmullo vesicular disminuido.

Nota: Se habla con personal de auxiliar de enfermería, para aplicación intravenosa de ceftriaxona 1 gramo, por dich, acordando en aplicarse cada 12 horas 8 am – 8pm, por 6 días empezando hoy la primera dosis.

29/05/2015

Paciente, consciente, orientada, afebril, hidratada, refiere dolor lumbar bilateral, acompañado de malestar general, dolor a la palpación a nivel de hipocondrio derecho, pulmones murmullo vesicular disminuido en pulmón derecho.

Idg. D/c Colecistitis

Se envía ibuprofeno 400mg vía oral, tres veces al día.

Realizar Bh de control y acudir con resultados, en la próxima consulta.

05/06/2015

Paciente acude con resultados de exámenes enviados, que se encuentran de entro de los parámetros normales, refiere pérdida de apetito y leve dolor a la palpación en abdomen.

(Anexo 14)

Se envía medicación, complejo B, una tableta vía oral cada día, por 15 días.

Idg. Hiporexia.

25/09/2015

Paciente acude por presentar bronquitis pulmonar, murmullo vesicular disminuido no se auscultan roncus, refiere dolor en epigastrio.

Continuar omeprazol 20 mg cada 12 horas por 10 días.

26/08/2015

Paciente acude por qué refiere persistir tos con flema, no se observa mejoría aparente, no alza térmica, tos esporádica, orofaringe no congestiva, pulmones murmullo vesicular disminuido en lado derecho, se auscultan roncus bilateral.

Idg. Bronquitis

01/09/2015

Paciente persiste con dolor a nivel escapular derecho, además de presentar tos seca, murmullo vesicular disminuido.

Se administra Diclofenaco 75 mg intravenoso stat, Diclofenaco 50mg vía oral cada 8 horas por 30 días.

11/09/2015

Paciente acude por presentar ligera falta de aire acompañado de tos y expectoración blanquecina hace +/- 4 semanas, murmullo vesicular audible en ambos vértices pulmonares y abolido en base pulmonar derecha, se auscultan roces roncus bilaterales, resto del examen físico negativo.

Idg. EPOC

Administración de medicación con bromuro de ipratropio 2 puff cada 12 horas.

01/10/2015

Se solicita exámenes: VIH – VDRL –BH - QS

20/10/2015

Paciente con Dg de Tb miliar en tratamiento hace aproximadamente 1 mes, acude con resultados de exámenes.

BH: Leucocitos $66.10 \cdot 10^3/uL$, Hb 14.8 g/dL, Hcto 47% , Plt $476 \cdot 10^3/Ul$.

QS: Glucosa 90.8, Urea 20, Creatinina 0.6.

VDRL: No reactivo

VIH: No reactivo

(Anexo 15)

Al momento refiere prurito en muñeca derecha, a nivel de muñeca izquierda se evidencia pápulas de +/- 0.5cm de diámetro.

3.2 INFORMACION NO DISPONIBLE

Toda la información que no se pudo obtener en las historias clínicas, se la obtuvo a través de una entrevista al mismo paciente con el fin de recabar toda la información que se encuentre al alcance, especificando cada detalle acontecido con la trascendencia de su enfermedad, dicha entrevista se la elaboro mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson, para posteriormente realizar la priorización de los problemas en base a la pirámide de Maslow y poder enfocar los cuidados de enfermería correspondientes.

VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Paciente refiere que no ha fumado, pero que la tos y flema ha permanecido por más de 15 días misma que ha ido incrementado acorde a los días, de características blanquecinas, en la mañana cuando se despierta, cuando se moviliza se agita con facilidad al caminar y con frecuencia siente que le falta el aire, sus dedos de manos y pies o mucosa como labios sin patología aparente ya que no se tornan de color azul, pero cuando se sienta o se acuesta siente una ligera opresión en el pecho, no se agita con facilidad. Cuando trabajaba en la agricultura utilizo químicos, mismos que el olor era tan fuerte que no tolero por su mal olor e intensidad, las ventanas de la casa son grandes que permiten la entrada directa de los rayos del sol.

Conforme a la puntuación establecida su puntuación es de 3 en la que se evidencia una disnea moderada acorde a la escala gráfica, a mayor índice o puntuación se observa menor tolerancia a la disnea. (Anexo 21,22)

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Paciente refiere que prueba nuevos alimentos, mismos que contienen hierro, vitaminas, no consume mucha sal y su alimentación es variada por lo que no consume los mismos alimentos a diario, pero se asegura de consumir agua limpia, además de alimentos que son fuente de vitamina C, así como lavar las frutas antes de consumirlas y que las carnes deben estar bien cocinadas, además de ingerir proteínas, calcio y vitamina A. Desayuna todos los días y prefiere comer frutas antes que dulces, no es aficionada al café por lo que lo evita en las comidas y consume alimentos variados en su dieta diaria. (Anexo 23)

Según la interpretación que se estableció en las conductas establecidas como favorables para una alimentación saludable, se encuentra con una puntuación mayor de 12 misma que conlleva a una nutrición buena. (Anexo 24)

Bajo la interpretación que se realiza con los datos obtenidos en peso (46kg) y talla (1.60 cm) obtenemos como resultado 17.9 por tal razón se encuentra en una delgadez aceptable.

(Anexo 25)

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES

Paciente refiere que está tomando medicación, no sufre de estreñimiento, en sus necesidades básicas acude al baño tres veces al día, en las noches es muy peculiar que salga al baño, en las características de eliminación de desecho sus heces no tienen olor, no sufre de dolor abdominal, ni dificultad para orinar, en su periodo menstrual menciona que no es abundante los mismo que provocan cólicos menstruales con frecuencia, en las noches no transpira y cuando cepilla sus dientes estos inmediatamente comienzan a sangrar.

Mediante una encuesta que se realizó se obtiene una puntuación de 80 puntos, mismo que se encuentra en una dependencia leve o independencia. Paciente refiere que se dedica a los quehaceres domésticos, diariamente realiza ejercicio físico, pero siente debilidad en todo el cuerpo ya que tiene una rutina diaria de actividades, como caminar en la que necesita ayuda para poder movilizarse, no pasa mucho tiempo sentada pero siente pérdida de su fuerza al alzar un objeto pero no precisa hormigueo en sus piernas. (Anexo 26)

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA

Paciente refiere que se dedica a los Quehaceres domésticos, diariamente realiza ejercicio físico, pero siente debilidad en todo el cuerpo ya que tiene una rutina diaria de actividades, como caminar en la que necesita ayuda para poder movilizarse, no pasa mucho tiempo sentada pero siente pérdida de su fuerza al alzar un objeto pero no precisa hormigueo en sus piernas. (Anexo 27)

Según la puntuación que se obtiene al evaluar en el índice de Barthel es un total de 80 puntos, mismo que se encuentra en una dependencia leve o independencia. (Anexo 28)

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Paciente refiere no conciliar el sueño con facilidad, no tiene periodos de reposo prolongados, no requiere de medicación para poder dormir pero cuando se despierta en ocasiones se siente más cansada de lo normal, cuando hay ruido si descansa, no sufre de insomnio y descansa por las mañanas aun sintiéndose cansada, su familia no ha mencionado que ronca o hace ruido cuando descansa. (Anexo 29)

Según la puntuación adquirida en la escala de Oviedo es de 45 puntos se encuentra en la sub escala de insomnio, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio. (Anexo 30)

6. NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVERTIRSE

Se aplicó una encuesta en la que refiere que puede vestirse sola, no requiere de ayuda para elegir la ropa, tiene su espacio y su intimidad al vestirse, no utiliza ropa ajustada y por su condición prefiere lavar su ropa aparte y no compartir su ropa, además de que el calzado que utiliza es cómodo al movilizarse o desplazarse a diferentes lugares. (Anexo 31)

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

Se aplicó una encuesta en la que refiere, que cuando se encuentra con fiebre no se auto médica, es decir no toma medicación sin antes ser revisada por un médico que prescriba la medicación correcta, no sufre de escalos fríos y tiene dificultad para adaptarse a los cambios bruscos de temperatura. (Anexo 32)

Al colocar el termómetro en la paciente marca 37° C, es un indicador afebril es decir, no presento fiebre. (Anexo 33)

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

Se aplicó una encuesta en la que refiere, que no se baña diariamente y no requiere de ayuda para poder bañarse, cuando sale a caminar no utiliza protector solar y menciona que no se enrojece su piel pero si se reseca con facilidad, al igual de que se lava el cabello pero que no se corta con frecuencia el cabello, además refiere que se lava los dientes 3 veces al día, se corta con mucha frecuencia las uñas. (Anexo 34)

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

Paciente refiere no tiene problemas familiares per se irrita con facilidad ante cualquier circunstancia, se siente nerviosa cuando le hablan o le preguntan de un tema que desconoce y su preocupación de lo que podría pasar más adelante, es consciente que acude a los controles médicos cuando le solicitan y su expectativa sobre su enfermedad es que va a mejorar con el tiempo, tiene alergia al chocho y a medicamentos como la penicilina para ser específicos, cuando hay necesidad se auto médica, tiene dificultad para recordar hechos que transcurrieron tiempo atrás, le es fácil localizar el dolor, se acuerda la razón por la que ingreso al hospital, no precisa maltrato familiar pues no se le dificulta resolver problemas y cuando le hablan de su enfermedad se siente tranquila ya que a pesar de todo se siente útil en la familia. (Anexo 35)

Según la puntuación descrita en la escala del dolor, se encuentra en el nivel 5, es decir tiene un dolor moderado. (Anexo 36)

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

Mediante una encuesta que se aplicó se concluyó que; cuando conversa se le entiende con facilidad, ya que tiene buena comunicación con la familia caso contrario trata de utilizar mímica para ser entendida, tiene fe en Dios ya que es fiel creyente, jamás ha estado embarazada y tiene mucha confianza por alguien en especial que no específico y se reservó esa información.

(Anexo 37)

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

Según la encuesta que se aplicó la paciente refiere que su religión es católica, y va a la iglesia una vez a la semana con preferencia el día domingo, no le teme a la muerte y no ha pensado en cambiar de religión ya que no interfiere en sus actividades, se guarda los problemas y no busca la ayuda necesaria, a pesar de expresar sus sentimientos y proporcionada ayuda en la toma de decisiones cuando se trata de problemas familiares. (Anexo 38)

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

En una encuesta que se aplicó en relación con la escala de ansiedad y depresión de Goldberg se concluye que se siente muy útil en su casa, realiza la limpieza y comida a pesar de que la familia le impide que realice esas tareas y mejor descanse, por el momento no aporta económicamente en la casa debido a su condición, realiza actividades que le gustan y su pasatiempo, está pendiente de su enfermedad por lo que busca información continua sobre su tratamiento, toma decisiones relacionadas a su salud y se siente muy dependiente de su familia. (Anexo 39,40)

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Paciente refiere que suele salir de paseo con su familia, a pesar de que se aburre con facilidad y salir al parque más cercano, hace tiempo que no viaja, pero realiza actividades de recreación con su familia, aunque tiene dificultad para realizar su pasatiempo, obtiene el apoyo que necesita y no toma decisiones sin antes ser consultadas por la familia, siempre buscando el bienestar propio. (Anexo 41)

Según el cuestionario de DUKE –UNC, se obtuvo una puntuación de 50 por lo que una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que una puntuación menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo. (Anexo 42)

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

En la encuesta que se aplicó refiere, que hace algún no realizada capacitaciones de ningún tipo para auto educarse, pero se siente incluido en la familia, cumple satisfactoriamente las indicaciones proporcionadas por el medico ya que conoce sobre su enfermedad y hace el uso correcto de la medicación prescrita, a veces en sus tiempos libres suele leer y la profesión que admira es corte y confección. (Anexo 43,44)

IV. DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Paciente de 34 años de edad, estado civil soltera, agricultora, reside en el cantón Pillaro vía Rumiñahui, perteneciente a la provincia de Tungurahua, antecedentes patológicos personales derrame pleural, antecedentes quirúrgicos no refiere, antecedentes patológicos familiares madre fallece con leucemia linfoplástica aguda hace 14 años, alergias no refiere. La enfermedad empieza hace 15 días en la cual inicia de forma brusca con astenia generalizada, que hace 8 días se acompaña de tos que no moviliza secreciones además de dolor lumbar que se incrementa en cada acceso de tos, hace 24 horas se acompaña de alza térmica no cuantificada + cefalea holocraneana de leve intensidad y pérdida de peso paulatinamente por lo que decide acudir al servicio de emergencia del Hospital Docente Ambato, luego de una valoración y teniendo en cuenta el cuadro clínico se decide internar a la paciente en el servicio de medicina interna.

Paciente, ingresa el día 28/04/2015 al servicio, con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, Tuberculosis pulmonar, a descartar Cáncer de pulmón con signos vitales: presión arterial 130/80 mm/Hg, Frecuencia cardíaca: 80 por minuto, Frecuencia respiratoria: 20 por minuto, Saturación de oxígeno: 92% T: 36.8, es traído en sillas de ruedas acompañado del personal auxiliar del servicio de emergencia y familiares, al momento consciente, orientada, facies pálidas, mucosas orales húmedas, orofaríngeas no congestivas, con apoyo de oxígeno por mascarilla, refiere tos con expectoración de características blanquecinas acompañadas con pintas sanguinolentas, pulmones murmullo vesicular abolido en base pulmonar derecho estertores en campo pulmonar izquierdo, abdomen suave deprecible a la palpación, vía periférica permeable.

Se envía pedidos para realizar exámenes de sangre como biometría hemática obteniendo como resultado los siguientes datos hematocrito 41.5 %, hemoglobina 13.2 g/dl, plaquetas 478 10³/uL, leucocitos 5.72 10³/uL, química sanguínea teniendo como resultado glucosa 135 ug/dl, urea 15 ug/dl, creatinina 0.6 ug/dl, bilirrubina total 0,29 mg/dl, ácido úrico 2.0 mg/dl, TGP 14 u/l TGO 26u/L además de tiempos de coagulación como TP 12 seg –TTP 34 seg,

además de electrolitos como Na 150 , K 4.2 , Cl 107. No se evidencia alteraciones en los resultados de exámenes de laboratorio.

Además de examen de enzimas cardiacas en donde se encuentra dentro de los parámetros normales: Troponina T US (8.48 pg/ml , CKMB (0.95), sin novedad.

Además bajo normas de asepsia y antisepsia, previo colocación de campos se procede a la realización de toraconcentesis obteniendo 600 cc de líquido pleural claro turbio y se toma muestras para sus respectivos exámenes obteniendo como resultado en el informe anatomico patológico una descripción microscópica extendido de líquido pleural muy escaso en celularidad con algunos linfocitos y más escasos histiocitos. No se observan células neoplásicas, de tal forma se diagnostica citología de líquido pleural, negativo para malignidad, no hay indicios de tuberculosis.

Dentro de los siguientes días se administra dieta hiperproteica, control de signos vitales y se coloca en posición Semifowler, peso diario mismo que no se evidencia en la hoja de signos vitales, se administra medicación prescrita solución salina 0.9% 1000cc intravenoso cada 24 horas, ampicilina + sulbactam 1.5gr intravenosa cada 6 horas, n – acetilcisteina 300mg intravenosa intravenosa cada 8 horas, claritromicina 500mg vía oral cada 12 horas.

Después de varios días de internación, se solicita una TAC de tórax en la que se observa; Parénquima pulmonar con fibrosis diseminada, en el ápice izquierdo se observa imagen de caverna de aproximadamente 1.8 cm, en imágenes nodulares parahilares destacándose en una en el lado derecho de 1.2cm y dos en el lado izquierdo de 1 cm y 0.5 cm respectivamente. Hacia las bases pulmonares existe fibrosis + infiltrado alveolar concomitante de aspecto condensativo sobre todo en el lado derecho. Llegando a la conclusión de Tuberculosis activa miliar, se inicia tratamiento antifímico.

De tal manera se determina los siguientes diagnósticos enfermeros, poniendo énfasis en la enfermedad y motivo de consulta de la paciente.

- Patrón respiratorio ineficaz relacionado hiperventilación y fatiga de los músculos respiratorios, manifestado por disnea de esfuerzo grado 3, taquipnea (respiración

rápida y profunda), tos productiva, hemoptisis, dolor torácico, taquicardia, estertores en bases pulmonares.

- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con factores biológicos, manifestado por peso bajo, falta de apetito.
- Termorregulación ineficaz relacionado con la enfermedad Tb, manifestado por fiebres repetitivas, taquipnea, cefalea, diaforesis y dolor torácico.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que contribuyeron a que la enfermedad aparezca en una edad temprana del paciente y se desencadena la Tuberculosis Pulmonar, por una parte el clima de Pillaro y especialmente el sector en el que reside que es templado y frío aproximadamente de 10 a 14 grados centígrados, lo que contribuye a presentarse enfermedades de vías respiratorias, las mismas que se presentan en varias ocasiones, pero en la mayoría de los casos no acudió a recibir atención oportuna en ningún sub centro de salud.

Por otra parte el trabajo que desempeñaba y que ella refiere se encontraba a la exposición continua de químicos para la agricultura y que la evaporación de los mismos era demasiada fuerte que no lograba tolerar y no usaba medidas de protección, por lo cual influye en la aparición de la tuberculosis.

Al realizar las visitas domiciliarias se pudo observar el estilo de vida de la paciente y es por eso que para mayor comprensión de cómo influye los factores de riesgo en el proceso salud – enfermedad de esta paciente; se ha utilizado una teorizante de enfermería para describir la situación de la misma.

TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN DOROTEA OREM

TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO

- **AUTOCUIDADO**

Un paciente con Tuberculosis pulmonar, es un ser que necesita de la asistencia de una persona en algunas de las actividades que emprenda realizar, ya que es indispensable alcanzar salud e independencia, regulando los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, asimilando el progreso de su enfermedad y cumplir con el régimen de tratamiento para lograr alcanzar el máximo nivel de bienestar y cuidado posible, así como de autorrealización, en donde a pesar de las dificultades que se ha presentes, la paciente tiene un autoestima elevado ya que su familia está presente en todo momento, apoyándola y eso le hace sentir segura de sí mismo y teniendo mayor interés en su tratamiento que es ahora lo más importante en su vida, luchar día a día con su enfermedad es asombroso el entusiasmo que presenta.

- **TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO**

Debido a ciertas limitaciones a causa de su salud, al caminar o realizar ejercicio físico necesita el cuidado dependiente de alguien cercano que pueda ayudar en el caso que lo necesite a causa de la debilidad y atrofia muscular por el mismo proceso de su enfermedad, por tal motivo ha dejado de trabajar, ya que era uno de los principales factores que empeoraban su salud, debido a esto la paciente ha mejorado su estado emocional y físico.

- **TEORÍA DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA**

Una de las necesidades más importantes que tiene la paciente, es estar bajo el cuidado directo de una persona, que este apta (o) para el cuidado y control de su dieta, cumplimiento estricto de su mediación para conseguir salud optima es por eso que en esta paciente se le ha dado el respectivo seguimiento de su enfermedad, se ha aplicado métodos y técnicas precisas que aseguran el continuo tratamiento, y que se evidencia claramente que la paciente va mejorando día a día. La actuación de enfermería se maneja desde el área hospitalaria ya que se ha convertido en una fuente primordial en

la recuperación de la misma, empezando por el cuidado directo, brindando educación, apoyo emocional en los momentos difíciles tanto a la misma paciente como a su propia familia la afrontar la enfermedad, posteriormente dando seguimiento en el Subcentro de Salud más cercano a su domicilio siendo este el Subcentro de San Miguelito en Pillaro, siendo pieza fundamental de su recuperación las visitas domiciliarias evidenciando así la recuperación, siempre proporcionando educación algunas veces la administración de medicación prescrita por el medico cuando se ha diagnosticado enfermedades oportunistas por su condición, además de acudir diariamente a tomar su medicación antifimica ya que ha contribuido a la salud del paciente.

4.3 ANALISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

En este punto es observo el estado de salud de la paciente, el interés que tuvo siempre por saber y entender más sobre su enfermedad, y sobre todo el apoyo incondicional de su familia en todo momento, para mejorar su calidad de vida, puesto que se trata de una paciente de 35 años de edad que si bien es cierto no tiene discapacidad física, misma que se ha desempeñado en su trabajo de agricultora con la utilización de abonos químicos y pesticidas tales como el Aldrín que puede producir cáncer, así como convulsiones en el sistema nervioso, incluso puede ocasionar la muerte por paro respiratorio, o modificaciones genéticas que destruyen la vaina de mielina de los nervios. Del mismo modo la utilización del DDT que también se incluye en el grupo de los pesticidas, este es un toxico muy potente tanto que se ha prohibido su uso después de ver los efectos devastadores que produce en la humanidad y se presume que esto fue un factor predisponente para desarrollar la enfermedad, ya que no solía utilizar medios de protección al utilizarlos, sin embargo las veces que ha estado enferma empezando desde un mínimo resfriado común, hasta un leve dolor torácico, al que no le dio importancia por tal razón no se acercó a ningún sitio de salud ya sea porque no lo considero importante o porque en su momento no se agravo, y las pocas veces que acudió a un consultorio médico únicamente le daban medicación que le servían de

calmantes y mas no se pudo llevar un seguimientos como lo indica el protocolo del Ministerio de Salud Publica en casos sospechosos de tuberculosis.

Una vez que el cuadro clínico se intensifico estando en su domicilio, comprometiendo su sistema respiratorio y por ende su vida no tuvo otra opción que acudir lo más pronto posible al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, en donde le brindaron la atención requerida conjuntamente con su internación lo cual permitió llegar al diagnóstico definitivo de Tuberculosis pulmonar y desde luego su respectiva notificación al personal de epidemiología para poner de inmediato en tratamiento antifimico, una vez que la paciente se encontraba estable se envía la contra referencia al Sub centro de Salud de San Miguelito en el Canto Píllaro, en el cual de igual forma sigue cumpliendo con estándares y protocolos informa la enfermera del Subcentro de Salud para continuar con estricto cumplimientos el tratamiento de tuberculosis.

El Subcentro de Salud al que acude se encuentra ubicado a más o menos 5 minutos en automóvil y 10 min aproximadamente caminando de la vivienda de la paciente, el personal de esta casa de salud ha sido responsable tanto de llevar el registro de cumplimiento del tratamiento antifimico como el registro de las personas que viven con la paciente , las cuales tienen la vacuna BCG y también se les realizo baciloscopias para descartar posible contagio esto se realizó al inicio del tratamiento de la paciente, como resultado no se encontraron baciloscopias positivas, todo el trabajo lo han hecho de manera satisfactoria y cumpliendo todos los criterios establecidos en el manual de tuberculosis del MSP, lo que han permitido que la paciente logre su recuperación, ya que han estado pendientes de que la paciente se acerque a la unidad de salud a tomar la respectiva medicación llevándola y estando pendientes de que se cumpla todo lo establecido de la mejor manera posible.

4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW NECESIDADES FISIOLÓGICAS O BÁSICAS

Necesidades Fisiológicas	<p>Respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disnea de esfuerzo grado 3 (Anexo 22) • Murmullo vesicular disminuido • Tos productiva • Hemoptisis • Dolor torácico • Taquicardia • Estertores en bases pulmonares <p>Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición buena (Anexo 24) • Delgadez aceptable • Falta de apetito • Horarios de comida no establecidos <p>Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Deshidratación ○ Diaforesis ○ Mucosas orales secas ○ Signo de pliegue (resequedad de la piel) <p>Descanso</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insomnio (Anexo 30) ▪ Preocupación
Necesidad de Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bajos recursos económicos ○ No trabaja
Necesidad de afiliación o seguridades	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad y depresión
Necesidad de reconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Acercamiento a Dios • Acercamiento a la familia y sus creencias
Necesidad de autorrealización	<ul style="list-style-type: none"> ○ Interés por saber más sobre su tratamiento

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

4.5 CARACTERIZACION DE LAS OPORTUNIDADES

Tabla 1. Oportunidades de mejora

PUNTOS CRITICOS	CONTENIDO CIENTIFICO
<p>RESPIRACION</p> <p>Disnea de esfuerzo, grado 3 (Anexo 22)</p>	<p>Se presenta en algunas lesiones avanzadas y puede deberse a trastornos restrictivos por destrucción de parénquima o fibrosis retráctil pleuropulmonar. En la tuberculosis miliar se observa disnea como efecto de la rigidez pulmonar y del trastorno de difusión por infiltración difusa, que en las formas agudas a veces precede a la imagen radiográfica. Ocasionalmente se observa un síndrome bronquial obstructivo tardío en pacientes con cicatrices retractiles extensas, que se presume ligado a secuelas de compromiso bronquial y bronquiolar.</p> <p>(Artículo que evidencia P. Universidad Católica de Chile,2010)</p>
<p>Tos productiva</p>	<p>Es la manifestación más frecuente de la enfermedad. A pesar de su falta de especificidad, se ha constituido en una importante herramienta de detección en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que tiene la norma de efectuar baciloscopías a todo sintomático respiratorio, definido como aquel consultante que presenta tos y expectoración (o hemoptisis) por más de 2 semanas, cualquiera sea el motivo de consulta. La expectoración puede ser mucosa o mucopurulenta; la presencia de sangre es sugerente de TBC y obliga a un diagnóstico diferencial activo y metódico.</p> <p>(Artículo que evidencia P. Universidad Católica de Chile,2010)</p>

<p style="text-align: center;">Hemoptisis</p>	<p>La TBC es causa frecuente de hemoptisis pequeñas y medianas. Ocasionalmente se observan hemoptisis masivas, que se deben a aneurismas que se forman dentro de las cavidades (aneurismas de Rasmussen, son pequeños aneurismas del volumen de una lenteja o de un guisante, situados en los ramúsculos de la arteria pulmonar, que discurren en las paredes de las cavernas tuberculosas. Pueden ser el punto de partida de hemoptisis abundantes e incluso mortales.) , debido a que la enfermedad afecta la pared arterial.</p> <p>(Artículo que evidencia P. Universidad Católica de Chile,2010)</p>
<p style="text-align: center;">Dolor torácico</p>	<p>Puede deberse a un derrame ser fibrinoso, relativamente frecuente, o a un empiema tuberculoso de baja incidencia.</p> <p>Desde la lesión del pulmón causada por la propia tuberculosis, como esfuerzo causado por la tos crónica, o inclusive por el acometimiento de la pleura por la infección, que se caracteriza por un dolor que surge durante la respiración profunda, llamado dolor pleurítico. El dolor torácico en los casos de infección pulmonar por tuberculosis suele ser en la región de la espalda, en general del lado del pulmón más acometido.</p> <p>(Artículo que evidencia P. Universidad Católica de Chile,2010)</p>

<p>ALIMENTACIÓN</p> <p>Falta de apetito y pérdida de peso</p>	<p>La infección viral puede ser una de las causas de pérdida del apetito, por lo general, el cansancio físico, el dolor en las articulaciones o incluso la fiebre, experimenta pérdida del apetito y peso inexplicable, pero como esta condición suele mejorar en un corto plazo, de inmediato regresará a la normalidad.</p> <p>(Artículo que evidencia mejor con salud,2012)</p>
<p>ELIMINACIÓN</p> <p>Diaforesis</p>	<p>Es habitual que los pacientes presenten sudores nocturnos los sudores nocturnos pueden ocurrir inclusive sin la presencia de fiebre.</p> <p>(Artículo que evidencia MD. Saude,2013)</p>

4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Proceso de Atención de Enfermería

DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO

CLASE: 4 Respuesta cardiovascular / pulmonar

CODIGO DE DX: 00032 Patrón respiratorio ineficaz

Definición.- La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Diagnóstico de enfermería.- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación y fatiga de los músculos respiratorios, manifestado por disnea de esfuerzo grado 3, taquipnea (respiración rápida y profunda), tos productiva, hemoptisis, dolor torácico, taquicardia, estertores en bases pulmonares.

RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
Estado respiratorio: ventilación Dominio: Salud fisiológica (11) Clase: Cardiopulmonar Código: (0403)	040301 Frecuencia Respiratoria	1.- Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido	2	3
	040302 Ritmo Respiratorio	1.- Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.- No comprometido	2	3

	040305 Profundidad de Respiración	1.- Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.- No comprometido	2	4
	040305 Facilidad de Inspiración	1.- Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido	2	4
	040306 Movilización del esputo hacia afuera de las vías respiratorias	1.- Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido	1	4
	040319 Ruidos Respiratorios a la auscultación	1.- Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.- No comprometido	2	4

	040314 Disnea de Esfuerzo	1.- Grave 2.-Sustancial 3.-Moderado 4.-Leve 5.-Ninguno	1	4
	040316 Dificultad Respiratoria	1.- Grave 2.-Sustancial 3.-Moderado 4.-Leve 5.-Ninguno	1	4
	080004 Dolor Muscular	1.- Grave 2.-Sustancial 3.-Moderado 4.-Leve 5.-Ninguno	3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CLASE:	Control Respiratorio	CAMPO:	Fisiológico
INTERVENCIONES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<p>3390 Ayuda a la ventilación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener a la paciente en una posición que alivie la disnea. • Colocar a la paciente en posición semifowler de manera que se optimice su respiración y se deberá cambiar cada 2 horas. • Auscultar sonidos respiratorios, tomando mayor énfasis en las zonas de sonidos extraños, especialmente en bases pulmonares o ausencia de ventilación. • Observar si hay fatiga muscular respiratoria. • Administrar medicación, bajo prescripción médica si fuese el caso. 		<ul style="list-style-type: none"> ○ La posición elevada, permite la máxima expansión pulmonar, ya que acostado hace que los órganos abdominales se desplacen hacia el tórax, lo que produce presión en los pulmones lo que dificulta la respiración. (Collar , 2002) ○ Los sonidos pulmonares son normalmente limpios o se perciben crepitantes finos en las bases, que desaparecen con la respiración profunda, mientras que las sibilancias señalan obstrucción de las vías aéreas. (Kasper ,2005) ○ Un aumento de la frecuencia respiratoria es uno de los signos del dolor. Proporcionar alivio del dolor provocara que la frecuencia respiratoria se normalice. (Meek , 2007) 	

3230 Fisioterapia Respiratoria

- ✓ Administrar medicamentos, que favorezcan la permeabilidad de vías aéreas e intercambio de gases.
- ✓ Enseñar técnicas de respiración de labios fruncidos
- ✓ Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta.
- ✓ Realizar percusión más tapotaje con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos.
- ✓ Estimular la tos durante y después del drenaje postural.
- ✓ Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputo.
- ✓ Observar la tolerancia del paciente por medio de la saturación, ritmo y frecuencia respiratoria.

- Los broncodilatadores reducen la resistencia de la vía aérea secundaria a la broncoconstricción.
- La respiración con labios fruncidos provoca un aumento del uso de los músculos intercostales, disminución de la frecuencia respiratoria y aumento de los niveles de saturación de oxígeno (Collins , 2004)
- El esputo normal es transparente, el esputo anómalo es de color verde, amarillo o algunas veces sanguinolento, en otras ocasiones de mal olor.
- Si se encuentra secreciones en la vía aérea la frecuencia respiratoria aumenta.

DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión CODIGO DE DX: 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
Definición.- Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas. Diagnóstico de enfermería.- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con factores biológicos, manifestado por peso bajo, falta de apetito.

RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
			MANTENER -	AUMENTAR
Estado nutricional Dominio: Salud fisiológica (11) Clase: Nutrición Código: (1004)	100402 Ingestión alimentaria	1.- Desviación grave del rango normal 2.- Desviación sustancial del grado normal 3.-Desviación normal del grado normal 4.-Desviación leve del grado normal 5.-Sin desviación del grado normal	1	4
	100405 Relación peso/talla	1.- Desviación grave del rango normal 2.- Desviación sustancial del grado normal 3.-Desviación normal del grado normal 4.-Desviación leve del grado normal 5.-Sin desviación del grado normal	2	4

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

CLASE:	Apoyo nutricional	CAMPO:	Fisiológico/ cuidados que apoyan al funcionamiento físico.
INTERVENCIONES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<p>1050 Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combinar alimentos de los distintos grupos básicos: cereales, legumbres, frutas, verduras, lácteos, carnes, aceites y azúcares en su justa proporción. • Posponer la alimentación si el paciente estuviere fatigado. • Mantenerse en posición recta, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia afuera durante la alimentación. • Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito. • Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible posible. • Evitar distraerse durante la deglución. • Realizar la alimentación sin prisa, lentamente. • Facilitar y ayudar en la higiene bucal después de las comidas. 		<ul style="list-style-type: none"> • Las normativas dietéticas están prescritas por expertos nacionales y basadas en las investigaciones sobre nutrición, ya que el nivel de funcionamiento de las personas con condiciones médicas aumentan si se controlan la fatiga (Bannet,2003) • Las barreras de la paciente para comer son el disgusto a los alimentos, sentir que la comida no es apetecible y que no valoran los gustos de la paciente respecto a la comida. (Crogan,2001) • La ingesta de comida aumenta si se está concentrado. (Briggs, 2000) • La incidencia de la neumonía disminuye cuando los pacientes reciben cuidados orales después de cada comida. (Yoneyama, 2001) 	

1240 Ayuda a ganar peso

- Observar si hay náusea y vómitos después de la administración de la medicación.
- Fomentar la ingesta de calorías
- Ayudar o alimentar a la paciente
- Enseñar a la paciente y a la familia a planificar comidas.
- Reconocer que la pérdida de peso puede formar parte del progreso natural de una enfermedad.
- Enseñar a la paciente así como a los miembros de la familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso.
- Registrar el progreso de la ganancia de peso diario.

- Las náuseas se encuentran entre los efectos secundarios, más molestos de la administración de medicamentos , es importante prevenir y anticiparse a la aparición de náuseas ya que es necesario para el tratamiento de la paciente.(Bender, 2002)
- Las consecuencias de mal nutrición conducirá a un deterioro de la enfermedad y se trata de mal nutrición que pueden llevar a la septicemia, insuficiencia multiorganica e incluso a la muerte, (Arrowsmith,2003)

DOMINIO: 11 SEGURIDAD/ PROTECCION CLASE: 6 Termorregulación CODIGO DE DX: 00008 Termorregulación ineficaz
Definición.- Fluctuaciones de la temperatura entre la hipertermia, la hipotermia y rangos normales. Diagnóstico de enfermería.- Termo regulación ineficaz relacionado con la enfermedad TB, manifestado por fiebres repetitivas, taquipnea, cefalea, diaforesis y dolor torácico.

RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
			MANTENER -	AUMENTAR
Termorregulación Dominio: Salud fisiológica (11) Clase: Regulación metabólica Código: (0800)	080010 Sudoración con el calor	1.- Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamenrte comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido	1	4
	080013 Frecuencia respiratoria	1.- Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamenrte comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido	1	3

	080001 Temperatura cutánea aumentada	1.-Grave 2.-Sustancial 3.-Moderado 4.-Leve 5.-Ninguno	2	4
	080003 Cefalea	1.-Grave 2.-Sustancial 3.-Moderado 4.-Leve 5.-Ninguno	3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CLASE:	Termorregulación	CAMPO:	Fisiológico/ cuidados que apoyan a la regulación homeostática.
INTERVENCIONES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<p>3740 Tratamiento de la fiebre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar el color de la piel y la temperatura. ▪ Tomar la temperatura lo más frecuente posible de 4 a 6 horas. ▪ Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración. ▪ Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de conciencia. ▪ Controlar ingresos y egresos. ▪ Monitorizar por si hubiera anomalías en los electrolitos. ▪ Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre. ▪ Administrar un baño tibio. ▪ Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales. ▪ Si es necesario administrar líquidos intravenosos. ▪ Cubrir a la paciente con una sábana. 		<ul style="list-style-type: none"> • El reconocimiento del patrón fiebre, puede ayudar a determinar su fuente. (Cunha, 2000) • El control de los signos vitales promueve la prevención y la intervención precoz con alteraciones cardiopulmonares asociadas a la hipertermia. (Renee,2008) • El aumento del índice metabólico y diaforesis asociada a la fiebre causa perdida de los líquidos corporales por lo que es importante el control de ingresos y egresos. • La eliminación de la fiebre tras la administración de antipiréticos interfiere en el aumento de la respuesta inmune. (Klein, 2012) • El baño y cambios de ropa aumenta la comodidad y reduce la posibilidad que haya temblores continuos causados por la evaporación del agua en la piel. (Kasper,2005) • La ingesta de líquidos restituye, los líquidos perdidos a través de la sudoración y la respiración. (Cunha, 2005) • La presencia de alcohol, cafeína y azúcar en los líquidos pueden 	

	<p>promover la diuresis a menos que la paciente consuma regularmente este tipo de bebidas.</p> <ul style="list-style-type: none">• La hidratación intravenosa ayuda a mantener una temperatura corporal normal. (Klein, 2006)
--	---

Autor: Jessica Chango Z.

Fuente: Instrumento Estructurado



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

PACIENTE:
TURNO:AM –PM –N
DIAGNÒSTICO:

#CAMA: **EDAD:**
ENFERMERARESPONSABLE:

HOJA DE PLAN DE CUIDADOS DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR		
DOMINIO:	4	Actividad / Reposo
CLASE:	4	Respuestas cardiopulmonares/ vasculares
DIAGNÒSTICO	RESULTADO(S) (NOC)	ACTIVIDADES (NIC)
<p>Patrón Respiratorio ineficaz r/c hiperventilación y fatiga de los músculos respiratorios m/p disnea de esfuerzo taquipnea, tos productiva, hemoptisis, dolor torácico, taquicardia, estertores en bases pulmonares.</p>	<p>Estado respiratorio : ventilación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a la paciente en posición semifowler de manera que se optimice su respiración cambiando cada dos horas. • Auscultar sonidos respiratorios, tomando mayor énfasis en las zonas de sonidos extraños especialmente en bases pulmonares. • Observar si hay fatiga muscular • Realizar percusión más tapotaje con drenaje postural, juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos. • Enseñar técnica de respiración de labios fruncidos. • Estimular la tos durante y después del drenaje postural. • Ayudar al paciente a mejorar la tos animando al paciente a que realice varias respiraciones profundas, luego de esto una respiración profunda, la mantenga durante 2 segundos y tosa de 2 a 3 veces de forma secuencial. • Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases.



DOMINIO: 2	Nutrición	
CLASE: 1	Ingestión	
DIAGNOSTICO	RESULTADO(S) (NOC)	ACTIVIDADES (NIC)
Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades r/c factores biológicos m/p bajo tono muscular, pérdida de peso.	Estado Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la preferencia de comida del paciente. • Proporcionar una selección de comidas variadas. • Determinar la ingesta de alimentos diarios así como sus hábitos. • Elegir suplementos nutricionales, si fuese el caso. • Mantener en posición recta con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia afuera durante la alimentación. • Combinar alimentos de los distintos grupos básicos, cereales, legumbres, frutas, verduras, lácteos, carnes, aceites y azúcares en su justa proporción. • Proporcionar las comidas a la temperatura más apreciable posible • Reconocer que la pérdida de peso puede formar parte del progreso natural de una enfermedad. • Control de peso a intervalos adecuados y calcular el IMC. • Observar si hay náusea o vómito después de cada comida. • Proporcionar charlas educativas y demostrativas, acerca de las necesidades nutricionales y de una buena alimentación, que ayude a recuperar su peso.



DOMINIO: 11	Seguridad / Protección	
CLASE: 6	Termorregulación	
DIAGNOSTICO	RESULTADO(S) (NOC)	ACTIVIDADES (NIC)
Termorregulación ineficaz r/c enfermedad Tb m/p fiebres repetitivas taquipnea, cefalea, diaforesis y dolor torácico.	Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente que facilite tranquilo, que facilite confianza y sin interrupciones. • Tomar la temperatura lo más recuente posible de 4 a 6 horas. • Comprobar la presión sanguínea el pulso y la respiración. • Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales • Llevar un control estricto de ingresos y egresos. • Administrar un baño tibio • Monitorizar por si hubiera anormalidades en los electrolitos. • Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales. • Si es necesario administrar líquidos intravenosos.



Autor: Jessica Chango
Fuente: Instrumento estructurado

V. CONCLUSIONES

- Los principales factores que causaron la aparición de Tuberculosis pulmonar fue: la no utilización de los medios de protección adecuados mientras trabajaba en la agricultura y sobre todo la manipulación de químicos y pesticidas, influyendo mucho el ambiente de trabajo.
- Se constató la gestión y vigilancia por parte del personal de enfermería, en cuanto al tipo de tratamiento, ya que requiere seguimiento continuo, sobretodo cumplimiento de protocolo establecido para poder controlar esta patología, el mismo que se administró de forma responsable en las unidades de salud con las que el paciente mantuvo un contacto directo.
- El proceso de atención de enfermería es una herramienta importante por lo que para realizarlo es necesario aplicar una correcta valoración, enfatizando en las necesidades de la paciente, y que gracias a esto se puede decir con certeza que el paciente se ha recuperado de forma satisfactoria y ha culminado el tratamiento antifímico de forma positiva, permitiéndole que se desenvuelva en la sociedad como un ser independiente.
- Al realizar un análisis de caso clínico, se permitió englobar y conocer una serie de procedimientos acorde a la patología que se presente, a la vez que nos enriquece de conocimientos amplios y de la misma manera nos fortalece como seres humanos, por tal motivo recomiendo que todo el personal de salud debería realizar más estudios de caso de diversas patologías, ya que es útil en investigación y en nuestra vida profesional.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Ackeley, B. (2007). Manual de Diagnósticos de Enfermería. Enfermería basada en la evidencia. Barcelona: Elsevier.
- Bellido, J., & Lendinez, J. (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Farga, V., & Camerino, J. (2011). Tuberculosis. Santiago-Buenos Aires: Mediterráneo.
- Fauci, B., & Kasper, W. (2009). Principios de Medicina Interna. China: Mc- Hiil
- Herdman, H. (2010).
- Mccloskey, J., & M, B. G. (2005). Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. Madrid - España: Elsevier.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (s.f.). Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. Madrid -España: Elsevier.
- Nanda Internacional: Diagnósticos Enfermeros (2010). Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona - España: Elsevier.

LINKOGRAFÍA

- Campoverde, M. (2015). Ecuador continúa en la lucha contra la Tuberculosis. Recuperado el 16 de Junio de 2015, de <http://www.informateypunto.com/index.php/salud/7999-ecuador-continua-en-la-lucha-contra-la-tuberculosis>.
- Cono, F., Ibarra, C., & Jose, y M. (2006). Enfermedades Respiratorias Temas Selectos. Madrid – España: Elsevier.
- Gordon, M., (1996) Diagnostico Enfermero. Proceso y aplicación. Madrid. 3⁰ Edición. Mosby/ Doyma.
- Herdman., T.H. (2012) (Ed.) NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012 – 2014. Barcelona: Elsevier.

- Lozano, J. L., Plasencia, C., Marino, D., & Puente, V. (2012). Coinfección por Tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana: confluencia de dos epidemias. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012000900015&script=sci_arttext.
- MSP Lima-Perú. (2013). Boletín Epidemiológico. Recuperado el 25 de Mayo de 2015, de <http://www.rslc.gob.pe/Descargas/Epidemiologia/Boletin/2013/Boletin-N-06-2013.pdf>
- OMS. (2014). Informe de la OMS muestra avances en el VIH asociado a Tuberculosis. Recuperado el 26 de Mayo de 2015, de <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2014/october/20141022tb>.
- Sthepen., J & Maxine., A (2009). Diagnóstico Clínico y Tratamiento. México: Mc – Hill.
- Terry., C & Weaver., A (2012). Enfermería de cuidados intensivos. México: El manual moderno. Pág. 20 ,21,22,23,24,25,26,27,28,29
- Whasington, D. (2014). La OPS/OMS urge intensificar acciones para detectar y tratar a las personas coinfectadas con Tuberculosis y VIH en las Américas. Recuperado el 25 de Mayo de 2015, de http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=852:la-opsoms-urge-a-intensificar-acciones-para-detectar-y-tratar-a-las-personas-coinfectadas-con-tuberculosis-y-vih-en-las-americas&Itemid=239.
- Yáñez, J. C. (2015). Identificación de las características clínico- epidemiológicas asociadas a la Tuberculosis en pacientes atendidos en el programa de control de la tuberculosis en la provincia de Tungurahua en el periodo enero 2013-diciembre 2014.Ambato-Ecuador.

BASES DE DATOS UTA

- ❖ EBRARY: Schlossberg, D. (2011). Tuberculosis y no tuberculosas Infecciones por micobacterias. Recuperado el 3 de Septiembre del 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10509330>.
- ❖ EBRARY: UNAIDS. (2008). Consideraciones éticas en los ensayos biomédicos de prevención del VIH: Documento de orientación del ONUSIDA/OMS. Recuperado el 3 de Septiembre del 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10333585&p00=vih>.
- ❖ EBRARY: World Health Organization, (2013). Informe Global de la Tuberculosis 2013. Recuperado el 3 de Septiembre del 2015, de <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10931297&p00=tuberculosis>
- ❖ Revisión bibliográfica de la base de Datos de la UTA. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/14376>
- ❖ SCOPUS: Arenas, N. (2012). Estado de la Coinfección tuberculosis/virus de la inmunodeficiencia humana en el municipio de Armenia (Colombia): Experiencia de 10 años. Recuperado el 3 de Septiembre del 2015, de <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84901743228&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=tuberculosis+miliar+&nlo=&nlr=&nls=&sid=4F0B7F82B5D4EB971D91AA8926F02F74.euC1gMODexYIPkQec4u1Q%3a190&sot=b&sdt=sisr&sl=35&s=TITLE-ABS-KEY%28tuberculosis+miliar+%29&ref=%28vih%29&relpos=1&relpos=1&citeCnt=2&searchTerm=%28TITLE-ABS-KEY%28tuberculosis+miliar+%29%29+AND+%28vih%29>.

VII. ANEXOS

Exámenes de Laboratorio Clínico.

ANEXO 1

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO	
LABORATORIO CLÍNICO	
Hematológico	
Tiempo Deprotrombina	11.9
Tiempo T Parcial	36.7
Química	
Glucosa en ayunas	135mg/dl
Urea	15/dl
Creatinina	0.6mg
Bilirrubina Total	0.29mg/dl
Bilirrubina Directa	0.14mg/dl
Ácido Úrico	2.0 mg/dl
TGO	26 u/L
TGP	14 u/L
Otros	
Na	134 mm/dl
Ca	3.9 mm/dl
Cl	98.8 mm/dl

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 2

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO LABORATORIO CLINICO		
PRUEBA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
TROPONINA T US	8.48	0.0-14.0 pg/ml
CKMB	0.955	1.39-6.22 ng/ml

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 3

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO LABORATORIO CLINICO UROANALISIS			
ELEMENTAL		MICROSCOPICO	
Densidad	1620	Piocytes por campo	18-20
pH	6	Eritrocitos por campo	4-6
		Células altas	25-30
		Bacterias	+
AMARILLO TURBIO			

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 4

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMO – PATOLÓGICO	
Diagnóstico Clínico:	Derrame Pleural
Origen de la muestra:	Líquido Pleural
INFORME ANATOMO – PATOLOGICO	
DESCRIPCION MICROSCOPICA	
Entendido de líquido pleural muy escaso en celularidad con algunos linfocitos y más escasos en histiocitos. No se observan células neoplásicas.	
DIAGNOSTICO: CITOLOGIA DE LIQUIDO PLEURAL	
-Negativo para malignidad	
-No hay indicios de T.B	

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 5

Después de varios medicamentos testeados, los resultados arrojan que la bacteria *S. Epidermidis* es resistente a la ampicilina y Penicilina, ya que los halos que marcaron se muestran mucho más cerca de la bacteria ya mencionada.

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO	
<u>INFORME DE MICROBIOLOGIA</u>	
Origen: Secreciones y otros	Estado: Preliminar
Servicio: Clínica Mujeres	Fecha muestra: 4/29/2015
Bacteria: STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS	
Amoxicilina + Acd Clavulanico	<=4/2
Ampicilina + Sulbactam	<=8/4
Ampicilina	<=2 BLAC R
Ceftriaxona	<=8
Ciprofloxacina	<=1 S
Clindamicina	<=0.5S
Eritromocina	<=0.5 S
Gentamicina	>8
Levofloxacina	<=1
Nitrofurantoína	<=32
Oxacilina	N/R
Penicilina	2 BLAC R
Rifampicina	<=1
Tetraciclina	<=4 S
Vancomicina	1 S

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 6

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO LABORATORIO CLINICO BACTERIOLÓGICO	
Muestra: LIQUIDO PLEURAL	
Examen solicitado: Baciloscopia 1era: Negativo Baciloscopia 2da: Negativo	

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 7

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO LABORATORIO CLINICO	
Tipo de muestra:	Suero – Liquido Pleural
Fecha:	06/05/2015
Servicio:	Clínica Mujeres
TEST	RESULTADOS
Prot .Totales	5.21 L g/dL
Albumina	2.57 L g/dL
Globulinas	3

Autor: Investigadora - Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 8

HOSPITALPROVINCIAL DOCENTE AMBATO LABORATORIO CLINICO LIQUIDO PLEURAL			
ELEMENTAL		MICROSCOPICO	
Densidad	1005	Eritrocitos por campo	28-30
Ph	8	Células Altas	0-1
Proteína	50	Bacterias	+
Glucosa	50		
Hemoglobina	++		
LIQUIDO PLEURAL			
Glucosa en ayunas	73 mg/dl		
Bilirrubina Total	0.26mg/dl		
Colesterol Total	74.5 mg/dl		
LDH	2.47 u/L		
Volumen	10 ml		
Amarillo ligera, ente turbio + células o x mm			
Gramm cocos	Positivos		

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 9

HOSPITALPROVINCIAL DOCENTE AMBATO LABORATORIO CLINICO		
Tipo de muestra:	Suero	
Fecha:	06/05/2015	
Servicio:	Clínica Mujeres	
TEST	RESULTADOS	VALOR DE REFERENCIA
Prot . Totales	7.13 g/Dl	(6.4 – 8.3)
Albumina	3.98 g/dL	(3.5 – 5.0)
Globulinas	3	(2.5 – 4)

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 10

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO LABORATORIO CLINICO			
Elem prue	Result	Unid	Rango Ref
WBC	13.24	10 ³ /uL	4.00-10.00
Neu#	11.48	10 ³ /UI	2.00-7.00
Lym#	1.03	10 ³ /uL	0.80-4.00
Mon#	0.71	10 ³ /uL	0.12-1.20
Eos#	0.01	10 ³ /uL	0.02-0.50
Bas#	0.01	10 ³ /uL	0.00-0.10
Neu%	86.6	%	50.0-70.0
Lym%	7.8	%	20.0-40.0
Mon%	5.4	%	3.0-12.0
Eos%	0.1	%	0.5-5.0
Bas%	0.1	%	0.0-1.0
RBC	5.19	10 ⁶ u/L	3.50-5.50
HGB	14.4	g/dL	11.0-16.0
HCT	45.5	%	37.0-54.0
MCV	87.6	fL	80.0-100.0
MCH	27.7	Pg	27.0-34.0
MCHC	31.6	g/dL	32.0-36.0
RDW-CV	14.5	%	11.0-16.0
RDW-SD	47.5	fL	35.0-56.0
PLT	436	10 ³ /uL	150-450
MPV	7.8	fL	6.5-12.0
PDW	15.4		9.0-17.0
PCT	0.340	%	0.108-0.282
P-LCC	79	10 ⁹ /L	30-90
P-LCR	18.1	%	11.0-45.0

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 11

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO LABORATORIO CLINICO		
HEMATOLOGICO		
Hematocrito/Hemoglobina	45.5	14.4
Plaquetas	436	
Leucocitos	13.24	
UROANALISIS		
Densidad / Ph	10.15	5
Piocitos / Eritrocitos	0-1	1-3
Bacterias	+	
QUIMICA SANGUINEA		
Glucosa en ayunas	80.2	
Urea / Creatinina	38.2	0.71
Bilirrubina Total	7.4	
Colesterol Total/HDL	133.1	37
Colesterol LDL / Triglicéridos	827	74.8
BUN	18	
OTROS		
Na	135.59	
K	4.15	
Cl	108.13	

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 12

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
SERVICIO DE ECOGRAFIA

Fecha: 4 Septiembre 2015

TAC DE TORAX

Parénquima pulmonar con fibrosis diseminada, en el ápice izquierdo se observa imagen de caverna de aproximadamente 1.8cm, en imágenes nodulares parahilares descartándose una en el lado derecho de 1.2 cm y dos en el lado izquierdo de 1cm y 0.5 cm respectivamente. Hacia las bases pulmonares existe fibrosis + infiltrado alveolar concomitante de aspecto condensativo sobre todo en el lado derecho.

Espacio pleural derecho está ocupado con derrame moderado

Corazón y grandes vasos normales.

Se advierten imágenes muy sugestivas de adenopatías paratraqueales.

CONCLUSION

Tuberculosis pulmonar activa miliar

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 13

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
SERVICIO DE RADIOLOGIA Y ECOSONOGRFIA

Fecha: 13 DE SEPTIEMBRE

INFORME RADIOLOGICO

Silueta cardiovascular: corazón de tamaño, normal, grandes vasos normales, parénquima pulmonar: con acentuación de la trama vasculo – intersticial diseminada, además de condensación neumónica basal para cardiaca derecha y derrame pleural ipsilateral.

Estructuras óseas y tejidos blandos normales

Tejidos blandos normales.

CONCLUSION

Neumonía alveolo – intersticial con consolidación en base pulmonar derecha, se recomienda pruebas antifimica.

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 14

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO LABORATORIO CLINICO UROANALISIS			
ELEMENTAL		MICROSCOPICO	
Densidad	1015	Piocytes por campo	0-1
pH	5	Eritrocitos por campo	1-3
		Células altas	1-3
		Bacterias	+
AMARILLO LIGERAMENTE TURBIO			

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 16

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO			
LABORATORIO CLINICO			
Elem prue	Result	Unid	Rango Ref
WBC	6.05	x10 ³ /UI	4.00-10.00
Neu#	56.6	%	2.00-7.00
Lym#	30.3	%	0.80-4.00
Mon#	9.8	%	0.12-1.20
Eos#	3.0	%	0.02-0.50
Bas#	0.3	%	0.00-0.10
Neu%	3.42	x10 ³ /UI	50.0-70.0
Lym%	1.83	x10 ³ /UI	20.0-40.0
Mon%	0.60	x10 ³ /uL	3.0-12.0
Eos%	0.18	x10 ³ /UI	0.5-5.0
Bas%	0.02	x10 ³ /uL	0.0-1.0
RBC	4.63	x10 ¹² /L	3.50-5.50
HGB	14.5	g/dL	11.0-16.0
HCT	44.8	%	37.0-54.0
MCV	96.8	fL	80.0-100.0
MCH	31.3	Pg	27.0-34.0
MCHC	32.4	g/dL	32.0-36.0
RDW-CV	12.9	%	11.0-16.0
RDW-SD	48.4	fL	35.0-56.0
PLT	463	x10 ³ /uL	150-450
MPV	7.7	fL	6.5-12.0
PDW	15.6		9.0-17.0
PCT	3.57	ml/L	0.108-0.282
ALY%	0.9	%	0.0-2.0
LIC %	0.2	%	0.0-2.5
ALY#	0.06	X10 ³ /uL	0.00-0.20
LIC#	0.01	X10 ³ /uL	0.00-0.20

ANEXO 17

Elem prue	Result	Unid	Rango Ref
WBC	6.61	x10 ³ /uL	4.00-10.00
Neu#	55.9	%	2.00-7.00
Lym#	39.7	%	0.80-4.00
Mon#	1.8	%	0.12-1.20
Eos#	1.6	%	0.02-0.50
Bas#	1.0	%	0.00-0.10
Neu%	3.70	x10 ³ /uL	50.0-70.0
Lym%	2.62	x10 ³ /uL	20.0-40.0
Mon%	0.11	x10 ³ /uL	3.0-12.0
Eos%	0.11	x10 ³ /uL	0.5-5.0
Bas%	0.07	x10 ³ /uL	0.0-1.0
RBC	5.00	x10 ¹² /L	3.50-5.50
HGB	14.8	g/dL	11.0-16.0
HCT	47.0	%	37.0-54.0
MCV	94.0	fL	80.0-100.0
MCH	29.6	Pg	27.0-34.0
MCHC	31.5	g/dL	32.0-36.0
RDW-CV	14.5	%	11.0-16.0
RDW-SD	52.6	fL	35.0-56.0
PLT	476	x10 ³ /uL	150-450
MPV	7.8	fL	6.5-12.0
PDW	15.6		9.0-17.0
PCT	3.71	ml/L	0.108-0.282
ALY%	0.5	%	0.0-2.0
LIC %	0.0	%	0.0-2.5
ALY#	0.03	X10 ³ /uL	0.00-0.20
LIC#	0.00	X10 ³ /uL	0.00-0.20

ANEXO 18

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO		
LABORATORIO CLINICO		
QUIMICA SANGUINEA		
DETERMINACION	VALOR REFERENCIA	RESULTADOS
Glucosa en ayunas (mg/dL)	70-110	90.8
Urea)mg/dL)	10-50	20.0
Creatinina (mg/dL)	0.5-0.9	0.6
Serología VDRL	No reactiva	

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 19

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO			
REPORTE DE RESULTADO DE TAMIZAJE			
1. Código TIGULILI	2. Edad 34	Sexo M F x	3. Tipo de usuario ITS EMB TB x BE
4. Pruebas de tamizaje			
	MARCA DE LA PRUEBA	Reactiva	No reactiva
1era prueba/fecha	Onsite HIV ½ AbPlus 01/10/2015		x
2da prueba/fecha			
3era prueba/fecha			
5. SE ENVIO MUESTRA INH PARA PRUEBA CONFIRMATORIA SI NO			
6. Fecha de envió:			

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 20

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO					
LABORATORIO CLINICO					
BIOQUIMICA SANGUINEA					
DETERMINACION	VALOR DE REFERENCIA	RESULTADOS	DETERMINACION	VALOR DE REFERENCIA	RESULTADO
Glucosa en ayunas (mg/dL)	70-110	97.0	T.Piruvica (TGP)	Hasta 12	7
Urea mg/dL	10-50	25.7	T.Oxaloacetica(TGO)	Hasta 12	15
Creatinina mg/dL	0.5-0.9	0.7	Bilirrubina Total (mg/dL)	Hasta 1.0 mg/dL	0.6
			Bilirrubina directa (mg/dL)	Hasta 0.2 mg/dL	0.1

Autor: Investigadora

Fuente: Instrumento estructurado

ANEXO 21**ENTREVISTA BASADA EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

1.- Necesidad de Respirar Normalmente

PREGUNTAS

RESPUESTAS

¿Usted fuma?	SI () NO (X)
¿A tenido tos y flema por más de 15 días?	SI (X) NO ()
¿Cuándo tose, la flema tiene algún color?	Si, blanco
¿En las mañanas cuando se despierta tiene mucha cantidad de secreción en la nariz (mocos)?	SI () NO (X)
¿Se agita usted al caminar?	SI (X) NO ()
¿Siente con frecuencia falta de aire?	SI (X) NO ()
¿Cuándo siente que le falta el aire sus dedos cambian de color a azul?	SI () NO (X)
¿Al sentarse o acostarse siente alguna opresión en el pecho?	SI (X) NO ()
¿Cuándo habla se agita con facilidad?	SI () NO (X)
¿Manipuló usted alguna clase de químicos para la agricultura?	SI (X) NO ()
¿Usó usted elementos de protección cuando manipula químicos?	SI (X) NO ()
¿Toleró usted la intensidad del olor cuando manipuló químicos?	SI () NO (X)
¿Su casa tiene ventanas que permite la entrada de los rayos del sol?	SI (X) NO ()

ANEXO 22

ESCALA DE DISNEA BORG

	0	Sin disnea
	0,5	Muy, muy leve. Apenas 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

Fuente: W. Psychological factors influencing perceived exertion (Los factores psicológicos que influyen en la percepción del esfuerzo).

Interpretación:

Conforme a la puntuación establecida se evidencia una disnea grado 3 que equivale a moderada acorde a la escala gráfica, a mayor índice o puntuación se evidencia menor tolerancia a la disnea.

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente refiere que no ha fumado, pero que la tos y flema ha permanecido por más de 15 días misma que ha ido incrementado acorde a los días, de características blanquecinas, en la mañana cuando se despierta no evidencia secreción nasal (mocos), cuando se moviliza se agita con facilidad al caminar y con frecuencia siente que le falta el aire, sus dedos de manos y pies o mucosa como labios sin patología aparente ya que no se tornan de color azul, pero cuando se sienta o se acuesta siente una ligera opresión en el pecho, no se agita con facilidad.

Cuando trabajó en la agricultura utilizó químicos, mismos que el olor era tan fuerte que no tolero por su mal olor e intensidad, las ventanas de la casa son grandes que permiten la entrada directa de los rayos del sol.

ANEXO 23

2.- Comer y beber adecuadamente

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Sigue usted algún tipo de dieta?	SI (X) NO ()
¿Cuántas veces se alimenta al día?	Tres (3)
¿Tiene usted un horario fijo de comida?	SI (X) NO ()
¿Con frecuencia se alimenta entre horas?	SI (X) NO ()
¿Necesita de ayuda para poder comer?	SI () NO (X)
¿Tiene usted dificultad para deglutir (tragar) los alimentos?	SI () NO (X)
¿Le provoca náusea o vómito la comida?	SI () NO (X)
¿Bebe agua diariamente?	SI (X) NO ()
¿Toma usted algún tipo de vitaminas?	SI () NO (X)
¿Ha tenido pérdida de apetito?	SI (X) NO ()
¿Ha tenido pérdida de peso últimamente?	SI (X) NO ()
¿Utiliza usted prótesis dentaria?	SI (X) NO ()

ANEXO 24**EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

ITEMS	SI	NO
Pruebo nuevos alimentos	X	
Consumo alimentos que contienen hierro	X	
Elijo comer alimentos que contienen vitaminas	X	
Le pongo mucha sal a los alimentos que consumo		X
Consumo los mismos alimentos, todos los días		X
Me aseguro de tomar agua limpia	X	
Consumo alimentos que son buena fuente de vitamina C	X	
Lavo las frutas antes de comerlas	X	
Me aseguro que la carne que como este bien cocinada	X	
Consumo alimentos que contienen proteínas en cada comida	X	
Trato de comer alimentos y bebidas que contienen calcio	X	
Consumo alimentos que son fuente de vitamina A	X	
Tomo desayuno todos los días	X	
Prefiero comer dulces, antes que frutas		X
Tomo café con las comidas		X
Consumo alimentos variados	X	

Fuente: Guigoz Y. Vellas BJ (Conductas identificadas como favorables, para una alimentación saludable)

Interpretación:

Su interpretación se hace conforme a la puntuación establecida.

0 a 6: Riesgo de mal nutrición alta

7 a 11: Riesgo nutricional moderado

12 o más: Nutrición buena

Bajo la interpretación que se estableció en las conductas establecidas como favorables para una alimentación saludable, se encuentra con una puntuación mayor de 12 misma que conlleva a una nutrición buena.

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente refiere que prueba nuevos alimentos, mismos que contienen hierro, vitaminas, no consume mucha sal y su alimentación es variada por lo que no consume los mismos alimentos a diario, pero se asegura de consumir agua limpia, además de alimentos que son fuente de vitamina C , así como lavar las frutas antes de consumirlas y que las carnes deben estar bien cocinadas, además de ingerir proteínas, calcio y vitamina A. Desayuna todos los días y prefiere comer frutas antes que dulces, no es aficionada al café por lo que lo evita en las comidas y consume alimentos variados en su dieta diaria.

ANEXO 25

VALÓRESE DE ACUERDO AL INDICE DE MASA CORPORAL

Clasificación internacional de la OMS del estado de salud nutricional,

(infrapeso, sobrepeso, obesidad) de acuerdo con el IMC

(INDICE DE MASA CORPORAL)

Clasificación	IMC (Kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16 00	<16 00
Delgadez moderada	16,00 – 16,99	16,00 – 16,99
Delgadez aceptable	17,00 – 18,49	17,00 – 18,49
Normal	18,50 – 24,99	18,50 – 22,99
		23,00 – 24,99
Sobrepeso	>= 25 ,00	>= 25 ,00
Preobeso	25,00 – 29,99	25, 00 – 27,49
		27,50 – 29, 99
Obeso	>= 30,00	>= 30,00
Obeso tipo I	30,00 – 34,99	30.00 – 32, 49
		32,50 – 34,99
Obeso tipo II	35,00 – 39,99	35,00 – 37,49
		37,50 – 39,99
Obeso tipo III	>=40.00	>=40.00

Fuente: Clasificación internacional de la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Interpretación:

Bajo la interpretación que se realiza con los datos obtenidos en peso (46kg) y talla (1.60 cm) obtenemos como resultado 17.9 por tal razón se encuentra en una delgadez aceptable.

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente refiere que está tomando medicación, no sufre de estreñimiento, en sus necesidades básicas acude al baño tres veces al día, en las noches es muy peculiar que salga al baño, en las características de eliminación de desecho sus heces no tienen olor, no sufre de dolor abdominal, ni dificultad para orinar, en su periodo menstrual menciona que no es abundante los mismo que provocan cólicos menstruales con frecuencia, en las noches no transpira y cuando cepilla sus dientes estos inmediatamente comienzan a sangrar.

ANEXO 26

3.- Eliminar los desechos corporales

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Está usted tomando medicamentos?	SI (X) NO ()
¿Sufre usted de estreñimiento?	SI () NO (X)
¿Cuántas veces al día va al baño?	Tres (3)
¿Por las noches sale al baño?	SI (X) NO ()
¿Sus heces tienen algún tipo de olor?	SI () NO (X)
¿Tiene dolor abdominal cuando va al baño?	SI () NO (X)
¿Tiene usted dificultad para orinar?	SI () NO (X)
¿De qué color es su orina?	Amarillo, turbio
¿Su periodo de menstruación es abundante?	SI () NO (X)
¿Los cólicos menstruales son frecuentes?	SI (X) NO ()
¿Por las noches usted transpira?	SI () NO (X)
¿Cuándo cepilla sus dientes, inmediatamente sangran?	SI (X) NO ()

ANEXO 27

4.- Moverse y mantener una postura adecuada

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuál es su trabajo?	Quehaceres domésticos
¿Realiza ejercicio físico?	SI (X) NO ()
¿Siente usted una debilidad en todo el cuerpo?	SI (X) NO ()
¿Tiene usted una rutina de actividades diarias?	SI (X) NO ()
¿Camina usted con frecuencia?	SI (X) NO ()
¿Necesita ayuda para movilizarse?	SI (X) NO ()
¿La mayor parte de tiempo usted pasa sentada?	SI () NO (X)
¿Siente usted pérdida de fuerza al alzar un objeto?	SI (X) NO ()
¿Siente usted hormigueo en las piernas?	SI () NO (X)

ANEXO 28

ÍNDICE DE BARTHEL

Comida:

10	Independiente: capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocida y servida por otra persona.
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla , es capaz de comer solo
0	Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona

Lavado (baño)

5	Independiente: Capaz de lavarse entero, de estirar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.
0	Dependiente: Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

Vestido

10	Independiente: Capaz de ponerse y quitarse la ropa si ayuda
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente: Necesita alguna ayuda

Arreglo

5	Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
0	Dependiente: Necesita alguna ayuda.

Deposición

10	Continente: No presenta episodios de incontinencia
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios
0	Incontinente: Más de un episodio semanal

Micción

10	Continente: No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella , sonda orinal)
5	Accidente ocasional. Presenta un mínimo de un episodio en 24 horas o

	requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
0	Incontinente: Más de un episodio en 24 horas.

Ir al retrete

10	Independiente: Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
0	Dependiente: Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.

Transferencia (Traslado cama / sillón)

15	Independiente: No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
10	Mínima ayuda, incluye una supervisión o una pequeña ayuda física
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada
0	Dependiente. Necesita una guía o de adiestramiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado

Deambulaci3n

15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda, supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador si utiliza una prótesis puede ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utilizar andador
5	Independiente en silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n

Subir y bajar escaleras

10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona
5	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n
0	Dependiente es incapaz de subir escalones

Fuente: (Mahoney FI, WOOD, OH, Barthel DW, Rehabilitation of chronically ill patients)

Las diferentes puntuaciones se interpretan de la siguiente forma:

- >60 dependencia leve o independencia
- 40 – 55 dependencia moderada
- 20 – 35 dependencia severa
- <20 dependencia total

Bajo la puntuación que se obtiene al evaluar es un total de 80 puntos, mismo que se encuentra en una dependencia leve o independencia.

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente refiere que se dedica a los Quehaceres domésticos, diariamente realiza ejercicio físico, pero siente debilidad en todo el cuerpo ya que tiene una rutina diaria de actividades, como caminar en la que necesita ayuda para poder movilizarse, no pasa mucho tiempo sentada pero siente pérdida de su fuerza al alzar un objeto pero no precisa hormigueo en sus piernas.

ANEXO 29

5.- Dormir y descansar

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Puede usted conciliar el sueño con facilidad?	SI (X) NO ()
¿Tiene periodos de reposo prolongados?	SI () NO (X)
¿Toma medicación para conciliar el sueño?	SI () NO (X)
¿Cuándo duerme se levanta fatigado o más cansado de lo normal?	A veces
¿Puede usted descansar aun si hay ruidos en la casa?	SI (X) NO ()
¿Sufre de insomnio?	SI () NO (X)
¿Duerme durante el día?	SI (X) NO ()
¿Se siente muy cansado?	SI (X) NO ()
¿Su familia le ha dicho que ronca durante la noche?	SI () NO (X)

ANEXO 30

Cuestionario de Oviedo del sueño durante el último mes

1.- ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy satisfecho
2	Bastante satisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2.- ¿Cuántos días a la semana a tenidas dificultades para...?

Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s		
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3.- ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0 -15 minutos
2	16 -30 minutos
3	31 – 45 minutos
4	46 -60 minutos
5	Más de 60 minutos

4.- ¿Cuántas veces se ha despertado por las noches?

1	Ninguna vez
2	Una vez
3	Dos veces
4	Tres veces
5	Más de 3 veces

¿Normalmente se despertó usted, piensa que se debe a?

a. Dolor

b. Necesidad de orinar

c. Ruido

d. Otros (especificar)

5.- ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas
5	Más de 2 horas antes

6.- Eficiencia del sueño (Horas dormidas/horas en cama) por término medio, ¿Cuántas horas a dormido cada noche? ----- ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?

1	91 – 100%
2	81 – 90%
3	71 – 80%
4	61 -70 %
5	60% o menos

7.- ¿Cuántos días a la semana a estado preocupado/a ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento socio laboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días / semana
3	3 días/semana
4	4 -5 días/ semana
5	6-7 días /semana

8.- ¿Cuántos días a la semana se ha sentido somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días / semana
3	3 días/semana
4	4 -5 días/ semana
5	6-7 días /semana

9.- Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día, o a tenido periodos de sueño diurno ¿Cuantos días a la semana a estado preocupado o a notado en su funcionamiento socio laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días / semana
3	3 días/semana
4	4 -5 días/ semana
5	6-7 días /semana

10.- ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...? (información clínica)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s		
A	Ronquidos		1	2	3	4	5
B	Ronquidos con ahogo		1	2	3	4	5
C	Movimientos de las piernas		1	2	3	4	5
D	Pesadillas		1	2	3	4	5
E	Otros		1	2	3	4	5

11.- ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.) prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica).

a	Ningún día
b	1-2 días / semana
C	3 días/semana
D	4 -5 días/ semana
E	6-7 días /semana

CATEGORIAS	ITEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	5
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3,4,5,6,7	31
Hiperinsomnio	Ítems 2-5,8,9	9
Puntuación Total		45

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario OVIEDO DEL SUEÑO

Se trata de un cuestionario hetero – administrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1 ,2-2, 2-3,2-4,3,4,5,6,7) e Hiperinsomnio (ítems 2-5,8,9) .

Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómeno adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5 excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

La sub escala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Interpretación:

Bajo la puntuación adquirida de 45 puntos se encuentra en la sub escala de insomnio, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

DATOS NO DISPONIBLES

Nos confiere que concilia el sueño con facilidad, no tiene periodos de reposo prolongados, no requiere de medicación para poder dormir pero cuando se despierta en ocasiones se siente más cansada de lo normal, cuando hay ruido si descansa, no sufre de insomnio y descansa por las mañanas aun sintiéndose cansada, su familia no ha mencionado que ronca o hace ruido cuando descansa.

ANEXO 31

6.- Elegir la ropa adecuada

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Puede vestirse o desvestirse sola?	SI (X) NO ()
¿Tiene dificultad al elegir la ropa?	SI () NO (X)
¿Tiene intimidad en su casa al vestirse?	SI (X) NO ()
¿Utiliza ropa ajustada?	SI () NO (X)
¿Lava su ropa junto con la de otros familiares?	SI () NO (X)
¿Comparte su ropa con algún familiar?	SI () NO (X)
¿El calzado que utiliza es cómodo?	SI (X) NO ()

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente refiere que puede vestirse sola, no requiere de ayuda para elegir la ropa, tiene su espacio y su intimidad al vestirse, no utiliza ropa ajustada y por su condición prefiere lavar su ropa aparte y no compartir su ropa, además de que el calzado que utiliza es cómodo al movilizarse o desplazarse a diferentes lugares.

ANEXO 32

7.- Mantener la temperatura corporal

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuándo esta con fiebre toma medicación?	SI () NO (X)
¿Sufre de escalofríos?	SI () NO (X)
¿Se le dificulta adaptarse a los cambios de clima?	SI (X) NO ()

ANEXO 33

TABLA DE LA TEMPERATURA

CATEGORIA	VALOR
Hiperexia o hipertermia	41 °C
Febril tiene fiebre	38 °C
Afebril no tiene fiebre	37 °c
Hipotermia	35.5 ° C
Febrícula	37.5

Fuente: E.U.D (Daphne fuentes castillo)

Interpretación:

Los valores de la temperatura dependerán de lo que marque el mercurio después de la colocación del termómetro en la axila del paciente.

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente refiere que cuando se encuentra con fiebre no se auto médica, es decir no toma medicación sin antes ser revisada por un médico que prescriba la medicación correcta, no sufre de escalo fríos y tiene dificultad para adaptarse a los cambios bruscos de temperatura.

ANEXO 34

8.- Mantener la higiene corporal

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Se baña diariamente?	SI () NO (X)
¿Necesita ayuda para bañarse?	SI () NO (X)
¿Cuándo sale al sol utiliza protector solar?	SI () NO (X)
¿Se enrojece su piel?	SI () NO (X)
¿Se reseca su piel con facilidad?	SI (X) NO ()
¿Se lava el cabello?	SI (X) NO ()
¿Con frecuencia se corta el cabello?	SI () NO (X)
¿Cuántas veces al día se lava los dientes?	Tres (3)
¿Sus pies se lastiman con frecuencia?	SI () NO (X)
¿Se corta las uñas con frecuencia?	SI (X) NO ()

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente refiere que no se baña diariamente y no requiere de ayuda para poder bañarse, cuando sale a caminar no utiliza protector solar y menciona que no se enrojece su piel pero si se reseca con facilidad, al igual de que se lava el cabello pero que no se corta con frecuencia el cabello, además refiere que se lava los dientes 3 veces al día, sus pies no se lastiman y se corta con mucha frecuencia las uñas.

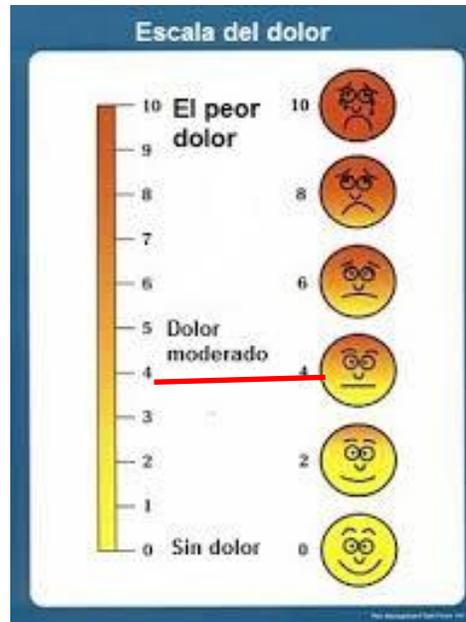
ANEXO 35

9.- Evitar los peligros del entorno

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Tiene problemas familiares?	SI () NO (X)
¿Se siente irritado por cualquier circunstancia?	SI (X) NO ()
¿Se siente nervioso cuando le hablan de un tema que desconoce?	SI (X) NO ()
¿Tiene preocupación por lo que podría pasar más adelante?	SI (X) NO ()
¿Acude a los controles médicos?	SI (X) NO ()
¿Qué expectativas tiene sobre su enfermedad?	Voy a mejorar con el tiempo
¿Tiene usted alergias?	Si, al chocho
¿Es alérgico a algún medicamento?	Si, a la penicilina
¿Usted se auto médica?	SI (X) NO ()
¿Se acuerda sobre hechos que sucedieron hace meses atrás?	SI () NO (X)
¿Cuándo siente dolor saber localizarlo?	SI (X) NO ()
¿Se acuerda usted porque ingreso al hospital?	SI (X) NO ()
¿Sufre usted de maltrato intra familiar?	SI () NO (X)
¿Tiene dificultad para resolver problemas?	SI () NO (X)
¿Cómo se siente cuando le hablan de su enfermedad?	Tranquila
¿Se siente útil en la familia?	SI (X) NO ()

ANEXO 36

ESCALA DEL DOLOR



Fuente: Sociedad Europea de Anestesia y Tratamiento del dolor.

Interpretación:

Bajo la puntuación descrita, se obtiene un dolor moderado (5).

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente refiere no tiene problemas familiares per se irrita con facilidad ante cualquier circunstancia, se siente nerviosa cuando le hablan o le preguntan de un tema que desconoce y su preocupación de lo que podría pasar mas adelante, es consciente que acude a los controles médicos cuando le solicitan y su expectativa sobre su enfermedad es que va a mejorar con el tiempo, tiene alergia al chocho y a medicamentos como la penicilina para ser específicos, cuando hay necesidad se auto médica, tiene dificultad para recordar hechos que transcurrieron tiempo atrás, le es fácil localizar el dolor, se acuerda la razón por la que ingreso al hospital, no precisa maltrato familiar pues no se le dificulta resolver problemas y cuando le hablan de su enfermedad se siente tranquila ya que a pesar de todo se siente útil en la familia.

ANEXO 37

10.- Comunicarse con los otros

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuándo usted habla le entiende con facilidad?	SI (X) NO ()
¿Tiene buena comunicación con su familia?	SI (X) NO ()
¿Utiliza mímicas para comunicarse, cuando no le entienden?	SI (X) NO ()
¿Puse comunicarse con los demás sin dificultad?	SI (X) NO ()
¿Usted cree en un Dios?	SI (X) NO ()
¿Ha estado embarazada?	SI () NO (X)
¿Tiene confianza por alguien en especial?	SI (X) NO ()

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente cuando conversa se le entiende con facilidad, ya que tiene buena comunicación con la familia caso contrario trata de utilizar mímica para ser entendida, tiene fe en Dios ya que es fiel creyente, jamás ha estado embarazada y tiene mucha confianza por alguien en especial que no especifico y se reservó esa información.

ANEXO 38

11.- Actuar con arreglo a la propia fe

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿A qué religión pertenece?	Católica
¿Cuántas veces va a la iglesia?	Una vez a la semana, domingos
¿Tiene miedo a la muerte?	SI () NO (X)
¿Ha pensado en cambiar de religión?	SI () NO (X)
¿Su religión interfiere en sus actividades?	SI () NO (X)
¿Busca ayuda, cuando es necesario?	SI () NO (X)
¿Expresa sus sentimientos?	SI (X) NO ()
¿Proporciona ayuda en la toma de decisiones, en problemas familiares?	SI (X) NO ()

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente refiere que su religión es católica, y va a la iglesia una vez a la semana con preferencia el día domingo, no le teme a la muerte y no ha pensado en cambiar de religión ya que no interfiere en sus actividades, se guarda los problemas y no busca la ayuda necesaria, a pesar de expresar sus sentimientos y proporcionada ayuda en la toma de decisiones cuando se trata de problemas familiares.

ANEXO 39

12.- Trabajar para sentirse realizado

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Se siente útil?	SI (X) NO ()
¿Su enfermedad interfiere con su trabajo?	SI (X) NO ()
¿Qué labores realiza en su casa?	Limpieza, comida
¿Su familia le impide realizar tareas en el hogar?	SI (X) NO ()
¿Aporta económicamente al hogar?	SI () NO (X)
¿Realiza actividades que le gusten?	SI (X) NO ()
¿Tiene pasatiempos?	SI (X) NO ()
¿Busca información sobre su enfermedad y tratamiento?	SI (X) NO ()
¿Toma decisiones relacionadas con su salud?	SI (X) NO ()
¿Se siente dependiente de su familia?	SI (X) NO ()

ANEXO 40

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

Subescala de depresión	SI	NO
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	X	
2.- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?		X
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		X
4.- Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanza?		X
SUBTOTAL (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL DEPRESION		

Fuente: On the Threshold of eternity. Vicent van Gogh (1853 – 1893)

Interpretación:

En caso de contestar afirmativamente a una o más de las preguntas 1 a 4 se pasa al siguiente bloque, pregunta 5 a 9, considerando que existe depresión si se contesta afirmativamente a dos o más.

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente se siente muy útil en su casa, realiza la limpieza y comida a pesar de que la familia le impide que realice esas tareas y mejor descance, por el momento no aporta económicamente en la casa debido a su condición, realiza actividades que le gustan y su pasatiempo, está al pendiente de su enfermedad por lo que busca información continua sobre su tratamiento, toma decisiones relacionadas a su salud y se siente muy dependiente de su familia.

ANEXO 41

13.- Participar en diversas formas de entretenimiento

PREGUNTAS

RESPUESTAS

¿A qué se dedica los fines de semana?	Salir con la familia de paseo
¿Se aburre usted con facilidad?	SI (X) NO ()
¿Sale al parque más cercano?	SI (X) NO ()
¿Viaja usted seguidamente?	SI () NO (X)
¿Realiza actividades en familia?	SI (X) NO ()
¿Presenta dificultad para realizar su pasatiempo?	SI (X) NO ()
¿Obtiene el apoyo necesario?	SI (X) NO ()
¿Toma decisiones sobre su enfermedad sin consultar?	SI () NO (X)

ANEXO 42

CUESTIONARIO DUKE – UNC

1.- Recibo visitas de amigos y familiares	4
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con la casa	5
3.- Recibo elogios o reconocimientos por hacer las cosas bien en el trabajo	4
4.- Cuento con personas que se preocupan por lo que me pasa	5
5.- Recibo amor y afecto	5
6.-Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas en el trabajo/casa	3
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre problemas personales/familiares	5
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre mis problemas económicos	4
9.- Recibo información para socializar	5
10.- Recibo consejos útiles cuando se presenta un acontecimiento importante	5
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo/a y en cama	5

Fuente: Rodriguez A y Colds

Interpretación:

- Mucho menos de lo que deseo 2
- Menos de lo que deseo 3
- Ni mucho ni poco 4
- Casi como deseo 5

Se obtuvo una puntuación de 50 puntos.

Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que una puntuación menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

DATOS NO DISPONIBLES

Paciente suele salir de paseo con su familia, a pesar de que se aburre con facilidad y salir al parque más cercano, hace tiempo que no viaja, pero realiza actividades de recreación con su familia, aunque tiene dificultad para realizar su pasatiempo, obtiene el apoyo que necesita y no toma decisiones sin antes ser consultadas por la familia, siempre buscando el bienestar propio.

ANEXO 43

14.- Aprende, descubre y satisface su curiosidad

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Ha realizado algún curso en especial sobre educación?	SI () NO (X)
¿Se siente incluido en la familia?	SI (X) NO ()
¿Cumple usted las indicaciones que le proporciona el médico?	SI (X) NO ()
¿Conoce acerca de su enfermedad?	SI (X) NO ()
¿Usa correctamente la medicación?	SI (X) NO ()
¿Entienden usted las indicaciones del personal de salud?	SI (X) NO ()
¿En su tiempo libre lee?	A veces
¿Qué profesión usted admira?	Corte y confección

ANEXO 44**CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR, PERCEPCION DE LA FUNCIÓN
FAMIMILIAR**

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					X
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades				X	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor					X
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1.- El tiempo para estar juntos				X	
2.- Los espacios en la casa				X	
3.- El dinero				X	
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercana a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					X
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)					X

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 de acuerdo a la siguiente calificación:

- ✓ 0: nunca
- ✓ 1: casi nunca
- ✓ 2 : algunas veces
- ✓ 3 : casi siempre

Interpretación del puntaje:

Normal: 17 - 20 puntos

Disfunción leve: 16 – 13 puntos

Disfunción moderada: 12 – 10 puntos

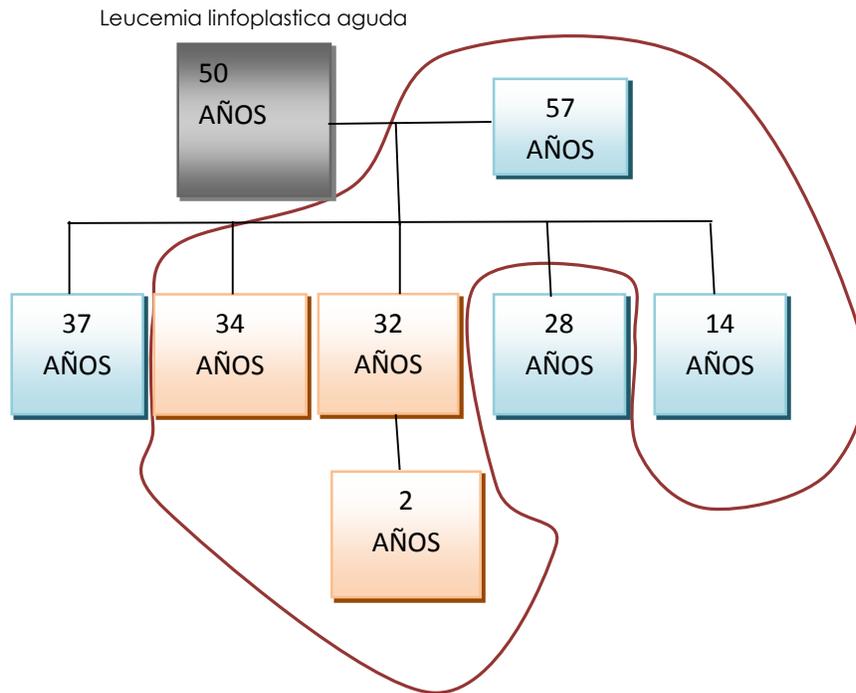
Disfunción severa: menor o igual a 9

DATOS NO DISPONIBLES

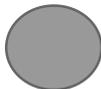
Paciente menciona que hace algún tiempo no realiza cursos para auto educarse, pero se siente incluido en la familia, cumple satisfactoriamente las indicaciones proporcionadas por el medico ya que conoce sobre su enfermedad y hace el uso correcto de la medicación prescrita, a veces en sus tiempos libres suele leer y la profesión que admira es corte y confección.

ANEXO 45

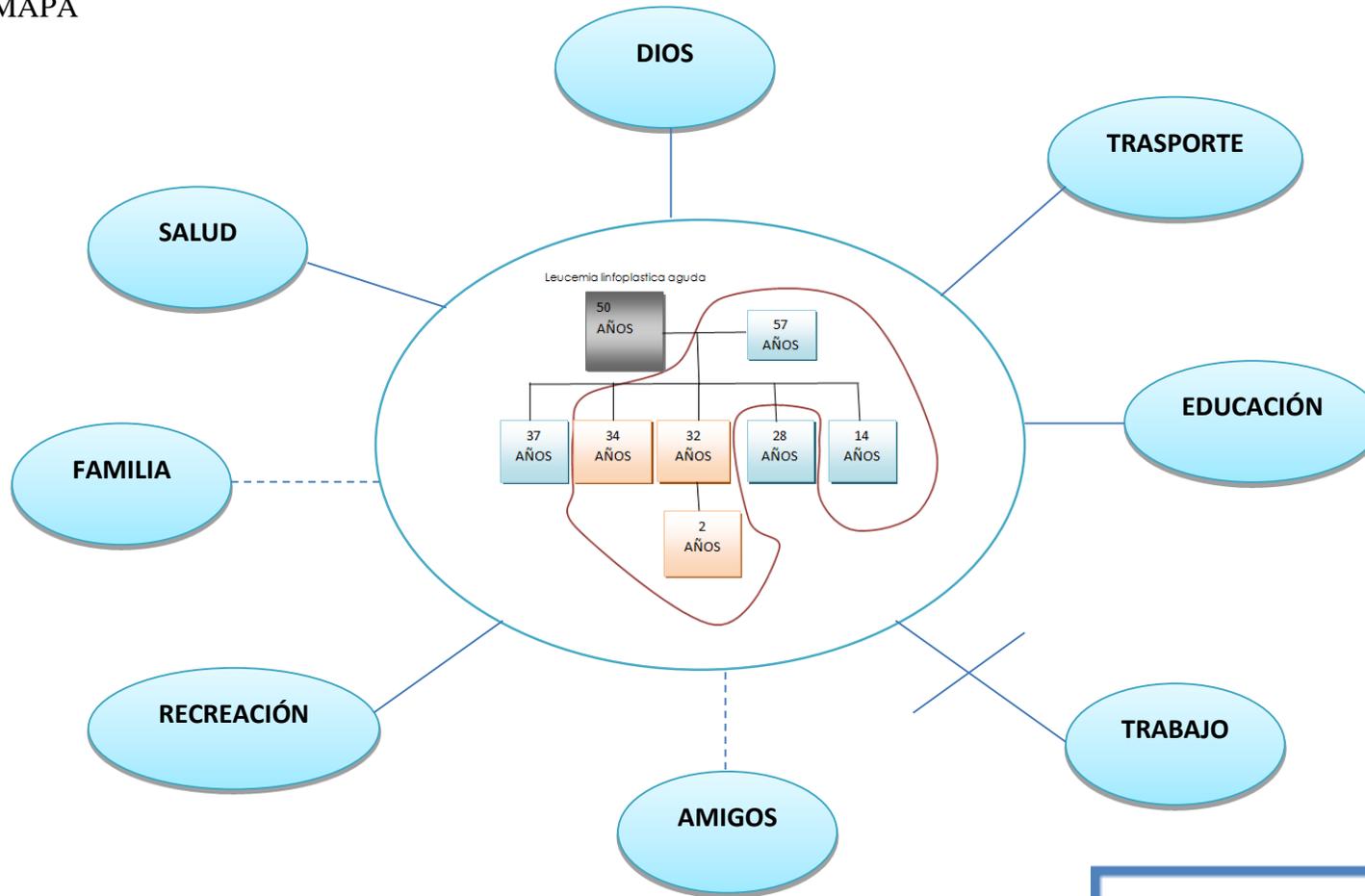
FAMILIOGRAMA



INFORMACIÓN

	Hombre
	Mujer
	Muerte
	Línea continua, indica los individuos que viven juntos.

ANEXO 46
ECOMAPA



Relaciones:

Fuerte 

Débil 

Sin relación 