



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

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TUBERCULOSIS MILIAR  
MÁS CO-INFECCIÓN VIH EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN  
PACIENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE MIEMBRO SUPERIOR  
IZQUIERDO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL  
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO ”**

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

**Autora:** Sangoquiza Chusín, Ana Fernanda

**Tutora:** Psc. Clin. Mg. Guadalupe Núñez, Sara Verónica

Ambato- Ecuador  
Noviembre, 2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

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

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TUBERCULOSIS MILIAR MÁS CO-INFECCIÓN VIH EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”** de Ana Fernanda Sangoquiza Chusín 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, Agosto del 2015

LA TUTORA

.....  
PSC. CLIN. MG. Guadalupe Núñez, Sara Verónica

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico: **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TUBERCULOSIS MILIAR MÁS CO-INFECCIÓN VIH EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2015

LA AUTORA

---

Sangoquiza Chusín, Ana Fernanda

## **DERECHOS DE AUTOR**

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

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Agosto del 2015

LA AUTORA

---

Sangoquiza Chusín, Ana Fernanda

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TUBERCULOSIS MILIAR MÁS CO-INFECCIÓN VIH EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”**, de Ana Fernanda Sangoquiza Chusín, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre del 2015.

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

Este trabajo lo dedico a mi familia, en especial a mis queridos padres, Santiago y María primero por darme la vida y segundo por el trabajo y sacrificio que han hecho día a día para darme una profesión, por enseñarme a vencer obstáculos y que no hay imposibles en la vida, por brindarme ese apoyo incondicional a lo largo de mi Carrera y el desarrollo de este análisis de caso, por la paciencia y consejos en los momentos más difíciles que se han presentado y que gracias a sus palabras de aliento he sabido salir en adelante

Fernanda Sangoquiza

## AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a Dios, y en especial al Divino Niño de Isinche, por darme la oportunidad de vivir una de las experiencias más hermosas e importantes en mi vida, por la salud y sabiduría para culminar este análisis de caso; a mis padres por el apoyo económico y emocional de cada día, al personal de salud del Hospital Regional Docente Ambato y del Subcentro de Salud de Quisapincha, por brindarme la colaboración necesaria para realizar este trabajo, a la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, en especial a la Carrera de Enfermería y sus docentes quienes me formaron en tan noble profesión, en particular a la Lic. Beatriz Venegas y al Lic. José Luis Herrera por todo el apoyo brindado.

Un agradecimiento profundo a mi paciente, protagonista de este análisis de caso, por darme la oportunidad de investigar el seguimiento de su patología y que sin pensarlo dos veces accedió a proporcionarme toda la información requerida y de la misma forma recibirme en su domicilio las veces que fueran necesarias visitarlo.

De la misma forma quiero agradecer a mi Tutora la Dra. Sarita Guadalupe, por sus conocimientos, paciencia y tiempo, quien orientó este trabajo e hizo posible su culminación.

Fernanda Sangoquiza

## ÍNDICE GENERAL

### Contenido

<b>PORTADA</b> .....	<b>i</b>
<b>APROBACIÓN DEL TUTOR</b> .....	<b>ii</b>
<b>AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO</b> .....	<b>iii</b>
<b>DERECHOS DE AUTOR</b> .....	<b>iv</b>
<b>APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR</b> .....	<b>v</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>vi</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>x</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>xi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xiii</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	<b>3</b>
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
<b>III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES</b> .....	<b>4</b>
3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE.....	4
3.2 INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.....	4
<b>VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA     HENDERSON</b> .....	<b>5</b>
<b>IV. DESARROLLO</b> .....	<b>10</b>
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO.....	10
EXÁMENES REALIZADOS .....	12



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO .....	16
VISITAS DOMICILIARIAS DE ENFERMERAS DEL SUBCENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA .....	16
TRATAMIENTO ANTIFÍMICO .....	17
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO .....	20
4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD .....	23
4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS .....	24
PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW .....	24
4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA .....	28
<b>4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO .....</b>	<b>35</b>
<b>V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>85</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>86</b>
BIBLIOGRAFÍA.....	86
<b>VII. ANEXOS.....</b>	<b>89</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1 Concentrado de exámenes especiales.....	12
Tabla 2 Concentrado de exámenes de laboratorio .....	13
Tabla 3 Examen de WB CBC+DIFF .....	15
Tabla 4 Esquema de tratamiento antifímico.....	18
Tabla 5 Oportunidades de mejora.....	28
Tabla 6 Proceso de Atención de Enfermería .....	35
Tabla 7 Entrevista Estructurada.....	89
Tabla 8 ESCALA DE DISNEA -MRC MODIFICADA .....	96
Tabla 9 EVALUACIÓN ESTADO NUTRICIONAL -MINI NUTRICIONAL ASSESSMENT "MNA".....	97
Tabla 10 VALORES DE ACUERDO AL INDICE DE MASA CORPORAL.....	98
Tabla 11 ÍNDICE DE BARTHEL .....	99
Tabla 12 CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO .....	102
Tabla 13 VALORES DE LA TEMPERATURA .....	107
Tabla 14 ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG .....	109
Tabla 15 CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR. PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR.....	110
Tabla 16 CUESTIONARIO DUKE -UNC- .....	112

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

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TUBERCULOSIS MILIAR  
MÁS CO-INFECCIÓN VIH EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN  
PACIENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE MIEMBRO SUPERIOR  
IZQUIERDO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL  
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”**

**Autora:** Sangoquiza Chusín, Ana Fernanda

**Tutora:** Psc. Clin. Mg. Guadalupe Núñez, Sara Verónica

**Fecha:** Septiembre 2015

**RESUMEN**

Este análisis de caso clínico sobre Tuberculosis miliar más Co-infección VIH, se realiza teniendo en cuenta que en los últimos años se ha convertido en una de las enfermedades más preocupantes dentro de la salud pública. En este trabajo se encuentra una información detallada del paciente de 46 años de edad, humilde, sencillo, y que pese a su discapacidad física siempre se ha desenvuelto en la sociedad como un ser útil, actualmente presenta una autoestima elevada y considera que su experiencia servirá para ayudar a otras personas con esta enfermedad.

Se recabo 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 y 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.

Se ha utilizado una metodología descriptiva, ya que relata las características primordiales y desencadenantes de Tuberculosis miliar más Co-infección VIH, lo que permite buscar nuevos métodos en las intervenciones de enfermería para brindar una atención de calidad y calidez, en el que la investigación de campo toma datos directamente de la realidad en que han ocurrido los hechos, de igual forma una investigación bibliográfica y documental, porque se basa en la búsqueda, análisis, interpretación de información de libros, folletos, revistas y principalmente de historias clínicas, que permitirá dar soporte y mayor veracidad al estudio realizado.

El proceso de atención de Enfermería es la herramienta principal de la enfermera (o), por lo que es importante saber cómo utilizarlo y gracias a este instrumento se logró una recuperación, no en su totalidad, pero si en bien de mejorar la calidad de vida del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** TUBERCULOSIS\_MILIAR, VIH, CO-INFECCIÓN, ENFERMERÍA

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**NURSING CAREER**

**“NURSING INTERVENTIONS IN MILIARY TUBERCULOSIS HIV CO-  
INFECTION MORE ABOUT THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS  
WITH PHYSICAL DISABILITIES LEFT UPPER LIMB INTERNAL  
MEDICINE TEACHING HOSPITAL PROVINCIAL AMBATO”**

**Author:** Sangoquiza Chusín, Ana Fernanda

**Tutor:** Psc. Clin. Mg. Guadalupe Núñez, Sara Verónica

**Date:** September 2015

**ABSTRACT**

This analysis of clinical case of miliary tuberculosis more HIV co-infection is made taking into account that in recent years has become one of the most worrying in the public health diseases. This paper is a detailed patient information 46 years old, humble, simple, and despite his physical disability always has unfolded in society as a useful being, currently has a high self-esteem and believes that its experience would to help other people with this disease. Information was collected from the beginning of the disease to date, the disease progression is detailed an assessment of complete nursing is done and interventions arises to facilitate the care and improvement of quality of life, it has been linked with a nursing theorist to expand knowledge according to the needs.

We used a descriptive methodology as it relates the primary and triggering features of miliary tuberculosis more HIV co-infection, allowing new methods in nursing interventions to provide quality care and warmth, where research field takes data directly from the reality in which the facts a bibliographical and

documentary research have occurred, likewise, because it is based on the search, analysis, interpretation of information, whether of books, pamphlets, magazines and mainly reviewing stories clinics, allowing greater accuracy and support the study conducted.

The nursing care process is the main tool Nurse (o), so it is important to know how to use this instrument thanks to a recovery, not entirely achieved, but for the sake of improving the quality of life patient.

**KEYWORDS:** MILIARY\_TUBERCULOSIS, HIV, CO-INFECTION, NURSING

## I. INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TB) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), son infecciones que están profundamente relacionadas, cuya Co-infección es un gran problema dentro de la salud pública a nivel mundial; cuya prevalencia es de 80% en algunos países, representando el 12% de los casos en el mundo y se estima que existan entre 12 y 14 millones de personas que se encuentran afectadas con ambos procesos infecciosos, por lo que esta investigación está encaminada a ayudar al personal de enfermería a enriquecer conocimientos, habilidades, destrezas y prácticas para atender a este tipo de pacientes. (Lozano, Plasencia, Marino, & Puente, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 3014, considera que el número de muertes por TB en personas que viven con el VIH ha ido disminuyendo durante casi toda la década (de 540.000 en 2004 a 360.000 en 2013), se necesita un mayor esfuerzo en lo que respecta a la detección temprana de los casos, el tratamiento antirretrovírico, la terapia preventiva y otras actividades principales, por lo que ha llevado a desarrollar un programa específico con el que se proyecta su erradicación para el 2050. (OMS, Informe de la OMS muestra avances en el VIH asociado a Tuberculosis, 2014)

El Ministerio de Salud de Lima- Perú en el año 2013, menciona que según estudios recientes a nivel mundial, la Tuberculosis causa de 11% a 50% de muertes en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que se considera que en el mundo hay 2000 millones de personas con infección latente por el bacilo de la tuberculosis (TB), y en los últimos 15 años, el número de nuevos casos de TB ha aumentado más del doble en los países con alta prevalencia de infección por VIH, estas infecciones tienen mucha relación con la epidemia dual (TB/ VIH), en la mayoría de los casos de TB en personas infectadas por el VIH se registran en el África, donde el 80% de los pacientes con TB pueden estar coinfectados por el VIH. (MSP Lima- Perú, 2013)

Washington en el 2014, señala que a pesar de los progresos alcanzados por los países de las Américas en la reducción de los casos y las muertes por tuberculosis (TB) y el VIH/sida desde 1990, los nuevos casos de estas enfermedades sumaron un estimado de 280.000 y 98.000 respectivamente en 2012 en la región, además el número de coinfectados está en aumento, en este año se estimaron 31.000 nuevos casos de TB infectados con VIH, diez países concentraron el 94% de los nuevos casos estimados de Co-infección de TB/VIH en la región en 2012: en orden descendiente, los países con mayor incidencia de TB/VIH fueron Haití, Guyana, Guatemala, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Belice, Brasil, Trinidad y Tobago, Panamá y Ecuador. (Washington, La OPS/OMS urge intensificar acciones para detectar y tratar a las personas coinfectadas con Tuberculosis y VIH en las Américas, 2014)

Campoverde en el año 2015, indica que en los últimos años en el Ecuador ha habido avances importantes en el control de esta enfermedad ya que el objetivo principal es fortalecer las acciones en el control de la tuberculosis, la Co-infección TB/VIH y la tuberculosis resistente, en el marco de la estrategia "Alto a la TB" a la vez que se disminuye el estigma y mejora el acceso a un diagnóstico y tratamiento oportuno. La infección por TB es la principal infección oportunista y primera causa de mortalidad en pacientes con VIH. Los casos de Co-infección TB-VIH notificados van en aumento y presentan una clara concentración en la provincia del Guayas, cada año se notifican unos 5.000 casos nuevos de TB y 4.000 de VIH. En el 2010 se notificaron 427 casos de Co-infección TB-VIH. (Campoverde M. , 2015)

Yáñez en su estudio realizado en el año 2015 menciona que en la provincia de Tungurahua no se encuentran datos específicos sobre casos de Co-infección TB/VIH, sin embargo ha realizado un informe de pacientes diagnosticados con TB en todas sus formas, se estudiaron 82 pacientes, 49 con tuberculosis pulmonar y cultivo positivo, 33 con tuberculosis extra pulmonares con diferentes presentaciones entre ellas relación con VIH, concluyendo que la incidencia de tuberculosis extra pulmonar en sus diferentes formas ha tenido un incremento y presenta cifras superiores a las esperadas según las normas del programa control de la tuberculosis (PCT). (Yanez, 2015)



## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar los factores que desencadenaron la aparición de Tuberculosis miliar más Co- infección VIH, mediante una investigación particular, para promover el proceso de atención de enfermería basado en la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar los factores de riesgo que ocasionaron la tuberculosis miliar más Co-infección VIH.
- Especificar tratamientos oportunos que necesita el paciente con tuberculosis miliar más Co-infección VIH, según el tiempo, el lugar y la persona.
- Desarrollar una completa valoración de las necesidades del paciente, para priorizar la atención en relación a su calidad de vida.
- Proponer un plan de cuidados de enfermería con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente con tuberculosis miliar más Co-infección VIH.

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

#### **3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE**

Toda la información utilizada en este análisis de caso ha sido obtenida principalmente de dos historias clínicas, la una que proviene del Hospital Provincial Docente Ambato, de la cual se obtuvo información de antecedentes patológicos tanto personales como familiares, el motivo de consulta, principal sintomatología, el ingreso de hospitalización con algunos exámenes de laboratorio, placas radiográficas y evolución correspondiente de la patología, lo cual permitió llegar a un diagnóstico definitivo y poner inmediatamente en tratamiento al paciente, con el fin de contrarrestar la enfermedad, de la misma forma se encontró informes de enfermería los cuales fueron una pieza fundamental para luego plantear un plan de atención de enfermería, posteriormente se realizó el seguimiento y de la otra historia clínica que se revisó del Subcentro de Salud de Quisapincha del cantón Ambato, se pudo encontrar la atención brindada por esta casa de salud luego del egresamiento del paciente del hospital, en el mismo que se encuentra recibiendo su tratamiento antifímico, y atención que requiere el paciente cuando este lo necesite.

Otra fuente de información fue de la revisión bibliográfica en la biblioteca de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, la cual me proporciono un conocimiento amplio sobre esta patología y permitió la realización de este análisis de caso. De la misma forma se obtuvo información de páginas de internet, revisión de protocolos de atención del Ministerio de Salud Pública.

#### **3.2 INFORMACIÓN NO DISPONIBLE**

Toda la información que no se pudo encontrar en las historias clínicas, se la obtuvo a través de una entrevista al mismo paciente con el fin de averiguar al máximo cada detalle acontecido con la trascendencia de su enfermedad, dicha entrevista se la elaboro de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson,

para posteriormente realizar la priorización de los problemas en base a la pirámide de Maslow y enfocar los cuidados de enfermería correspondientes.

Además, no se encontraron en la historia clínica resultados de carga viral y CD4, sin embargo paciente manifiesta que con su traspaso al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y específicamente en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, le realizaron estos exámenes y le dijeron que al principio el conteo de CD4 se encontraba en 105, ya para el mes de mayo se encontraba 145 y que lo ideal debería alcanzar 200, indica que en sus consultas médicas le informaron que el tratamiento está actuando de forma positiva, en cuanto a la medicación, el paciente se acerca cada tres meses a un control médico y a recibir los antirretrovirales: Trivirox (tenofovir + emtricitabina + efavirenz) , esta tableta se la toma 1 a las 8pm y Trimetoprim-sulfametoxazol 1 tableta a las 10 am.

Es importante mencionar que alguna información que tampoco se encontraba claramente en las historias clínicas se la obtuvo de varios profesionales de la salud como médicos y enfermeras entendidos en el tema, lo cual pudo clarificar interrogantes encontradas.

## **VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

### **1.- NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE**

Paciente presenta disnea de esfuerzo grado 3 según escala de MRC modificada (Anexo 2), bradipnea (14x') acompañada de cianosis y taquicardia (100x'), la saturación de oxígeno es de 88 % a 2 lx' por cánula nasal, presenta tos productiva con hemoptisis, a la auscultación se escucha estertores en bases pulmonares, paciente refiere opresión del pecho, dolor torácico, decaimiento acompañado de malestar general.

### **2.- NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE**

Paciente con riesgo nutricional alto según evaluación del estado nutricional de Assessment "MNA" (Anexo 3), y bajo peso de acuerdo al IMC: 18,3 (Anexo 4) teniendo en cuenta un peso de 44kg y una talla de 1.55cm, adicional presenta

mucosas orales secas, úlcera en paladar duro, signos de pliegue (resequedad de la piel) y realiza 6 deposiciones diarreicas líquidas al día por 3 días, paciente refiere dolor de garganta, falta de apetito, dificultad para comer, debilidad y sed.

### **3.- NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES**

Paciente independiente en relación a la micción y deposición determinado por el índice de Barthel (Anexo 5), presenta diaforesis y bradipnea, refiere realizar deposiciones diarreicas por ocasiones, y en otras manifiesta que la deposición la realiza 1 vez al día y la micción 3 veces al día.

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

Paciente con dependencia leve de acuerdo al índice de Barthel (Anexo 5), por presentar ausencia de antebrazo y mano izquierda y estar encamado en sala de aislamiento en posición semifowler debido al cuadro clínico que mantiene, paciente refiere que cuando desea cambiar de posición se demora en optar por una adecuada ya que al hacerlo presenta fatiga y dificultad para respirar al mínimo esfuerzo (Anexo 2).

### **5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR**

Paciente con Insomnio de acuerdo a resultados del cuestionario de Oviedo del sueño (Anexo 6), por presentar somnolencia, ojeras y bostezos continuos, refiere preocupación, y manifiesta que duerme 6 horas en la noche con intervalos por el dolor y en el día 1 hora, tiene dificultad para conciliar el sueño y pesadillas.

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

Paciente con dependencia leve de acuerdo al índice de Brathel (Anexo 5), puede hacer uso de ropa cómoda y calzado adecuado, manifiesta que se demora en vestirse y desvestirse por su discapacidad física del miembro superior izquierdo sin embargo puede hacerlo solo.

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

Paciente presenta episodios de fiebre repetitivas (38°C) (Anexo 7) por varias ocasiones durante la hospitalización, acompañado de taquipnea, temblores, piloerección (piel de gallina), ojos llorosos a esto se le suma el clima templado en el que permanece, además refiere tener escalofríos, agotamiento, dolor de cabeza y hormigueo.

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

Paciente con dependencia leve de acuerdo al índice de Barthel (Anexo 5), sin embargo se observa falta de higiene, halitosis, piezas dentales en mal estado, uñas largas, piel escamosa y reseca, con signos de deshidratación, paciente refiere que se baña 1 vez a la semana y que no tiene el hábito de lavarse los dientes con frecuencia.

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

Paciente permanece consciente, orientado, con dolor moderado según puntuación medida con la escala del dolor (Anexo 8) debido a la presencia de sintomatología propia de Tuberculosis miliar, se evidencia depresión según escala de ansiedad y depresión de Goldberg (Anexo 9), por lo que permanece nervioso, triste, con deseo de llorar y falta de interés por la salud ante la noticia del resultado de VIH, tiene apoyo familiar. Paciente refiere dolor de garganta, de pecho, se encuentra no agresivo y reservado por su patología.

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

El apoyo familiar y de amigos cercanos al paciente se evidencia según la puntuación alcanzada al aplicar los cuestionarios de Apgar familiar y Duke-

UNC(Anexo 10 y 11), sin embargo paciente permanece poco comunicativo, con baja autoestima, depresión, debilidad emocional y deseos de llorar, paciente refiere tener ansiedad más preocupación por su hijo de 5 meses y mujer que pudieran tener VIH, manifiesta que tiene 5 hijos con su primera esposa y dos con la segunda, refiere no tener relaciones sexuales por su situación patológica, además siente miedo de conversar con sus familiares y al momento no tiene trabajo.

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

Paciente manifiesta tener cierto temor a la muerte, miedo y una necesidad de acercarse a Dios por su religión que es católica, se evidencia sus principales valores morales la humildad y el respeto.

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

Paciente cuenta con el apoyo familiar y de amigos cercanos según la puntuación alcanzada al aplicar los cuestionarios de Apgar familiar y Duke- UNC (Anexo 10 y 11), sus recursos económicos son bajos y después de recibir varias terapias y consejos impartidos por el personal de salud (psicóloga, psiquiatra y enfermeras) paciente manifiesta que desea recuperar la salud para volver a trabajar y vivir junto a su familia.

### **13.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Paciente por el momento permanece encamado y refiere tener fatiga, cansancio sin embargo manifiesta que le gusta caminar.

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

Paciente de instrucción primaria, no conoce de su enfermedad en mayor parte ya que manifiesta tener muchas inquietudes y a la vez siente el deseo de saber de su enfermedad y tratamiento para poder recuperar la salud.

## **IV. DESARROLLO**

### **4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO**

Paciente de 46 años de edad, de estado civil casado, empleado en granja avícola, reside en la Parroquia de Quisapincha de la ciudad de Ambato, antecedentes patológicos personales neumonía, antecedentes patológicos quirúrgicos no refiere, antecedentes patológicos familiares padre muere por Cáncer Pulmonar hace 22 años, alergias no refiere, paciente con mal formación congénita (ausencia de antebrazo y mano izquierda). El comienzo de la enfermedad es desde hace 4 meses, ya que ha ido perdiendo peso notablemente y hace más o menos 8 días sin causa aparente presenta tos que moviliza secreciones en abundante cantidad con tinte sanguinolento, se acompaña de dificultad respiratoria, acude al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), donde le dan medicación que no es específica, cediendo momentáneamente, hace 3 días el cuadro clínico se intensifica acompañándose de alza térmica y astenia generalizada, razón por lo cual acude al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, luego de una valoración y teniendo en cuenta el cuadro clínico, se decide internar al paciente en el servicio de Medicina Interna.

Paciente ingresa al Servicio con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, a descartar Tuberculosis y Cáncer Pulmonar, con signos vitales: presión arterial 120/80 mmHg, pulso 100 por minuto, respiración 14 por minuto, temperatura 39°C, es traído en silla de ruedas acompañado del personal auxiliar y familiares, al momento consiente, orientado, facies pálidas, mucosas orales secas, con apoyo de oxígeno por mascarilla, refiere tos con expectoración con secreciones de características amarillentas con pintas sanguinolentas, abdomen suave, deprecible a la palpación, vía periférica permeable; el primer día en el hospital permanece con oxígeno a 5 litros por minuto por cánula nasal debido a la disnea de esfuerzo que presenta, al siguiente día la disnea va disminuyendo por lo que le indican administrar oxígeno a 2 litros por minuto, continua diaforético, con dificultad respiratoria, presenta tos que moviliza secreciones, se toma muestra



para exámenes: de laboratorio, prueba rápida de VIH previo consentimiento informado y dos muestras de esputo para BAAR y KOH además de cultivo y antibiograma, pendiente realizar Radiografía de Tórax, al siguiente día se recibe resultado de examen de VIH: Reactivo (confirmado por método de inmunocromatografía), por lo que se implementan medidas de bioseguridad.

En el Resultado de las baciloscopías, dan resultados negativos de las dos muestras, se indica tomar muestra para Wester Blot y comunicar a Epidemiología. A los días siguientes paciente se pone en mal estado general, con dificultad respiratoria, por lo que se indica administrar oxígeno por alto flujo Fi O<sub>2</sub> 95%, saturación de oxígeno 88%, presenta episodios de tos permanente que no moviliza secreciones, febril 40°CFC: 90X' FR: 15 T/A: 100/70, se administra paracetamol y se aplica medios físicos, vía permeable. Se recolecta muestra para cultivo y antibiograma de esputo y se envía.

Las órdenes de Epidemiología indican administrar sulfametoxazol más trimetoprim 800/160mg como medicación antirretroviral (ARV). A los cuatro días siguientes se envía muestra para Western Blot, los resultados se demoran 10 días laborables, se solicita confidencialidad para el paciente y se seguirá el seguimiento respectivo. Paciente continúa con diaforesis, además de tos productiva de leve intensidad, con expectoración blanquecina de poca cantidad.

Dentro de los cuatro días siguientes se recibe resultados de cultivo y antibiograma encontrando Bacilos gramnegativos enterobacter aerogenea, sensible a amikacina, ampicilina + ac. Clavulánico, ceftriaxona, azitomicina, resistente a levofloxacina y claritromicina, además de resultados de Rx de Tórax en el que indica infiltrado micronodular diseminado en campos pulmonares con predominio en área retro-cardíaca, y teniendo en cuenta la clínica del paciente se decide comunicar para tratamiento antituberculoso, diagnósticos definitivos del paciente Co-infección Tuberculosis miliar más B24 (Enfermedad por virus de inmunodeficiencia adquirida) y Neumonía adquirida en la comunidad, inicia tratamiento antifímico por indicación médica el día 30 de octubre del 2014 con un peso de 50 kg, esquema 1, fase 1, dosis 1 HRZE= 4 tabletas, la duración del tratamiento pendiente. Al día siguiente con signos vitales FC: 90X' FR: 20 T: 37

T/A: 90/70, refiere tos seca esporádica, además refiere deposiciones diarreicas por 6 ocasiones líquidas de mal olor, afebril, hidratado, se ausculta estertores en ambos campos pulmonares adicional se le realizan dos interconsultas a Psicología y una Psiquiatría en las mismas que indican brindar apoyo emocional y no descuidar al paciente, vigilar periodos de ansiedad. Después de haber transcurrido los diez días se recibe prueba de Western Blood (+), al momento paciente estable, se realiza la toma de muestra para carga viral y CD4.

Tras 22 días de internación paciente es dado de alta por clínica en mejores condiciones y es derivado al distrito N°1 para tratamiento de tuberculosis, seguimiento de personas viviendo con el VIH sida (PVVS) en el hospital. En el plan de alta incluye control en 15 días con resultados en Epidemiología, dieta hiperproteica más líquidos, control por odontología y tramitar pase al IESS por el seguro social que dispone el paciente.

## EXÁMENES REALIZADOS

**Tabla 1 Concentrado de exámenes especiales**

Fecha	Estudio solicitado	Informe enviado/resultado
15-10-2014	GSP	Ph: 7,407 ; PCO2: 25,5 ; PO2: 67 ; HCO3: 16.1 ; Na: 140 K: 3,3
17-10-2014 (primera) 20-10-2014 (segunda) 21-10-2014 (tercera)	Baciloscopía de esputo	Negativo
19-10-2014 20-10-2014	Cultivo y antibiograma de esputo	Bacilos gramnegativos enterobacteria erogenea, sensible a amikacina, ampicilina + ac. Clavulánico, ceftriaxona, azitomicina, resistente a levofloxacina y claritromicina.
27-10-2014 28-10-2014	Bacteriológico de esputo	Negativo

Autor: Ana Fernanda Sangoquiza Chusín  
Fuente: Instrumento Estructurado

**Tabla 2 Concentrado de exámenes de laboratorio**

<b>Hematológico</b>	<b>Componente</b>	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>4</b>		<b>Valor de referencia</b>
		15-10-2014		16-10-2014		24-10-2014		01-11-2014		
	Hematocrito/hemoglobina	<b>38,1</b>	13,6			<b>35,7</b>	<b>11,6</b>		13,7	42-45%/ 13a18 mg/dl
	Plaquetas	338.000				<b>389.000</b>		193.000		150.000-350.000mm <sup>3</sup>
	Leucocitos	8.300				7.450		<b>2.210</b>		5.000-9.000mm <sup>3</sup>
	T. protrombina /TTP							14	<b>34</b>	11-15 seg/18-15 seg
<b>Uroanálisis</b>	Densidad / Ph			1025	5					
	Proteína/glucosa			30						
	Cetona/hemoglobina			+	+					
	Bilirrubina/urobilino- geno				+					
	Nitrito/leucocito				+					
	Piocytes/eritrocitos			13-15	1-2					
	Bacterias/moco			Escasas						
	Células			4-6	+					
<b>Química sanguínea</b>	Glucosa ayunas/glucosa 2horas	83				<b>103</b>		98		70-100 mg/dL

	Urea/creatinina	50	0,96		28	0,70	20	0,83	10-50 mg/dL	0,70-1,20 mg/dL
	Ácido úrico/proteína total						6,69	6,02	3.4-7.0 mg/dl	6.6- 8.0g/ml
	Albúmina/globulina						<b>2,88</b>	3	3.8-5.1 g/dl	Relación A/G
	ALT (TGP)/AST (TGO)				<b>53,1</b>	<b>37,4</b>	<b>73,2</b>	<b>41,8</b>	hasta 22UL/L	Hasta 18UL/L
	BUN	24			13		9		6-23 mg/dL	
<b>Serología</b>	HIV			<b>Reactivo</b>					Reactivo/no reactivo	
<b>Otros</b>	Na-K-Cl	136-4,5-110								

Autor: Ana Fernanda Sangoquiza Chusín  
Fuente: Instrumento Estructurado

**Tabla 3 Examen de WB CBC+DIFF**

<b>Elemento</b>	<b>Resultado Unidad</b>	<b>Rango de referencia</b>
WBC	<u>2.21 x 10<sup>3</sup>/uL</u>	4.00 – 10.00
Neu %	42.8%	50.0 – 70.0
Lym %	42.5%	20.0 – 40.0
Mon %	11.8%	3.0 – 12.0
Eos %	2.6%	0.5 – 5.0
Bas %	0.3%	0.0 – 1.0
Neu #	0.95 x 10 <sup>3</sup> /uL	2.00 – 7.00
Lym #	0.95 x 10 <sup>3</sup> /uL	0.80 – 4.00
Mon #	0.26 x 10 <sup>3</sup> /uL	0.12 – 1.20
Eos #	0.05 x 10 <sup>3</sup> /uL	0.02 – 0.50
Bas #	0.00 x 10 <sup>3</sup> /uL	0.00 – 0.10
RBC	4.51 x 10 <sup>6</sup> /uL	3.50 – 5.50
HGB	13.7 g/dL	11.0 – 16.0
HCT	39.6 %	37.0 – 54.0
MCV	87.8 fL	80.0 – 100.0
MCH	30.4 pg	27.0 – 34.0
MCHC	34.6 g/dL	32.0 – 36.0
RDW-CV	14.4 %	11.0 – 16.0
RDW-SD	53.2 fL	35.0 – 56.0
PLT	193 x 10 <sup>3</sup> /uL	150 – 450
MPV	8.5 fL	6.5 – 12.0
PDW	16.7	9.0 – 17.0
PCT	0.164 %	0.108– 0.282

Autor: Ana Fernanda Sangoquiza Chusín  
Fuente: Instrumento Estructurado

En este examen se observa que la cantidad de leucocitos están en baja cantidad y se debe a la fuerte infección que presenta el paciente, tanto por tuberculosis como por VIH.

### **Radiografía de tórax (interpretación de la placa)**

Infiltrado micronodular diseminado en campos pulmonares con predominio en área retro-cardíaca.

### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

- Solución salina 0.9% 1000cc c/8h
- Oxígeno a 2 litros por minuto por cánula nasal permanente
- N-acetil cisteína 300mg IV c/8h
- NBZ 0.5 de Bromuro de Hiosina + 2cc de solución salina 0.9% c/8h
- Ceftriaxona 2gr IV c/12h
- Oxacilina 2gr IV c/4h
- Dexametazona 8mg IV c/h
- Fluconazol 200mg IV QD
- Paracetamol 500mg VO c/8h
- Clotrimazol(sulfametoxazol – trimetoprim)800/160mg VO c/6h
- Enjuague bucal con Nistatina c/8h

### **VISITAS DOMICILIARIAS DE ENFERMERAS DEL SUBCENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA**

Paciente continua el tratamiento antifímico en el Subcentro de Salud de Quisapincha por órdenes del Distrito N°1 de la Medalla Milagrosa de la ciudad de Ambato, ya que le queda cerca de su vivienda, del cual recibe varias visitas domiciliarias porque al inicio paciente rehusaba acudir a recibir la medicación ya que no conocía ampliamente el proceso del tratamiento y los beneficios del mismo, y también porque de alguna u otra manera seguía en estado de depresión, en estas visitas las enfermeras al realizar la valoración del paciente encontraron palidez, piezas dentales en mal estado, presencia de úlcera en paladar duro, por lo cual recibe consejería de la importancia de acudir a recibir atención médica y odontológica, le brindan educación sobre tuberculosis, le entregan medicación con

indicaciones y empleando método de DOTS, le dan consejería para VHI y promueven las visitas del paciente al Subcentro de salud a recibir estrictamente la medicación, el paciente refiere que comprende la importancia de su tratamiento y motivado decide a cumplir órdenes del personal de salud en busca de su bienestar.

En el transcurso del tratamiento de tuberculosis miliar la situación de salud del paciente, a intervalos de tiempo, se ha presentado con tos no productiva, malestar general, cefaleas, dolor de garganta acompañado de alza térmica, mareos, odinofagia, amígdalas purulentas. Se administra medicación bajo prescripción médica como penicilina benzatínica, diclofenaco, paracetamol entre otras con el fin de contrarrestar estos signos y síntomas.

El día 20 de junio del 2015 paciente termina el tratamiento de tuberculosis miliar por órdenes de epidemiología del Centro de Salud de la Medalla Milagrosa cumpliendo con el primer esquema fase 1 con 50 tomas y fase 2 con 148 tomas siendo un total de 198 tomas de fármacos antifímicos, la segunda fase se extendió por motivos de infección por VIH. Al momento paciente con un peso de 64 kg y con ligeros síntomas gripales sin alza térmica y sin más sintomatología, se le educa en cuanto a la importancia de continuar con el tratamiento antirretroviral, evitar cambios bruscos en la temperatura, una alimentación saludable y sobretodo que ante cualquier problema que llegara a presentar debe acercarse a la unidad de salud más cercana para que reciba atención médica oportuna.

## **TRATAMIENTO ANTIFÍMICO**

UNIDOSIS de (H) Isoniacida 75 mg + (R) Rifampicina 150 mg + (Z) Pirazinamida 400 mg + (E) Etambutol 275mg

**Tabla 4 ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIFÍMICO**

ESQUEMA 1 FASE 1 4 TABLETAS DE HRZE (dosis 50)

FASE 2 4 TABLETAS DE HRZE (148 dosis se extienden por VIH)

CONTROL DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS																															
DIAS DEL MES																															
Mes/año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Oct. 2014																													1	2	3
Nov. 2014	4	5	6	7	8	9	10	11	12	L	13	14	15	16	16	18	L	19	20	21	22	23	24	L	25	26	27	28	29	30	-
Dic. 2014	L	31	32	33	34	35	36	L	37	38	39	40	41	42	L	43	44	45	46	47	48	L	49	50	1	2	3	4	L	5	6
Ene. 2015	7	8	9	10	L	11	12	13	14	15	16	L	17	18	19	20	21	22	L	23	24	25	26	27		L	28	29	30	31	32
Feb. 2015	33	L	34	35	36	37	38	39	L	40	41	42	43	44		L	45	46	47	48	49	50	L	51	52	53	54	55	-	-	-
Mar. 2015	56	L	57	58	59	60	61	62	L	63	64	65	66	67	68	L	69	70	71	72	73	74	L	75	76	77	78	79	80	L	81
Abr. 2015	82	83	84	85	86	L	87	88	-	89	90	91	L	92	93	94	95	96	97	L	98	99	100	101	102	103	L	104	105	106	-
May. 2015	-	107	108	L	109	110	111	112	113	114	L	115	116	117	118	119	-	L	120	121	122	123	124	125	L	126	127	128	129	130	131



Jun. 2015	-	132	133	13 4	135	136	137	-	138	139	14 0	141	142	143	-	14 4	14 5	14 6	14 7	14 8												
--------------	---	-----	-----	---------	-----	-----	-----	---	-----	-----	---------	-----	-----	-----	---	---------	---------	---------	---------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autora: Ana Fernanda Sangoquiza Chusín  
Fuente: Instrumento Estructurado

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

Dentro de los principales factores de riesgo que desencadenaron la aparición tanto de Tuberculosis miliar como de Co-infección VIH están:

El clima característico del sector de Quisapincha en donde reside el paciente es templado y frío de 12 grados centígrados aproximadamente, lo cual contribuye a presentarse con mayor frecuencia infecciones respiratorias las mismas que se presentaron en varias ocasiones en el paciente pero que en la mayoría de los casos no acudió a recibir atención oportuna en ningún servicio de salud.

El ambiente de la Empresa Agrícola Bioalimentar, lugar en donde trabajaba el paciente y que él mismo refiere que se encuentran a la exposición de una gran variedad de químicos, y tiene ventilación pero no la suficiente y todos los empleados permanecen la jornada de trabajo dentro de galpones, también influye en la aparición de la tuberculosis.

En cuanto a la infección del VIH, paciente comenta que en relación a su vida sexual se puso en riesgo hace más o menos tres meses atrás al tener relaciones sexuales sin protección con una señora que no era su pareja y que posiblemente allí se infectó, por tal motivo esta situación hace que el paciente sea más propenso adquirir cualquier tipo de infección oportunista y agravar el cuadro clínico.

Al realizar las visitas domiciliarias se pudo observar su estilo de vida y es por eso que para mayor comprensión de cómo influye estos factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad de este paciente, se ha utilizado una teorizante de enfermería para describir la situación de este individuo.

## **TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN FLORENCE NIGHTINGALE “TEORIA DEL ENTORNO”**

### **PERSONA:**

Un paciente con Co-infección TB/VIH, es un ser que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia, ya que su organismo se ve afectado por una compleja infección, en la que su sistema inmunológico se ve gravemente comprometido, lo que hace que sea un ser sensible, que necesita de mucha voluntad y perseverancia para asimilar el progreso de su enfermedad y cumplir con el régimen de tratamiento para lograr alcanzar una vida sana.

### **ENTORNO:**

Al mencionar el entorno físico del paciente es importante indicar que el clima no es el adecuado para favorecer la pronta recuperación y tanto su domicilio que es una humilde vivienda, un poco cerrada con cinco habitaciones lo cual impide que el aire ingrese a las mismas, como el lugar de trabajo que de igual forma es cerrado impidiendo la ventilación adecuada, son factores principales que desencadena la tuberculosis, sin embargo con educación proporcionada el paciente ha sabido mejorar esta situación.

Por otro lado el entorno personal es difícil su relación, ya que la comunidad e incluso algunos de sus familiares por no tener el suficiente conocimiento de esta enfermedad, trata al paciente de aislarlo y alejarlo de su ambiente, pero en el caso de este paciente por su forma de enfrentarse a la vida y su humildad ha sabido mantener la relaciones de amistad con sus familiares, vecinos, amigos y conocidos, por tal razón el paciente se unió a un movimiento de la iglesia denominado Juan 23, en el cual él se siente motivado a realizar actividades de la iglesia, de la misma forma él ha intentado recuperar su trabajo y existen muchas posibilidades de conseguirlo, obviamente ubicándolo en un puesto que él pueda desenvolverse de mejor forma sin comprometer su salud y del resto de personas. El apoyo de la familia influye mucho en la recuperación, ya que un paciente que siente afecto, amor y comprensión de sus seres queridos, es un paciente motivado

a luchar por la salud y la vida, en este caso el paciente tiene el apoyo de sus hijos y su mujer, y precisamente ellos son su fortaleza para salir adelante.

### **SALUD:**

En cuanto a la salud del paciente, empezando por denominarlo una persona independiente a pesar de su discapacidad física (ausencia de antebrazo y mano izquierda) por mal formación congénita, y su patología de tuberculosis miliar y co- infección VIH, hace que todas sus necesidades tanto fisiológicas, de seguridad, afecto y pertenencia, así como de autorrealización se vean comprometidas, cabe mencionar que a pesar de estas dificultades presentes, el paciente tiene un autoestima elevado y su conexión ante la salud es tan intensa que para él lo más importante es la vida y su lucha contra la enfermedad es realmente asombrosa

### **ENFERMERÍA:**

Una de las necesidades más importantes que tiene el paciente, es estar en completa vigilancia por parte de la enfermera ya que su tratamiento exige cumplimiento, control y registro para lograr conseguir la salud óptima, es por eso que en este paciente se le ha dado el respectivo seguimiento de su enfermedad, se han aplicado métodos y técnicas precisas que aseguran el continuo tratamiento, y se evidencia claramente que el paciente va mejorando día a día. La actuación de la enfermera desde el área hospitalaria se ha convertido una fuente principal para la recuperación del paciente, empezando por cuidados directos, brindando educación, apoyo emocional en momentos tan críticos que atravesó el paciente ante la noticia de su infección de VIH, luego dando seguimiento al caso, las enfermeras del Subcentro de salud Quisapincha también han sido pieza fundamental ya que con sus visitas domiciliarias, sus planes de educación, administración de medicación antifímica han contribuido para que la salud del paciente mejore.

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

En este punto es importante mencionar el nivel de interés que tiene el paciente en cuanto a la salud, puesto que se trata de un paciente de 46 años de edad que si bien es cierto tiene discapacidad física por ausencia de su extremidad superior izquierda pero que esto no ha sido impedimento para que él pueda desenvolverse en la sociedad como un ser independiente, sin embargo las veces que ha estado enfermo empezando desde un mínimo resfriado común no se acercó a ningún sitio de salud ya sea porque no lo considero importante o porque en su momento no se agravó, y las pocas veces que él se acercó al consultorio médico de la Empresa en la cual trabajaba únicamente le daban medicación que le servían como calmantes y mas no se pudo llevar un seguimiento como lo indica el protocolo del Ministerio de Salud Pública en casos sospechosos de tuberculosis.

Una vez que el cuadro clínico del paciente se intensificó estando en su domicilio comprometiendo su sistema respiratorio y por ende su vida no tuvo otra opción que acudir de inmediato al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato donde le brindaron la atención requerida conjuntamente con su internación lo cual permitió llegar al diagnóstico definitivo de Tuberculosis miliar más Co-infección VIH y desde luego su debida notificación al personal de epidemiología para poner de inmediato en tratamiento antifímico como antirretroviral, una vez que el paciente se encontraba estable se envía la contra referencia al Centro de Salud N°1 de la Medalla Milagrosa en el cual de igual forma cumpliendo con estándares y protocolos informan al Subcentro de Salud de Quisapincha para continuar con estricto cumplimiento el tratamiento de tuberculosis.

El Subcentro de Salud de Quisapincha se encuentra ubicado a más o menos cuatro cuadras de la vivienda del paciente, el personal de esta casa de salud ha sido responsable tanto de llevar el registro de cumplimiento del tratamiento antifímico como el registro de las personas que viven con el paciente, las cuales tienen la vacuna BCG y también se les realizo las baciloscopias para descartar un posible contagio esto lo realizaron al inicio, a mediados y al final del tratamiento

del paciente, como resultado no se encontraron baciloscopias positivas, todo el trabajo lo han hecho de manera satisfactoria y cumpliendo con todos los criterios establecidos en el manual de tuberculosis del MSP, lo que ha permitido que el paciente logre su recuperación, han estado pendientes de que el paciente se acerque a la unidad de salud a tomar la medicación y en caso de que no lo ha hecho ellos se han dirigido a su domicilio para entregar y verificar la toma, de la misma forma han estado pendientes de que se cumpla todo lo establecido de la mejor manera posible.

En cuanto al tratamiento antirretroviral el paciente lo recibe del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito por motivo de que se le realizó el traspaso al (IESS), de igual forma esta casa de salud le ha brindado una atención buena esto lo manifiesta el paciente, el mismo que dice se siente agradecido con todos quienes le brindaron el apoyo necesario en un momento tan difícil que tuvo que atravesar como es su enfermedad y que ahora de una manera consciente y responsable desea recuperar por completo su salud.

#### **4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

##### **PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW**

##### **NECESIDADES FISIOLÓGICAS**

###### **Respiración**

- Disnea de esfuerzo grado 3 (Anexo 2)
- Taquipnea (respiración rápida y profunda)
- Cianosis
- Tos productiva
- Hemoptisis
- Dolor torácico
- Taquicardia
- Estertores en bases pulmonares

## **Alimentación**

- Riesgo nutricional alto (Anexo 3)
- Peso bajo (anexo 4)
- Falta de apetito
- Disfagia por presencia de ulcera en paladar duro
- Diarrea

## **Eliminación**

- 6 Deposiciones diarreicas liquidas al día
- Deshidratación
- Mucosas orales secas
- Signos de pliegue (resequedad de la piel)
- Diaforesis

## **Descanso**

- Insomnio anexo (6)
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Somnoliento
- Preocupación
- Duerme 6 horas en la noche con intervalos por el dolor.
- Pesadillas

## **Higiene**

- Falta de higiene
- Piezas dentales en mal estado
- Halitosis

## **NECESIDADES DE SEGURIDAD**

### **Seguridad de salud**

- Fiebre repetitivas (38°C) (Anexo 7)
- Taquipnea

- Co-infección TB / VIH
- Cefalea
- Odinofagia
- Dolor torácico
- Dolor moderado (anexo 8)

### **Seguridad física**

- Dependencia leve (anexo 5)
- Ausencia de antebrazo y mano izquierda
- Paciente encamado (aislamiento)

### **Seguridad de Empleo**

- Bajos recursos económicos
- No trabaja

## **NECESIDADES DE AFILIACIÓN O SOCIALES**

### **Amistad y afecto**

- Depresión (anexo 9)
- Bajo autoestima
- Poco comunicativo
- Ansiedad
- Miedo de conversar con sus familiares.

### **Intimidad sexual**

- No tiene relaciones sexuales por su infección con VIH.

## **NECESIDADES DE RECONOCIMIENTO**

### **Auto reconocimiento**

- Miedo a la muerte
- Acercamiento a Dios



## **NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN**

### **Aceptación de los hechos, resolución de problemas**

- Falta de interés por la salud
- Falta de conocimiento de la enfermedad
- Reservado por su patología

#### 4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

**Tabla 5 Oportunidades de mejora**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>CLASE</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación y fatiga de los músculos respiratorios, manifestado por disnea de esfuerzo grado 3, taquipnea (respiración rápida y profunda), cianosis, tos productiva, hemoptisis, dolor torácico, taquicardia, estertores y en bases pulmonares.</p>	<p>Control respiratorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proporcionar oxigenoterapia para facilitar la respiración del paciente</li> <li>➤ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>➤ Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come o al mínimo esfuerzo.</li> <li>➤ Ayudar al paciente con la ventilación colocando en una posición en que ayude a aliviar la disnea (posición semifowler)</li> <li>➤ Proporcionar medicación, si el dolor es causa de la hiperventilación según este prescrito.</li> <li>➤ Proporcionar fisioterapia respiratoria</li> <li>➤ Enseñar técnicas de respiración de labios fruncidos.</li> <li>➤ Practicar percusión más tapotaje con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos.</li> <li>➤ Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que</li> </ul>

		<p>favorezcan la permeabilidad de vías aéreas el intercambio de gases.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 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 dos o tres veces de forma sucesiva.</li> <li>➤ Valorar el nivel del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad.</li> <li>➤ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, y falta de conocimientos).</li> <li>➤ Proporcionar un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</li> </ul>
<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con factores biológicos, manifestados por peso bajo, falta de apetito, disfagia por presencia de ulcera en paladar duro, diarrea.</p>	<p>Apoyo nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar la dieta prescrita. Dieta blanda.- Combinar alimentos de los distintos grupos básicos: cereales y legumbres, frutas y verduras, lácteos, carnes, aceites y azúcares, en su justa proporción.</li> <li>➤ Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.</li> <li>➤ Reconocer que la pérdida de peso puede formar parte del progreso natural de una enfermedad terminal</li> <li>➤ Enseñar al paciente y a los miembros de la familia los resultados</li> </ul>

		<p>esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pesar al paciente a intervalos adecuados y calcular el IMC.</li> </ul>
<p>Diarrea relacionada con procesos infecciosos manifestada por 6 deposiciones diarreicas liquidas al día, deshidratación, mucosas orales secas, signos de pliegue (resequedad de la piel), diaforesis.</p>	<p>Control de la eliminación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Indicar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca, para valorar y registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.</li> <li>➤ Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional.</li> <li>➤ Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes, y fáciles de digerir (Ejm plátanos, galletas saladas, arroz, patatas, sopas claras y evitar lácteos y cafeína).</li> <li>➤ Observar la turgencia de la piel regularmente.</li> <li>➤ Comunicar al médico si persisten los signos y síntomas de la diarrea.</li> </ul>
<p>Deprivación del sueño relacionado con malestar prolongado (físico, psicológico), manifestado por insomnio, dificultad para conciliar el sueño, somnoliento, preocupación, duerme 6 horas en la noche con intervalos por el</p>	<p>Fomento de la comodidad física</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</li> <li>➤ Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.</li> <li>➤ Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento)</li> <li>➤ Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del "sueño, vías aéreas obstruidas,</li> </ul>

dolor, pesadillas.		dolor molestias y frecuencia urinaria) y o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el Sueño.
Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con la debilidad y dolor, manifestado por falta de higiene, piezas dentales en mal estado, halitosis	Facilitación de los autocuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.</li> <li>➤ Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.</li> <li>➤ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.</li> <li>➤ Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como rutina</li> </ul>
Termorregulación ineficaz relacionado con la enfermedad co-infección TB/VIH, manifestado por fiebre repetitivas (38°C), taquipnea, diaforesis, cefalea, odinofagia, dolor torácico.	Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno de 4 a 6 horas y registrar curva térmica.</li> <li>➤ Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de consciencia.</li> <li>➤ Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre.</li> <li>➤ Aplicar paños de agua tibia.</li> <li>➤ Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales.</li> <li>➤ Administrar líquidos intravenosos.</li> </ul>
Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fuerza muscular, manifestado por dependencia	Control de inmovilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explicar las razones del reposo en cama</li> <li>➤ Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.</li> <li>➤ Explicar y animar al paciente para los cambios de posición.</li> <li>➤ Cambio de posición, cada 2 horas o según estado de la piel.</li> </ul>

leve por ausencia de antebrazo y mano izquierda, paciente encamado (aislamiento).		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.</li> <li>➤ Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo.</li> </ul>
Riesgo de impotencia relacionado con el proceso patológico progresivo – debilitante, bajos recursos económicos y sin empleo.	Terapia conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Animar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades.</li> <li>➤ Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.</li> <li>➤ Valorar el nivel de funcionamiento actual del paciente con respecto a cada objetivo.</li> <li>➤ Fortalecer el vínculo afectivo de la familia con el paciente.</li> <li>➤ Expresar apoyo a la familia frente a la situación del paciente.</li> <li>➤ Evitar preocupar al paciente.</li> </ul>
Baja autoestima situacional relacionado con el deterioro funcional. por la enfermedad, manifestado por, depresión, poco comunicativo, ansiedad, miedo de conversar con sus familiares.	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecer una relación de confianza.</li> <li>➤ Decir la verdad con sensibilidad, calidez y franqueza.</li> <li>➤ Atender a las señales verbales y no verbales durante el proceso de comunicación.</li> <li>➤ Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.</li> <li>➤ Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.</li> <li>➤ Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</li> </ul>
Desesperanza relacionado con miedo a la muerte, manifestado por disminución de las emociones, y necesidad de acercamiento a Dios	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ayudar al paciente / familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.</li> <li>➤ Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.</li> <li>➤ Fomentar la participación en grupos de apoyo.</li> <li>➤ Fomentar el uso y la participación en cualquier práctica religiosa que no perjudique la salud.</li> <li>➤ Escuchar y desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración.</li> </ul>
Mantenimiento ineficaz de la salud relacionada con el déficit de conocimientos, manifestado por falta de interés por la salud, falta de conocimiento de la enfermedad, reservado por su patología.	Educación de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.</li> <li>➤ Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad</li> <li>➤ Proporcionar información a la familia / ser querido acerca de los progresos del paciente</li> <li>➤ Identificar las etiologías posibles</li> <li>➤ Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos secundarios de la enfermedad</li> <li>➤ Informar al paciente / ser querido acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento / tratamiento.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Informar al paciente/ ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/ tratamiento.</li><li>➤ Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</li></ul>
--	--	--

Autor: Ana Fernanda Sangoquiza Chusín  
Fuente: Base de Datos



#### 4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

**Tabla 6 Proceso de Atención de Enfermería**

<p><b>DOMINIO:</b> 4 ACTIVIDAD/ REPOSO</p> <p><b>CLASE:</b> 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar</p> <p><b>CÓDIGO DE DX:</b> 00032 Patrón respiratorio ineficaz</p>
<p><b>Definición.-</b> La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.</p> <p><b>Diagnóstico de enfermería.-</b> Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación y fatiga de los músculos respiratorios, manifestado por disnea de esfuerzo grado 3, taquipnea (respiración rápida y profunda), cianosis, tos productiva, hemoptisis, dolor torácico, taquicardia, estertores y en bases pulmonares.</p>

RESULTADO (S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
<p>Estado respiratorio: ventilación</p> <p><b>Dominio:</b> Salud fisiológica (11)</p> <p><b>Clase:</b> Cardiopulmonar (E)</p> <p><b>Código:</b> (0403)</p>	<p>040301 Frecuencia respiratoria</p>	<p>1.- Gravemente comprometido</p> <p>2.- Sustancialmente comprometido</p> <p>3.- Moderadamente comprometido</p> <p>4.- Levemente comprometido</p> <p>5.- No comprometido</p>	<p>1</p>	<p>3</p>

	040302 Ritmo respiratorio	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>1</b>	<b>3</b>
	040303 Profundidad de la respiración	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>
	040305 Facilidad de la inspiración	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>1</b>	<b>4</b>
	040306 Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>

	040319 Ruidos respiratorios a la auscultación	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>3</b>	<b>4</b>
	040314 Disnea de esfuerzo	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	<b>1</b>	<b>3</b>
	040316 Dificultad respiratoria	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	<b>1</b>	<b>4</b>
	<b>080004</b> Dolor muscular	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	<b>2</b>	<b>4</b>

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>CLASE:</b>	K Control respiratorio	<b>CAMPO:</b>	2. Fisiológico: Complejo/ Cuidados que apoyan la regulación homeostática
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<p><b>3320 Oxigenoterapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Eliminar las secreciones bucales y nasales</li> <li>➤ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>➤ Administrar oxígeno suplementario según órdenes.</li> <li>➤ Vigilar el flujo de litro de oxígeno.</li> <li>➤ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia</li> <li>➤ Monitorizar la saturación de oxígeno.</li> <li>➤ Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.</li> </ul> <p><b>3390 Ayuda a la ventilación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colocar al paciente de forma tal que alivie la disnea.</li> <li>➤ Colocar al paciente en posición de semifowler de</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se ha demostrado que el oxígeno corrige la hipoxemia, pero que puede causar la retención de secreciones respiratorias.</li> <li>➤ La oxigenoterapia ayuda a disminuir la disnea a través de la reducción del impulso central mediado por los quimiorreceptores periféricos en el cuerpo carotideo. (Meek, 1999).</li> <li>➤ Una saturación inferior al 90% (95% normal) proporciona información significativa de oxigenación (Berry y Pimard 2002; Grap 2002)</li> <li>➤ La posición elevada permite la máxima expansión pulmonar, permanecer acostado hace que los órganos abdominales se desplacen hacia el tórax, lo que produce presión en los</li> </ul>	

<p>manera que se optimice su respiración y reposicionarlo cada 2 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños.</li> <li>➤ Observar si hay fatiga muscular respiratoria.</li> <li>➤ Proporcionar medicación, si el dolor es causa de la hiperventilación según este prescrito.</li> </ul>	<p>pulmones, dificultando la respiración (Collard et al, 2003; Drakulovic et al, 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los sonidos son normalmente limpios o se perciben crepitantes finos por las bases, que desaparecen con la respiración profunda. La presencia de crepitantes groseros durante el final de la inspiración indica líquido en las vías aéreas; las sibilancias señalan una obstrucción de las vías aéreas. (Kasper et al, 2005)</li> <li>➤ Un aumento de la frecuencia respiratoria es uno de los signos del dolor. Proporcionar alivio del dolor provocara que la frecuencia respiratoria se normalice</li> </ul>
<p><b>3230 Fisioterapia respiratoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de vías aéreas el intercambio de gases.</li> <li>➤ Enseñar técnicas de respiración de labios fruncidos.</li> <li>➤ Determinar los segmentos pulmonares que necesita ser drenado.</li> <li>➤ Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En la mayoría de los ensayos clínicos no hay suficiente evidencia que apoye o refute el uso de fisioterapia para la higiene bronquial (Jones y Rowe, 2000)</li> <li>➤ Los broncodilatadores reducen la resistencia de la vía aérea secundaria a la broncoconstricción.</li> <li>➤ La respiración con los labios fruncidos provoca un aumento del uso de los músculos intercostales, disminución de la frecuencia respiratoria, aumento del volumen corriente, y aumento de los niveles de saturación de oxígeno (Collins et al, 2001; Dechman</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Practicar percusión más tapotaje con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos.</li> <li>➤ Estimular la tos durante y después del drenaje postural</li> <li>➤ Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos.</li> <li>➤ Observar la tolerancia del paciente por medio de la SaO<sub>2</sub>, ritmo y frecuencia respiratoria, ritmo y frecuencia cardíaca y niveles de comodidad.</li> </ul>	<p>y Wilson, 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El esputo normal es transparente o gris y mínimo; el esputo anómalo es verde, amarillo o sanguinolento, mal oliente y a menudo copioso.</li> <li>➤ Con secreciones en la vías aéreas la frecuencia respiratoria aumenta</li> </ul>
<p><b>3250 Mejorar la tos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Animar al paciente a que realice varias respiraciones profundas, luego de esto una respiración profunda, la mantenga durante 2 segundos y tosa dos o tres veces de forma sucesiva.</li> <li>➤ Mientras tiene lugar la tos, comprimir abruptamente el abdomen por debajo del xifoides con la mano plana, mientras se ayuda al paciente a que se incline hacia adelante.</li> <li>➤ Ordenar al paciente que siga tosiendo con varias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Esta técnica puede ayudar a incrementar la eliminación de esputos y reducir los espasmos de la tos (Donahue, 2002).</li> <li>➤ La tos controlada utiliza los músculos diafragmáticos, lo cual hace que la tos sea más enérgica y eficaz (Bellone et al, 2000)</li> <li>➤ Los líquidos ayudan a minimizar la sequedad de la mucosa y a maximizar la acción ciliar para mover las secreciones (Smith-Sims, 2001).</li> </ul>

<p>inspiraciones máximas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ayudar al paciente a utilizar una almohada o una sábana enrollada como tablilla contra la incisión al toser.</li> <li>➤ Fomentar la hidratación a través de la administración de líquido por vía.</li> </ul>	
<p><b>1400 Manejo del dolor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor.</li> <li>➤ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, y falta de conocimientos).</li> <li>➤ Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</li> <li>➤ Fomentar períodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.</li> <li>➤ Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La valoración y registro del dolor iniciales proporciona dirección para el plan de tratamiento del dolor. Una valoración completa del dolor incluye todas las características del mismo que el usuario pueda proporcionar la información de esto sobre el dolor, se considera como el conjunto de datos más fiables (América Pain Society, 2004: JointCommission Accreditation of Healthsarn Organization (JCAHO),2000</li> <li>➤ Las interacciones farmacológicas son la piedra angular del tratamiento del dolor moderado a grave (América Pain Society, 2004). Se considera todas las acciones analgésicas que no estén contraindicadas, todas la personas con dolor agudo deben recibir un agente no opiáceo incluso cuando el dolor es suficientemente grave como para requerir una acción adicional a un opiáceo (Pasero, 2003), Amccaffery y Pasero, 1999)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La combinación de analgésicos puede producir un alivio del dolor aceptable con dosis menores de cada uno de ellos, lo cual no sería posible con la administración de un analgésico único. Las dosis menores pueden causar efectos secundarios menores y numerosos (América Pain Society, 2004)( Pasero, 2003) (Amccaffery y Pasero, 1999).</li> <li>➤ Uno de los pasos más importantes a la mejora del dolor consiste en una mejor comprensión de la naturaleza del mismo y tratamiento por parte del usuario, además del papel que éste debe sumir para controlarlo. ( América Pain Society, 2004)( Pasero, 2003) (Amccaffery y Pasero, 1999).</li> </ul>
--	---

<p><b>DOMINIO:</b> 2 NUTRICIÓN</p>
<p><b>CLASE:</b> 1 Ingestión</p>
<p><b>CÓDIGO DE DX:</b> 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades</p>
<p><b>Definición.-</b> Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.</p>
<p><b>Diagnóstico de enfermería.-</b> Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, relacionado con factores biológicos, manifestados por peso bajo, falta de apetito, disfagia por presencia de ulcera en paladar duro, diarrea.</p>



<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>				
<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
			<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
Estado nutricional <b>Dominio:</b> Salud fisiológica (11) <b>Clase:</b> Nutrición (K) <b>Código:</b> 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	<b>1</b>	<b>3</b>
	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	<b>1</b>	<b>3</b>
	100-111 Hidratación	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	<b>2</b>	<b>4</b>

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>CLASE:</b>	<b>D</b> Apoyo nutricional	<b>CAMPO:</b>	<b>1</b> Fisiológico: Básico / cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<p><b>1050 Alimentación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar la dieta prescrita. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta blanda.- Combinar alimentos de los distintos grupos básicos: cereales y legumbres, frutas y verduras, lácteos, carnes, aceites y azúcares, en su justa proporción.</li> </ul> </li> <li>➤ Proporcionar alivio adecuado para el dolor antes de las comidas.</li> <li>➤ Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado.</li> <li>➤ Mantenerse en posición recta, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia afuera durante la</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las normativas dietéticas están escritas por expertos nacionales y basadas en las investigaciones sobre nutrición.</li> <li>➤ El nivel de funcionamiento de las personas con condiciones médicas aumenta si se controla el dolor y la fatiga (Bennet et al. 2002)</li> <li>➤ Las barreras del paciente para comer son el disgusto respecto a los alimentos, sentir que la comida no es apetecible y que no valoran los gustos del paciente respecto a las comida (Crogan et al, 2001)</li> <li>➤ La ingesta de comida aumenta si se está concentrado. (the, Jonna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000)</li> <li>➤ La incidencia de la neumonía disminuye cuando los usuarios reciben cuidados orales después de cada comida (Yoneyama et al,</li> </ul>	

<p>alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito</li> <li>➤ Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible.</li> <li>➤ Evitar distraer al paciente durante la deglución.</li> <li>➤ Realizar la alimentación sin prisas/lentamente.</li> <li>➤ Facilitar la higiene bucal después de las comidas.</li> </ul>	<p>2002)</p>
<p><b>5246 Asesoramiento nutricional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.</li> <li>➤ Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.</li> <li>➤ Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión sanguínea o ganancias y pérdidas de peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si el usuario ingiere una dieta sana, los suplementos no suelen ser necesarios. Si el usuario es mayor de 50 años, se puede recomendar un suplemento multivitamínico una vez al día (Kris-Etherton et al, 2004)</li> <li>➤ Entre los afroamericanos, existía la percepción general de que “comer sano” significaba abandonar parte de su herencia cultural, intentando adaptarse a la cultura dominante, y sentir que amigos y parientes generalmente no apoyaban los cambios dietéticos (James, 2004)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.</li> </ul>	
<p><b>1240 Ayuda para ganar peso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Observar si hay náuseas y vómitos después de la administración de la medicación.</li> <li>➤ Fomentar el aumento de ingesta de calorías.</li> <li>➤ Ayudar o alimentar al paciente.</li> <li>➤ Enseñar al paciente y a la familia a planificar las comidas.</li> <li>➤ Reconocer que la pérdida de peso puede formar parte del progreso natural de una enfermedad terminal</li> <li>➤ Enseñar al paciente y a los miembros de la familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso.</li> <li>➤ Registrar el progreso de la ganancia de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las náuseas se encuentra entre los efectos secundarios más molestos de la administración de medicamentos (Bender et al, 2002). Es importante prevenir y anticiparse a la aparición de nauseas es buen tanto para el resto de tratamiento del paciente (Garrertt et al, 2003).</li> <li>➤ Las consecuencias de mal nutrición conducirán a un deterioro de la enfermedad del paciente que entonces se auto perpetua sino se reconoce y se trata casos extremos de mal nutrición pueden llevar a la septicemia, insuficiencia multiorgánica y la muerte (Arrowsmith 1997)</li> </ul>
<p><b>1100 Manejo de la nutrición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pesar al paciente a intervalos adecuados y calcular el IMC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Un Índice de Masa Corporal normal es de 20 a 25, de 26 a 29 es sobrepeso y mayor de 30 es obesidad (Nix, 2005).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.</li> <li>➤ Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.</li> <li>➤ Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina E, si es el caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El consumo frecuente de proteínas como las almendras, se ha asociado a un riesgo reducido de enfermedad coronaria en un estudio de Enfermería (Hu et al, 1998)</li> </ul>
---	--

<p><b>DOMINIO:</b> 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO</p> <p><b>CLASE:</b> 2 Función gastrointestinal</p> <p><b>CÓDIGO DE DX:</b> 00013 Diarrea</p>
<p><b>Definición.-</b> Eliminación de heces líquidas, no formadas.</p> <p><b>Diagnóstico de enfermería.-</b> Diarrea relacionado con procesos infecciosos manifestado por 6 deposiciones diarreicas liquidas al día, deshidratación, mucosas orales secas, signos de pliegue (resequedad de la piel), diaforesis.</p>

<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>				
<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
			<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
	<b>060202</b> Membranas mucosas húmedas	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>
	<b>060226</b> Diarrea	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	<b>1</b>	<b>3</b>

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>CLASE:</b>	B Control de la eliminación	<b>CAMPO:</b>	1 Fisiológico: Básico/ Cuidados que apoyan el funcionamiento físico
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<p><b>0460 Manejo de la diarrea</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Determinar la historia de la diarrea.</li> <li>➤ Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.</li> <li>➤ Observar sí hay signos y síntomas de diarrea.</li> <li>➤ Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca, para valorar y registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.</li> <li>➤ Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional.</li> <li>➤ Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes, y fáciles de digerir (ejm</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La identificación de la causa subyacente es importante porque los tratamientos dependen de ella hay que tomar en cuenta exposición al rotavirus, infección por VHI, ingestión de marisco, efectos de medicaciones, malnutrición proteica, abuso de laxantes, estrés. (Thielman y Guerrant, 2004).</li> <li>➤ La documentación de cantidades proporciona datos basales y ayuda a dirigir la terapia de restitución de líquidos.</li> <li>➤ La diarrea grave causa una deficiencia del volumen hídrico con debilidad extrema (Hogan, 1998) y provoca la muerte en personas muy jóvenes, enfermos crónicos y ancianos.</li> <li>➤ El uso de la dieta con plátanos, galletas saladas, arroz, patatas, sopas claras y evitando lácteos (dado que se puede producir un problema transitorio de intolerancia a la lactosa), es lo que se suele</li> </ul>	

<p>plátanos, galletas saladas, arroz, patatas, sopas claras y evitar lácteos y cafeína).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Observar la turgencia de la piel regularmente.</li> <li>➤ Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.</li> <li>➤ Comunicar al médico si persisten los signos y síntomas de la diarrea.</li> </ul>	<p>recomendar, aunque se dispone de pocos datos que lo apoyen (Thielman y Guerrant, 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El frotamiento rápido puede exacerbar la erosión cutánea e incrementar aún más el riesgo de infección e irritación (Gray, 2004; Gray, Ratliff y Donovan, 2002)</li> </ul>
--	---

**DOMINIO:** 4 ACTIVIDAD/REPOSO

**CLASE:** 1 Reposo / sueño

**CÓDIGO DE DX:** 00096 Deprivación del sueño

**Definición.-** Períodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).

**Diagnóstico de Enfermería.-** Deprivación del sueño relacionado con malestar prolongado (físico, psicológico), manifestado por insomnio, dificultad para conciliar el sueño, somnoliento, preocupación, duerme 6 horas en la noche con intervalos por el dolor, pesadillas.



<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>				
<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
			<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
Descanso <b>Dominio:</b> Salud funcional (1) <b>Clase:</b> Mantenimiento de la energía (A) <b>Código:</b> (0003)	<b>000303</b> Calidad del descanso	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>
	<b>000308</b> Descansado emocionalmente	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>1</b>	<b>3</b>
Sueño <b>Dominio:</b> Salud funcional (1) <b>Clase:</b> Mantenimiento de la energía (A) <b>Código:</b> (0004)	<b>000406</b> Sueño interrumpido	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	<b>1</b>	<b>3</b>

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>CLASE:</b>	E Fomento de la comodidad Física	<b>CAMPO:</b>	<b>1. Fisiológico: Básico</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento físico
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<p><b>6482 Manejo ambiental: confort</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</li> <li>➤ Limitar las visitas.</li> <li>➤ Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.</li> <li>➤ Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos.</li> <li>➤ Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los voluntarios expuestos a niveles de ruido de cuidados críticos experimentaron una mala calidad del sueño (Topf et al, 1992).</li> <li>➤ El ruido excesivo deteriora el sueño (Floyd, 1992)</li> <li>➤ Los usuarios han informado que las posiciones incómodas son factores comunes del trastorno del sueño (Richards et al, 2003)</li> </ul>	

<p><b>1850 Mejorar el sueño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.</li> <li>➤ Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del "sueño, vías aéreas obstruidas, dolor molestias y frecuencia urinaria) y o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el Sueño.</li> <li>➤ Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.</li> <li>➤ Valorar el nivel del dolor y utilizar farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La valoración de la conducta y los patrones del sueño son una parte importante de cualquier exploración del estado de salud (Landis, 2002)</li> <li>➤ La dificultad para dormirse puede ser un efecto secundario de medicaciones como broncodilatadores (Benca, 2005)</li> <li>➤ El dolor conduce la interrupción del sueño, y la interrupción del sueño aumenta la percepción del dolor (Stiefel y Stagno, 2004; Roehrs y Roth, 2005).</li> </ul>
--	---

<p><b>DOMINIO:</b> 4 ACTIVIDAD/REPOSO</p> <p><b>CLASE:</b> 5:Autocuidado</p> <p><b>CÓDIGO DE DX:</b> 00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene</p>
<p><b>Definición.-</b> Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.</p> <p><b>Diagnóstico de Enfermería.-</b> Déficit de autocuidado: baño/ higiene relacionado con la debilidad y dolor, manifestado por falta de higiene, piezas dentales en mal estado, halitosis</p>

**CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)**

RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) <b>Dominio:</b> Salud funcional (1) <b>Clase:</b> Autocuidado (O) <b>Código:</b> 0300	<b>030004</b> Se baña	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>
	<b>030006</b> Higiene	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>
	<b>030007</b> Higiene bucal	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>1</b>	<b>3</b>

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>CLASE:</b>	<b>F</b> Facilitación de los autocuidados	<b>CAMPO</b>	1. Fisiológico: Básico/ Cuidados que apoyan el funcionamiento físico
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<p><b>1800 Ayuda al autocuidado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.</li> <li>➤ Proporcionar intimidad.</li> <li>➤ Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).</li> <li>➤ Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.</li> <li>➤ Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.</li> <li>➤ Establecer una rutina de actividades de autocuidados.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La valoración y las intervenciones para la autoeficacia fortalecen las expectativas de eficacia del usuario y mejoran la ejecución funcional (Resnick, 2002)</li> <li>➤ El usuario percibe menos intimidad si participa más de un cuidador o si el baño se toma en un área central de baño en la que el personal entra libremente durante el cuidado (Calkins, 2005).</li> <li>➤ La enseñanza de métodos para satisfacer las necesidades del usuario aumenta la satisfacción del usuario con la experiencia del baño.</li> </ul>	

<p><b>1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidados del paciente.</li> <li>➤ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los mecanismos de adaptación pueden proporcionar independencia, seguridad y velocidad. (Fathers 2004)</li> </ul>
<p><b>1720 Fomentar la salud bucal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inspeccionar la mucosa bucal regularmente.</li> <li>➤ Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como rutina.</li> <li>➤ Ayudar con el cepillado de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo con la capacidad de autocuidados del paciente.</li> <li>➤ Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal, si es necesario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La inspección oral puede revelar signos de enfermedad oral, síntomas de enfermedad sistémica, efectos adversos de medicamentos o traumatismos de la cavidad oral (White, 2000)</li> <li>➤ El cepillado de los dientes es el método más efectivo para reducir la placa y controlar la enfermedad periodontal (American Dental Association {ADA, 2004)</li> <li>➤ El mantener bien lubricados los labios es una medida de confort (Joanna Briggs Institute, 2004; Sadler, 2003).</li> </ul>

**DOMINIO:** 11 SEGURIDAD/PROTECCION

**CLASE:** 6 Termorregulación

**CÓDIGO DE DX:** 00008 Termorregulación ineficaz

**Definición.-** Fluctuaciones de la temperatura entre la hipertermia, la hipotermia y rangos normales.

**Diagnóstico de Enfermería.-** Termorregulación ineficaz relacionado con la enfermedad Co-infección TB/VIH, manifestado por fiebres repetitivas (38°C), taquipnea, diaforesis, cefalea, odinofagia, dolor torácico.

**CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)**

RESULTADO(S) Termorregulación	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
<b>Dominio:</b> Salud fisiológica (f1) <b>Clase:</b> Regulación metabólica (J) <b>Código:</b> (0800)	<b>080010</b> Sudoración con el calor	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>
	<b>080013</b> Frecuencia	1.- Gravemente comprometido		

	respiratoria	2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>1</b>	<b>3</b>
	<b>080001</b> Temperatura cutánea aumentada	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	<b>1</b>	<b>3</b>
	<b>080003</b> Cefalea	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	<b>2</b>	<b>4</b>



<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>CLASE:</b>	M Termorregulación	<b>CAMPO:</b>	2. Fisiológico: Complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<p><b>3740 Tratamiento de la fiebre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Observar el color de la piel y la temperatura.</li> <li>➤ Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno de 4 a 6 horas.</li> <li>➤ Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración.</li> <li>➤ Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de consciencia.</li> <li>➤ Comprobar los valores de recuento de leucocitos, Hemoglobina y Hematocrito.</li> <li>➤ Controlar ingresos y egresos.</li> <li>➤ Monitorizar por si hubiera anormalidades en los electrolitos.</li> <li>➤ Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre.</li> <li>➤ Administrar un baño tibio con una esponja.</li> <li>➤ Aplicar paños de agua tibia.</li> <li>➤ Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El reconocimiento del patrón de la fiebre, puede ayudar a determinar su fuente. (Cunha, 1996); (Holtzclaw, 1992).</li> <li>➤ El control de los signos vitales promueve la prevención y la intervención precoz en usuarios con alteraciones cardiopulmonares asociadas a la hipertermia.</li> <li>➤ El aumento del índice metabólico y la diaforesis asociada a la fiebre causa perdida de los líquidos corporales por lo que es importante el control de ingresos y egresos.</li> <li>➤ La eliminación de la fiebre tras la administración de antipiréticos, interfiere en el aumento de la respuesta inmune (Klein y Cunha, 1996).</li> <li>➤ 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.</li> <li>➤ La ingesta de líquidos restituye los líquidos perdidos a través de la sudoración y la respiración. La presencia de alcohol, cafeína y</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Administrar líquidos intravenosos.</li> <li>➤ Cubrir al paciente con una sabana</li> </ul>	<p>azúcar en los líquidos pueden promover la diuresis a menos que el usuario consuma regularmente este tipo de bebidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La hidratación intravenosa ayuda a mantener una temperatura corporal normal.</li> <li>➤ Los pacientes de avanzada edad se encuentran en disconfort por frío e hipertermia aun en entornos cálido, y pueden no ser capaces de satisfacer sus propias necesidades a través del agregado de una capa de abrigo (Worfolk, 1997).</li> </ul>
---	--

<p><b>DOMINIO:</b> 4 ACTIVIDAD/REPOSO</p> <p><b>CLASE:</b> 2 Actividad/ ejercicio</p> <p><b>CÓDIGO DE DX:</b> 00085 Deterioro de la movilidad física</p>
<p><b>Definición.-</b> Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p> <p><b>Diagnóstico de Enfermería.-</b> Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fuerza muscular, manifestado por dependencia leve por ausencia de antebrazo y mano izquierda, paciente encamado (aislamiento).</p>

<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>				
<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
			<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
Movilidad <b>Dominio:</b> Salud funcional (1) <b>Clase:</b> Movilidad (C) <b>Código:</b> 0208	<b>020S03</b> Movimiento muscular	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>1</b>	<b>3</b>
	<b>020S06</b> Ambulación	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>
	<b>020S14</b> Se mueve con facilidad	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>CLASE:</b>	<b>C Control de inmovilidad</b>	<b>CAMPO:</b>	1. Fisiológico: Básico cuidados que apoyan el funcionamiento físico
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<p><b>0740 Cuidados del paciente encamado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explicar las razones del reposo en cama.</li> <li>➤ Colocar al paciente sobre una cama colchón terapéutico adecuado.</li> <li>➤ Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.</li> <li>➤ Colocar la mesilla de noche al alcance del paciente.</li> <li>➤ Vigilar el estado de la piel.</li> <li>➤ Monitorizar el estado pulmonar.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los peligros de estar mucho tiempo en la cama son múltiples, serios, se desarrollan rápidamente y revierten muy lentamente. El deterioro de las condiciones del sistema cardiovascular ocurre en el plazo de días y supone cambios en la hidratación, pérdida de líquidos, disminución de la captación de oxígeno, aumento de la frecuencia cardíaca en reposo (Fletcher, 2005; Kasper et al, 2005; Resnick y Daly, 1998).</li> <li>➤ Si el objetivo del cuidado es mantener cómodo al paciente, volver y cambiar de posición puede ser apropiado, mantener la cabecera de la cama con la elevación de menos grados posibles para reducir la fuerza de cizallamiento y fricción y emplear almohadas y dispositivos reductores de la presión en la cama (WOCN Clinical Practice series 2, 2003; Panel Forden Prediction and Prevention Ulcers in Adults, 1992)</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La limitación de la movilidad disminuye la circulación a las áreas dependientes. La disminución de la circulación y la erosión colocan al usuario en una situación de riesgo para la aparición de lesiones en la piel, de ahí la importancia de vigilar la piel.</li> </ul>
<p><b>0840 Cambio de posición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explicar y animar al paciente para los cambios de posición.</li> <li>➤ Cambio de posición, cada 2 horas o según estado de la piel.</li> <li>➤ Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.</li> <li>➤ Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.</li> <li>➤ Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos.</li> <li>➤ Evitar la colocación del muñón de amputación en posición flexionada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cambiar de posición a un paciente en la cama cada dos horas ayuda a mantener la sangre circulando. Esto le ayuda a la piel a mantenerse saludable y prevenir escaras de decúbito.</li> <li>➤ Los ejercicios ayudan a revertir el debilitamiento y atrofia de los músculos ( Kasper et al, 2005)</li> <li>➤ El muñón no debe tocar el fondo de conexión porque se podría formar una ulcera por presión (Kipnis; 1993; Yeltzer, 1998)</li> </ul>

<p><b>1802 Ayuda con los auto cuidados: vestir/arreglo personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).</li> <li>➤ Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.</li> <li>➤ Ayudar con los cordones, botones y cremalleras.</li> <li>➤ Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El personal de enfermería puede contribuir a la limitación de la movilidad al ayudar demasiado. Estimular la independencia del usuario (Kasper et al, 2005)</li> <li>➤ El establecer tanta independencia como sea posible ayuda a mantener las habilidades de movilidad (Lipson y Braun, 1993)</li> </ul>
--	--

<p><b>DOMINIO:</b> 6 AUTOPERCEPCIÓN</p> <p><b>CLASE:</b> 1 Auto concepto</p> <p><b>CÓDIGO DE DX:</b> 00152 Riesgo de impotencia</p>
<p><b>Definición.-</b> Riesgo de percibir falta de control sobre la situación y/o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.</p> <p><b>Diagnóstico de Enfermería.-</b> Riesgo de impotencia relacionado con el proceso patológico progresivo –debilitante, bajos recursos económicos y sin empleo.</p>

<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>				
<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
			<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
Implicación social <b>Dominio:</b> Salud psicosocial (1/1) <b>Clase:</b> Interacción social (P) <b>Código:</b> (1503)	<b>150304</b> Interacción con miembros de grupos de trabajo	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado	2	4
	<b>150303</b> Interacción con miembros de la familia	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado	3	5
Detección del riesgo <b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV) <b>Clase:</b> Control del riesgo y seguridad ( T) <b>Código:</b> (1908)	<b>190802</b> Identifica los posibles riesgos para la salud	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado	1	4

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>CLASE:</b>	O Terapia conductual	<b>CAMPO:</b>	3. Conductual/ Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<p><b>4410 Establecimiento de objetivos comunes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ayudar al paciente y a su ser querido a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles.</li> <li>➤ Animar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades.</li> <li>➤ Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.</li> <li>➤ Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados.</li> <li>➤ Explorar con el paciente distintas formas para conseguir</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuanto más participe el usuario en su propio cuidado, menos impotencia sentirá. (Nordgren y Fridlund, 2001).</li> <li>➤ La dirección de los objetivos aumenta la autoeficacia, que es un antecedente importante de la toma de poder (Fingfeld, 2004; Fitzsimons y Fuller, 2002)</li> <li>➤ Para el usuario, todos sus sentimientos son personales y tienen significado, por ende es importante identificar los objetivos del paciente.</li> <li>➤ Con la ayuda de varios métodos psicoterapéuticos, los pacientes establecieron por si solos, con la ayuda de sus terapeutas, un</li> </ul>	



<p>los mejores objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.</li> <li>➤ Valorar el nivel de funcionamiento actual del paciente con respecto a cada objetivo.</li> </ul>	<p>concepto de tratamiento, una normativa defendiendo donde estaban y estableciendo objetivos los más realistas y concretos posible. A consecuencia de ello, el programa terapéutico clínico es más eficaz (Gierig y Hlsewiesche, 2002).</p>
<p><b>4350 Manejo de la conducta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consultar a la familia para establecer la base cognitiva del paciente.</li> <li>➤ Fortalecer el vínculo afectivo de la familia con el paciente.</li> <li>➤ Expresar apoyo a la familia frente a la situación del paciente.</li> <li>➤ Evitar preocupar al paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La identificación de las respuestas positivas de la familia frente a la enfermedad del paciente le ayudara a tolerar sus propios sentimientos de impotencia. (Rose, 1998)</li> <li>➤ Las enfermeras deben ser conscientes de su conducta no verbal; a menudo los usuarios se dan cuenta de los sentimientos de las enfermeras por sus expresiones faciales, tono de voz, contacto y otras conductas (Mac Ginley, 1993)</li> </ul>

**DOMINIO:** 6 AUTOPERCEPCIÓN

**CLASE:** 2 Autoestima

**CÓDIGO DE DX:** 00120 Baja autoestima situacional

**Definición.-** Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a la patología que se le da a conocer Tuberculosis Miliar y la Co- infección VIH.

**Diagnóstico de Enfermería.-** Baja autoestima situacional relacionado con el deterioro funcional. por la enfermedad, manifestado por, depresión, poco comunicativo, ansiedad, miedo de conversar con sus familiares.

<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>				
<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
			<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
Autoestima <b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III) <b>Clase:</b> Bienestar psicológico (M) <b>Código:</b> (1205)	<b>120S07</b> Comunicación abierta	1.- Nunca positivo 2.- Raramente positivo 3.- A veces positivo 4.- Frecuentemente positivo 5.- Siempre positivo	<b>2</b>	<b>4</b>
	<b>120S15</b> Voluntad para enfrentarse a los demás	1.- Nunca positivo 2.- Raramente positivo 3.- A veces positivo 4.- Frecuentemente positivo 5.- Siempre positivo	<b>1</b>	<b>3</b>

	<b>120S19</b> Sentimientos sobre su propia Persona	1.- Nunca positivo 2.- Raramente positivo 3.- A veces positivo 4.- Frecuentemente positivo 5.- Siempre positivo	<b>2</b>	<b>4</b>
Nivel de ansiedad <b>Dominio:</b> Salud psicosocial (III) <b>Clase:</b> Bienestar psicosocial (M) <b>Código: (1211)</b>	<b>121101</b> Desasosiego	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	<b>1</b>	<b>4</b>
	<b>121114</b> Dificultad es para resolver problemas	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	<b>2</b>	<b>4</b>

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>CLASE:</b>	R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	<b>CAMPO:</b>	3. Conductual/Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<p><b>5470 Declarar la verdad al paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecer una relación de confianza.</li> <li>➤ Decir la verdad con sensibilidad, calidez y franqueza.</li> <li>➤ Atender a las señales verbales y no verbales durante el proceso de comunicación.</li> <li>➤ Observar las respuestas del paciente a las interacciones, incluyendo alteraciones del dolor, intranquilidad, ansiedad, cambio de humor, implicación en los cuidados, capacidad para sintetizar nueva información, capacidad para manifestar sentimientos e informe de satisfacción con los cuidados, si procede.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La manera como una enfermera interacciona con un usuario influye en su calidad de vida. Mejorar la autoestima y proporcionar información y apoyo psicológico fomenta el bienestar del usuario y su calidad de vida (Di Giulio, 2001).</li> <li>➤ La información es poderosa y reduce la ansiedad (Fishel, 1992)</li> <li>➤ Las enfermeras deben considerar múltiples factores cuando interpretan los mensajes verbales y no verbales (Puenell, 2000)</li> <li>➤ Sustituir auto-informaciones negativas con auto-informaciones positivas ayuda a reducir la ansiedad (Fishel, 1998)</li> </ul>	
<p><b>5270 Apoyo emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El apoyo, la autoestima y el optimismo se relacionan positivamente con las prácticas de salud positiva (McNicholas,</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.</li> <li>➤ Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.</li> <li>➤ Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</li> <li>➤ Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.</li> <li>➤ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</li> <li>➤ No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.</li> </ul>	<p>2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Permanecer simplemente con el usuario puede ser lo más útil que haga la enfermera (Furman, 2000; Davidson, 2003)</li> <li>➤ Los usuarios se enfrentan con más éxito a los eventos vitales estresantes si tienen apoyo (White, 1992)</li> </ul>
<p><b>5400 Potenciación de la autoestima</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Observar las frases del paciente sobre su propia estimación.</li> <li>➤ Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.</li> <li>➤ Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.</li> <li>➤ Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La evaluación precisa permite que el usuario establezca expectativas realistas de sí mismo</li> <li>➤ La baja autoestima aumenta el riesgo de conductas no saludables (Mcgee y Williams, 2000)</li> <li>➤ El proceso de identificación con su propia cultura se identifica como un mecanismo de afrontamiento que puede proteger al individuo del aumento de la ansiedad ante la muerte (Tomer y Eliason, 1996).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.</li> <li>➤ Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</li> <li>➤ Ayudar al paciente a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima.</li> <li>➤ Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar los puntos fuertes y los logros contrarresta la negatividad penetrante.</li> </ul>
--	---

**DOMINIO:** 8 SEXUALIDAD

**CLASE:** 2 Función sexual

**CÓDIGO DE DX:** 00065 Patrón sexual ineficaz

**Definición.-** Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

**Diagnóstico de Enfermería.-** Patrón sexual ineficaz relacionado con falta de intimidad, manifestado por preocupación de contagiar el virus del VHI a la pareja.

**CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)**

RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS) <b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV) <b>Clase:</b> Control del riesgo y seguridad (T) <b>Código:</b> (1905)	<b>190505</b> Desarrolla estrategias efectivas para reducir la exposición a ETS	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado	3	4
	<b>190510</b> Utiliza métodos para controlar la transmisión de ET5	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado	3	4
	<b>190516</b> Lo comunica a la pareja en caso de infección de ETS	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado	3	5

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>CLASE:</b>	O Terapia conductual	<b>CAMPO:</b>	3. Conductual/ Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	
<p><b>4356 Manejo de la conducta: sexual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Discutir con el paciente las consecuencias de la conducta sexual socialmente inaceptable y de las manifestaciones verbales de la misma.</li> <li>➤ Comentar el impacto negativo que puede tener sobre los demás la conducta sexual socialmente inaceptable.</li> <li>➤ Asignar al paciente una habitación privada si ha sido valorado como de alto riesgo de conducta sexual socialmente inaceptable.</li> <li>➤ Proporcionar un nivel adecuado de supervisión /vigilancia para controlar al paciente.</li> <li>➤ Practicar un enfoque tranquilo, concreto, al responder a las observaciones y conductas sexuales socialmente</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valorar con cuidado la sexualidad del usuario (Silenzio, 2003)</li> <li>➤ Comentar aspectos sobre la actividad sexual debería ser una parte de las instrucciones estándar que se dan a los pacientes. (Rogers, 2003)</li> <li>➤ Deberían hacerse intentos para dar formación sobre VIH más relevante para las personas de manera que usen la información que tienen que tomar decisiones sobre la conducta sexual más segura (Hoppe et al, 2004)</li> <li>➤ La necesidad de una educación sexual actual, precisa y global está presente en todas las culturas y en todos los niveles socioeconómicos. La educación sexual permite que el individuo tome decisiones más adecuadas respecto a su salud interpersonal</li> </ul>	



<p>inaceptables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Discutir con el paciente la razón de que la conducta / manifestación verbal sexual sea inaceptable.</li> <li>➤ Proporcionar educación sexual. correspondiente al nivel de desarrollo</li> </ul>	<p>y sexual. (Getch et al, 2001)</p>
---	--------------------------------------

<p><b>DOMINIO:</b> 6 AUTOPERCEPCIÓN</p> <p><b>CLASE:</b> 1 Auto concepto</p> <p><b>CÓDIGO DE DX:</b> 00124 Desesperanza</p>
<p><b>Definición.-</b> Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.</p> <p><b>Diagnóstico de Enfermería.-</b> Desesperanza relacionado con miedo a la muerte, manifestado por disminución de las emociones, y necesidad de acercamiento a Dios</p>

<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>				
<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
			<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
Deseo de vivir <b>Dominio: Salud</b> <b>psicosocial (111)</b> <b>Clase: Bienestar</b> psicológico (M) <b>Código: (1206)</b>	<b>120602</b> Expresión de esperanza	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>1</b>	<b>3</b>
	<b>120603</b> Expresión de optimismo	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>1</b>	<b>3</b>
	<b>120609</b> Utiliza estrategias para mejorar la salud	1.- Gravemente comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido	<b>2</b>	<b>4</b>

Nivel de depresión <b>Dominio:</b> Salud <b>psicosocial (111)</b> <b>Clase:</b> Bienestar psicosocial (M) <b>Código: (1208)</b>	<b>2 0 814</b> Tristeza	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	<b>1</b>	<b>4</b>
	<b>120815</b> Crisis de llanto	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	<b>2</b>	<b>4</b>

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			
<b>CLASE:</b>	R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	<b>CAMPO:</b>	3. Conductual/Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	

<p><b>5310 Dar esperanza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ayudar al paciente / familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.</li> <li>➤ Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente.</li> <li>➤ Evitar disfrazar la verdad.</li> <li>➤ Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.</li> <li>➤ Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.</li> <li>➤ Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuando los individuos experimentan los efectos de los eventos vitales o la enfermedad, pueden cambiar sus definiciones de esperanza. Es importante que la enfermera tenga claro lo que contiene la definición del usuario en ese momento. Esta intervención debe producirse con cada encuentro (Kylma, Vehvilainen-Julkunen y Lanhdevirta, 2001)</li> <li>➤ Emplear el conocimiento enfermero junto con la experiencia del usuario dentro del contexto de una relación de apoyo estimula el desarrollo de posibilidades (Kylma, Vehvilainen-Julkunen y Lahdevirta, 2001)</li> <li>➤ La esperanza se construye al explorar con ella (enfermera) las posibilidades de su vida (Wang, 2000)</li> <li>➤ El apoyo familiar es una variable significativa relacionada con la esperanza (Ehrenberger et al, 2002).</li> </ul>
---	---

<p><b>5420 Apoyo espiritual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.</li> <li>➤ Tratar al individuo con dignidad y respeto.</li> <li>➤ Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.</li> <li>➤ Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.</li> <li>➤ Fomentar la participación en grupos de apoyo.</li> <li>➤ Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La espiritualidad constituyó un factor significativo en la calidad de vida de mujeres con cáncer (Ferrell, 2003).</li> <li>➤ La comunicación de la enfermera para el cuidado del usuario facilita el movimiento en dirección a la esperanza (Collins, 2003)</li> <li>➤ Las relaciones sociales alientan la esperanza (Duggleby, 2001)</li> <li>➤ Un entorno seguro proporciona confianza al usuario.</li> <li>➤ Los grupos de apoyo proporcionan validación de sentimientos, información, y la oportunidad de compartir estrategias creativas entre los participantes (Fung y Chien, 2002)</li> </ul>
<p><b>5424 Facilitar la práctica religiosa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fomentar el uso y la participación en cualquier práctica religiosa que no perjudique la salud.</li> <li>➤ Fomentar la discusión sobre intereses religiosos.</li> <li>➤ Escuchar y desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las creencias espirituales que se practiquen dentro de un marco positivo facilitarían la esperanza (Duggleby), 2001.</li> <li>➤ Los afroamericanos y latinos pueden identificar la espiritualidad, la religiosidad, la plegaria y los enfoques basados en la religión como recursos de afrontamiento (Samuel-Hodge et al, 2000; Bourjolly, 1998; Mapp y Hudson, 1997).</li> </ul>

**DOMINIO:** 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

**CLASE:** 2 Gestión de la salud

**CÓDIGO DE DX:** 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud

**Definición.-** Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

**Diagnóstico de Enfermería.-** Mantenimiento ineficaz de la salud relacionada con el déficit de conocimientos, manifestado por falta de interés por la salud, falta de conocimiento de la enfermedad, reservado por su patología.

**CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)**

RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
Conducta de búsqueda de la salud <b>Dominio:</b> Conocimiento y conducto de salud (IV) <b>Clase:</b> Conducta de salud (Q)	<b>160301</b> Hace preguntas cuando es necesario	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado	<b>1</b>	<b>4</b>

<b>Código:</b> (1603)	<b>160307</b> Sigue las estrategias desarrolladas por sí mismo para eliminarla conducta insana	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado	<b>2</b>	<b>4</b>
	<b>160309</b> Busca información actual relacionada con la salud	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado	<b>2</b>	<b>4</b>
Conocimiento: régimen terapéutico <b>Dominio:</b> Conocimiento y conducto de salud (IV) <b>Clase:</b> Conocimientos sobre salud (S)	<b>181310</b> Descripción del proceso de la enfermedad	1.- Ninguno 2.- Escaso 3.- Moderado 4.- Sustancial 5.- Extenso	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Código:</b> (1813)	<b>181307</b> Descripción de la actividad prescrita	1.- Ninguno 2.- Escaso 3.- Moderado	<b>2</b>	<b>4</b>

		4.- Sustancial 5.- Extenso		
	<b>181316</b> Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad	1.- Ninguno 2.- Escaso 3.- Moderado 4.- Sustancial 5.- Extenso	<b>2</b>	<b>5</b>

#### CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

<b>CLASE:</b>	S Educación de los pacientes	<b>CAMPO:</b>	3. Conductual/Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida
---------------	------------------------------	---------------	---

#### INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<b>5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</b> ➤ Establecer una buena relación enfermera-usuario. ➤ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. ➤ Proporcionar información al paciente acerca de la	➤ Una buena relación enfermera-usuario es esencial para lograr satisfacer las necesidades clínicas, psicológicas y sociales del usuario, y para optimizar en tratamiento en los usuarios. En este contexto la importancia de la educación del usuario para mejorar su conformidad desempeño un rol vital (Jenkins et al, 2002)



<p>enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología/ según cada caso.</li> <li>➤ Identificar las etiologías posibles.</li> <li>➤ Proporcionar información a la familia / ser querido acerca de los progresos del paciente</li> <li>➤ Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.</li> <li>➤ Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Al evaluar el nivel de conocimientos se debe tener en cuenta que los usuarios con un bajo nivel cultural, los materiales de aprendizaje deben ser cortos y tener ilustraciones culturalmente adecuadas (Mayeaux et al, 1996).</li> <li>➤ El conocimiento de la enfermedad es un factor que contribuye de forma significativa a que el usuario tome una actitud para la promoción y prevención de la salud (Pender Murdaugh y Parsons, 2002)</li> <li>➤ Deben realizarse mayores esfuerzos tanto para mejorar los cuidados preventivos de salud como para aumentar las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas (Nolan, 2001).</li> <li>➤ El conocimiento y conciencia de la trayectoria de la enfermedad permite a la persona la planificación del manejo futuro de los regímenes terapéuticos (Corbin, 1998; Lubkin y Larsen, 2002 )</li> </ul>
<p><b>5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar al paciente / ser querido acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento / tratamiento.</li> <li>➤ Informar al paciente/ ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/ tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El seguimiento del tratamiento entre personas con trastornos crónicos constituye un problema significativo; la mitad de los usuarios presentan problemas a la hora de seguir su régimen de tratamiento (Dunbar-Jaob et al, 2000).</li> <li>➤ La relación entre el usuario y el proveedor es muy importante</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar al paciente y ser querido sobre la persona que realizará el procedimiento /tratamiento.</li> <li>➤ Explicar el propósito del procedimiento / tratamiento.</li> <li>➤ Describir las actividades del procedimiento / tratamiento.</li> <li>➤ Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.</li> <li>➤ Determinar las expectativas del procedimiento/ tratamiento por parte del paciente.</li> <li>➤ Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</li> <li>➤ Incluir a la familia/ ser querido</li> </ul>	<p>para incrementar el comportamiento de cumplimiento (Russell, Krantz y Neville, 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El conocimiento es poder y con él aumenta el control; cuanto más control tenga el usuario, más probable será que cumpla con el régimen prescrito.</li> <li>➤ El seguimiento del tratamiento médico está influido por las creencias sanitarias, las practicas sanitarias, la enfermedad específica, la estructura temporal del tratamiento, el régimen de la medicación y el estado cognitivo-afectivo, la visión de del mundo (Barron et al, 2004)</li> <li>➤ Enseñar al usuario y a la familia acerca de todos los aspectos del régimen terapéutico, proveyendo tantos conocimientos como el usuario y la familia puedan recibir, de una manera culturalmente congruente.</li> </ul>
---	---

Autor: Ana Fernanda Sangoquiza Chusín  
Fuente: Instrumento Estructurado

## V. CONCLUSIONES

- Como resultado del análisis de caso propuesto, es posible concluir que los principales factores que causaron la aparición de Tuberculosis miliar más Co-infección VIH fueron el clima donde se domicilia, el ambiente del trabajo, relaciones sexuales sin protección y estilo de vida, por lo que se pudo realizar este trabajo de forma satisfactoria teniendo en cuenta que el mismo contribuye a mejorar la calidad de vida de esta persona.
- Se pudo constatar la gestión y vigilancia por parte del personal de enfermería en cuanto al tipo de tratamiento en este tipo de pacientes ya que requiere de seguimiento y sobretodo de cumplimiento de protocolos ya establecidos para poder controlar esta patología, el mismo que se administró de forma responsable en las unidades de salud con las que el paciente tuvo contacto.
- El proceso de atención de Enfermería es una herramienta importante por lo que para realizarlo es necesario aplicar una correcta valoración de todas y cada una de las necesidades del paciente, y gracias a esto se puede decir con certeza que el paciente se ha recuperado de forma satisfactoria y ha terminado el tratamiento antifímico de forma positiva, aunque continua con el tratamiento antirretroviral, el mismo que lo lleva con responsabilidad y empeño, lo que permite que pueda desenvolverse en la sociedad como un ser igual a los demás.
- Considero que el realizar un análisis de caso clínico, es una forma que permite englobar y conocer una serie de procedimientos acorde a la patología que se presente, a la vez que nos enriquecen de conocimientos amplios y de la misma manera nos fortalecen como seres humanos, por esto recomiendo que todo el personal de salud debería realizar más estudios de caso de diferentes patologías, ya que nos serán útiles a lo largo de nuestra vida profesional.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- Aceley, B. (2007). *Manual de Diagnosticos 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 Interamericana.
- Herdman, H. (2010). → *Nanda Internacional: Diagnosticos Enfermeros (2010). Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona-España: Elsevier.
- 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.

### LINKOGRAFÍA

- Campoverde, M. (2015). *Ecuador continua 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>
- 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>
- Whashington, D. (2014). *La OPS/OMS urge intensificar acciones para detectar y tratar a los personas coinfectadas con Tuberculosis y VIH en las Americas*. 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](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)
- Yanez, J. C. (2015). *Identificación de las características clinico-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.

#### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS-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>

- **SCOPUS:** García, R. (2015). [Tuberculosis miliar: La reemergencia de enfermedades y la falta de sospecha clínica]. Recuperado el 3 de Septiembre del 2015, de <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84938075185&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=tuberculosis+miliar+&st2=&sid=4F0B7F82B5D4EB971D91AA8926F02F74.euC1gMODexYIPkQec4u1Q%3a30&sot=b&sdt=b&sl=35&s=TITLE-ABS-KEY%28tuberculosis+miliar+%29&relpos=1&relpos=1&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28tuberculosis+miliar+%29>
- **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=plf-f&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>
- **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>

## VII. ANEXOS

### ENTREVISTA BASADA EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON (Anexo 1)

**Tabla 7 Entrevista Estructurada**

<b>1.- NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Tiene dificultad para respirar?	Si
¿Cuándo realiza alguna actividad siente agitación o sensación que le falta el aire?	Si, a veces siento que no puedo respirar bien
¿Se le ponen los labios morados o de otra coloración?	Si, cuando me da tos
¿La tos que usted presenta es más frecuente al acostarse, levantarse, o durante el día?	Por las noches es más fuerte
¿Cómo son las secreciones que usted elimina?	Al inicio eran con sangre, pero ya se van haciendo como blancas
<b>2.- NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Cómo considera usted que es su alimentación diaria?	Si es buena
¿Cuántas veces al día come usted?	Cuando siento hambre 3 veces
¿Tiene apetito?	Por lo general no me da ganas de comer
¿Considera usted que ha perdido peso en los últimos meses?	Si, bastante pero ya siento que estoy recuperándome
¿Ha tenido vómitos antes o después de las comidas?	No

<b>3.- NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Cuántas veces va al baño en día y en la noche?	En el día hago 1 deposición y en la noche 2 micciones
¿Cuándo usted realiza la deposición, que características tienen las heces?	Algunas veces hago diarrea
¿En caso de presentar diarreas están son frecuentes?	A veces
¿Presenta usted algún tipo de molestia al realizar la deposición y la micción?	No
Usted, ¿suda mucho?	Si, en la noche
¿Ha tenido vómitos en los últimos meses?	No
<b>4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Realiza usted algún tipo de actividad física?	Cuando estoy en la casa salgo a caminar
¿Realiza caminatas cortas en el día?	Si
¿Necesita ayuda para realizar alguna actividad por el motivo de su discapacidad?	No
¿Qué tipo de actividad le resulta más difícil poder realizar?	Correr o subir rápido las gradas
¿Cuándo realiza algún tipo de actividad por más mínima que esta sea, siente que se cansa?	A veces si
<b>5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>



¿Puede dormir tranquilamente durante la noche?	A veces tengo pesadillas
¿Cuántas horas duerme usted?	6 horas porque me despierto con dolor de pecho o por la tos
¿Cuándo usted se encuentra en sus horas de descanso, siente alguna preocupación que haga que interrumpa su sueño?	Si, pienso mucho en mis hijos más en los pequeños en el futuro de ellos y también en que puedo recaer con mi enfermedad
¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?	Si, algunas veces
¿Toma algún medicamento para poder dormir?	No

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

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Se siente cómodo con las prendas de vestir que utiliza a diario?	Si
¿Tiene dificultad al momento de vestirse o desvestirse?	Un poco pero lo hago solo
¿Usted se viste solo o requiere de ayuda?	Lo hago solo

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

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Ha presentado fiebre en los últimos meses?	Si
¿Qué hace cuando usted tiene fiebre?	Me baño en agua tibia y si no me pasa me voy al subcentro de salud
¿La fiebre se acompaña de escalofríos?	Si

<b>8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Cuántas veces a la semana se baña?	1 vez
¿Cuántas veces al día se lava los dientes?	A veces no mas
¿Siente resequedad en la boca?	Si
¿Puede realizar su aseo personal usted solo?	Si
<b>9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Cómo considera usted que es su estado anímico durante el día?	Bueno
¿Mantiene una buena relación de amistad con sus vecinos, amigos y allegados?	Si
¿Cómo considera usted que es su carácter y comportamiento?	Bueno
¿Qué tanto conoce usted sobre su enfermedad?	Me han dicho que debo cuidarme y recibir tratamiento
¿Con que frecuencia acude usted al subcentro de salud u hospital?	Todos los días que me llaman en el subcentro a tomar las pastillas
¿Toma su medicación a diario?	Si
Con respecto a su salud ¿Siente que se encuentra mejor con el tratamiento recibido hasta hoy?	Sí, me siento mejor, pero si hay días que siento molestias
¿Cuándo usted estornuda o tose se cubre para hacerlo?	Si

¿Tiene usted algún tipo de alergia?	No
Ha presentado dolor de cabeza?	Si
¿Presenta algún otro tipo de dolor? Especifique	Si, el de la garganta que hasta no puedo comer, y el pecho y espalda
¿Tiene el hábito de fumar o tomar?	No
¿Cuántas veces ha sido hospitalizado?	Una vez
¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica de importancia?	No
<b>10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Qué tan buena es la comunicación con sus familiares?	Si es buena
¿Cuándo usted se agrava con su enfermedad comunica a alguien de sus familiares?	Si a mi hija que es la que está más al pendiente
¿Con quién vive usted?	Ahorita estoy viviendo con mi hija el esposo y mis 2 nietos
¿Los miembros de su familia conocen de su enfermedad?	Si
¿Sabían cómo deben prevenir la aparición de esta enfermedad?	Si, nos indicaron que debemos vivir con aseo, que yo debo usar mascarilla y estornudar con precaución
¿Considera usted que la salud es importante?	Si
¿Cómo considera usted que es su estabilidad económica en el hogar?	Ahorita no muy buena porque deje el trabajo por mi enfermedad
¿Utiliza algún tipo de método	Por ahora no tengo intimidad

anticonceptivo con su pareja?	
<b>11.- NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Cómo considera que es su salud?	Hay veces que siento que estoy mejor pero en otras me decaigo, pero si siento que estoy mejorando
¿Qué valores practica usted en su familia?	Todos los que he aprendido, más la humildad, el respeto
¿Cree usted que es importante practicar los valores humanos?	Si
¿Qué tan creyente de su religión es?	Soy católico, y con mi enfermedad me he acercado mas Dios
¿Qué creencia tiene usted sobre la salud?	La salud y la vida es lo primero
¿Qué concepto tiene usted sobre la muerte?	Que es inevitable y que tarde o temprano todos tenemos que morir pero que mientras estoy vivo hay que seguir adelante
<b>12.- NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿En qué trabaja u ocupa su tiempo libre?	Paso en mi casa
¿Qué actividad es la que más le gusta hacer?	Ninguna, quisiera volver a trabajar
¿Se ha sentido estresado, cansado, agobiado?	Un poco cansado
¿Considera usted que los valores morales son importantes en la familia?	Si

¿Qué le hace falta para ser feliz?	Recuperar por completo mi salud para regresar a trabajar como antes
<b>13.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Se ha sentido aburrido cuando realiza alguna actividad?	No
¿Ha tenido la ilusión de realizar alguna actividad pero no pudo hacerlo? ¿Qué? Y ¿Por qué?	No
¿Cuándo no puede realizar una actividad como se siente?	Mal
<b>14.- NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES</b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Hasta qué año estudio?	La primaria
¿Conoce usted su plan de tratamiento?	Me van indicando en el subcentro de salud y en el hospital en Quito
¿Usted acude al subcentro de salud por sus medicamentos?	Si
¿Ha recibido educación sobre su enfermedad que incluya, tratamiento, cuidados, medidas de prevención entre otras?	Si me indican los doctores
¿Le han visitado los médicos o enfermeras del subcentro de salud en su casa?	Si
¿Algo que le gustaría aprender o conocer?	No

Autor: Ana Fernanda Sangoquiza Chusín  
Fuente: Base de Datos

**Tabla 8 ESCALA DE DISNEA -MRC MODIFICADA**

<b>GRADO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
<b>3</b>	<b>La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano.</b>
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.

Fuente: Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio (SEPAR); Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ); Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC)

### Interpretación

No tiene puntos de corte. A mayor grado, menor tolerancia a la actividad debido a la disnea.

**Tabla 9 EVALUACIÓN ESTADO NUTRICIONAL -MINI NUTRICIONAL ASSESSMENT "MNA".**

<b>PUNTUACION SEGÚN RESPUESTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	2	0
Tomo menos de dos comidas al día	3	0
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2	0
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2	0
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4	0
Como solo la mayoría de las veces	1	0
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1	0
Sin quererlo, he perdido o ganado 5kg de peso en los últimos seis meses	2	0
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2	0
<b>PUNTUACION TOTAL</b>	9	

Fuente: Guigoz Y, Vellas BJ.

**Su interpretación se hace conforme a los puntos de corte:**

- 0 a 2: Bueno.
- 3 a 5: Riesgo nutricional moderado.
- 6 o más: Riesgo nutricional alto.

**Tabla 10 VALORES DE ACUERDO AL INDICE DE MASA CORPORAL**

Clasificación internacional (de la OMS: Organización Mundial de la Salud) del estado nutricional (infrapeso, sobrepeso y obesidad) de acuerdo con el IMC (índice de masa corporal).

CLASIFICACIÓN	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	
	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	<b>17,00 - 18,49</b>	<b>17,00 - 18,49</b>
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)



Tabla 11 ÍNDICE DE BARTHEL

<b>COMER</b>
<p><b>10 INDEPENDIENTE</b> Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona</p> <p>5 <b>NECESITA AYUDA</b> para comer la carne o e pan, pero es capaz de comer por el solo</p> <p>0 <b>DEPENDIENTE.</b> sita ser alimentado por otra persona</p>
<b>VESTIRSE</b>
<p><b>10 INDEPENDIENTE</b> es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda</p> <p>5 <b>NECESITA AYUDA</b> realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable</p> <p>0 <b>DEPENDIENTE</b></p>
<b>ARREGLARSE</b>
<p><b>5 INDEPENDIENTE</b> realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona</p> <p>0 <b>DEPENDIENTE</b> necesita alguna ayuda</p>
<b>DEPOSICION</b>
<p><b>10CONTINENTE</b> Ningún episodio de incontinencia</p> <p>5 <b>ACCIDENTE OCASIONAL</b> Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.</p> <p>0 <b>INCONTINENTE</b></p>
<b>MICCION</b> (Valorar la situación en la semana anterior)

**10** CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo

5 ACCIDENTE OCASIONAL Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos

0 INCONTINENTE

#### **IR AL RETRETE**

**10** INDEPENDIENTE Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona

5 NECESITA AYUDA capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.

0 DEPENDIENTE incapaz de manejarse sin ayuda

#### **TRASLADO SILLON-CAMA (Transferencia)**

**15** INDEPENDIENTE no precisa ayuda

10 MINIMA AYUDA incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física

5 GRAN AYUDA precisa de ayuda de una persona fuerte o entrenada

0 DEPENDIENTE necesita guía o alzamiento por dos persona, incapaz de permanecer sentado

#### **DEAMBULACION**

**15** INDEPENDIENTE puede andar 50metros o su equivalente pr casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas, bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo

10 NECESITA AYUDA necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador

5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No quiere ayuda ni supervisión

0 DEPENDIENTE

#### **SUBIR Y BAJAR ESCALERAS**

**10 INDEPENDIENTE** capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra

persona

**5 NECESITA AYUDA**

**0 DEPENDIENTE** incapaz de salvar escalones

Puntuación total 95

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.

**Tabla 12 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
<b>4</b>	<b>Término medio</b>
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido 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	<b>3</b>	4	5
52.2	Permanecer dormido	1	2	<b>3</b>	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	<b>4</b>	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	<b>2</b>	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	<b>3</b>	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
<b>4</b>	<b>46-60 minutos</b>

5	Más de 60 minutos
---	-------------------

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

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
<b>4</b>	<b>3 veces</b>
5	Más de 3 veces

Si normalmente se despertó Ud, piensa que se debe a.....(información clínica)

**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
<b>4</b>	<b>Entre 1 y 2 horas</b>
5	Más de 2 horas antes

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

1	91-100 %
2	81-90%
<b>3</b>	<b>71-80%</b>
4	61-70%

5	60% o menos
---	-------------

7. ¿Cuántos días a la semana ha 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
<b>4</b>	<b>4-5 días /semana</b>
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
<b>3</b>	<b>3 días /semana</b>
4	4-5 días /semana
5	6-7 días /semana

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

1	Ningún día
2	1-2 días /semana
<b>3</b>	<b>3 días /semana</b>
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)	Movimiento 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
Satisfaccion subjetiva del sueño	Item 1	4
Insomnio	Items 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	31
Hiperinsomnio	Items 2-5, 8, 9	9
Puntuacion total		44

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño.

## Interpretación

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 hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

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



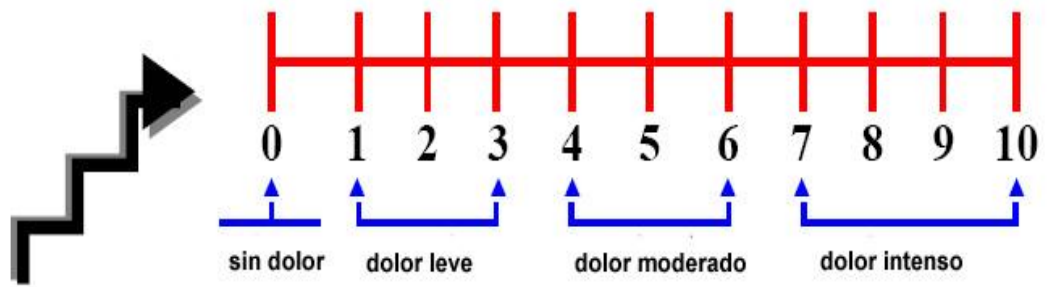
**Tabla 13 VALORES DE LA TEMPERATURA**

<b>CATEGORIA</b>	<b>VALOR</b>
Hiperexia o hipertermia	41°C
<b>Febril</b>	<b>Tiene fiebre 38°C</b>
Afebril	No tiene fiebre 37°C
Hipotermia	35.5°C
Febrícula	37.5°C

Fuente: E.U.Daphne Fuentes Castillo

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

**ESCALA DEL DOLOR**



Puntuación de 5 lo cual indica dolor moderado

**Tabla 14 ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG**

<b>Subescala de depresion</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿se ha sentido con poca energia?	<b>X</b>	
2. ¿ha perdido ud el interes por las cosas?	<b>X</b>	
3. ¿ha perdido la confianza en si mismo?		<b>X</b>
4. ¿se ha sentido usted desesperado, sin esperanzas?	<b>X</b>	
<b>Subtotal</b> (si hay dos o mas respuestas afirmativas, continuar preguntando)	3	
5. ¿ha tenido dificultades para concentrarse?	<b>X</b>	
6. ¿ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<b>X</b>	
7. ¿se ha estado despertando demasiado temprano?	<b>X</b>	
8. ¿se ha sentido usted enlentecido?		<b>X</b>
9. ¿cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<b>X</b>	
<b>Total depresión</b>	4	

Fuente: On the Threshold of Eternity. Vincent van Gogh. (1853-1890)

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

**Tabla 15 CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR. PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR.**

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia

<b>Preguntas</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Algunas Veces</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?				<b>3</b>	
Me satisface como mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas			<b>2</b>		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades				<b>3</b>	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.			<b>2</b>		
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. En el tiempo					<b>4</b>
2. Los espacios en casa				<b>3</b>	
3. El dinero			<b>2</b>		
¿Usted tiene un amigo/a cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?		<b>1</b>			

Estoy satisfecho/a con el soporte que recibo de mis amigos (as)		1			
PUNTUACION TOTAL	21 PUNTOS				

Fuente: Miguel. Suarez Cuba

Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3. Casi siempre 4: 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

**Tabla 16 CUESTIONARIO DUKE -UNC-**

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

<b>PREGUNTA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares			X		
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa				X	
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo			X		
4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede.					X
5. Recibo amor y afecto					X
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					X
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.				X	
8. Tengo la posibilidad de hablar con					

alguien de mis problemas económicos.		X			
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	X				
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida			X		
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en casa				X	

Fuente: Rodríguez .A. y Colds

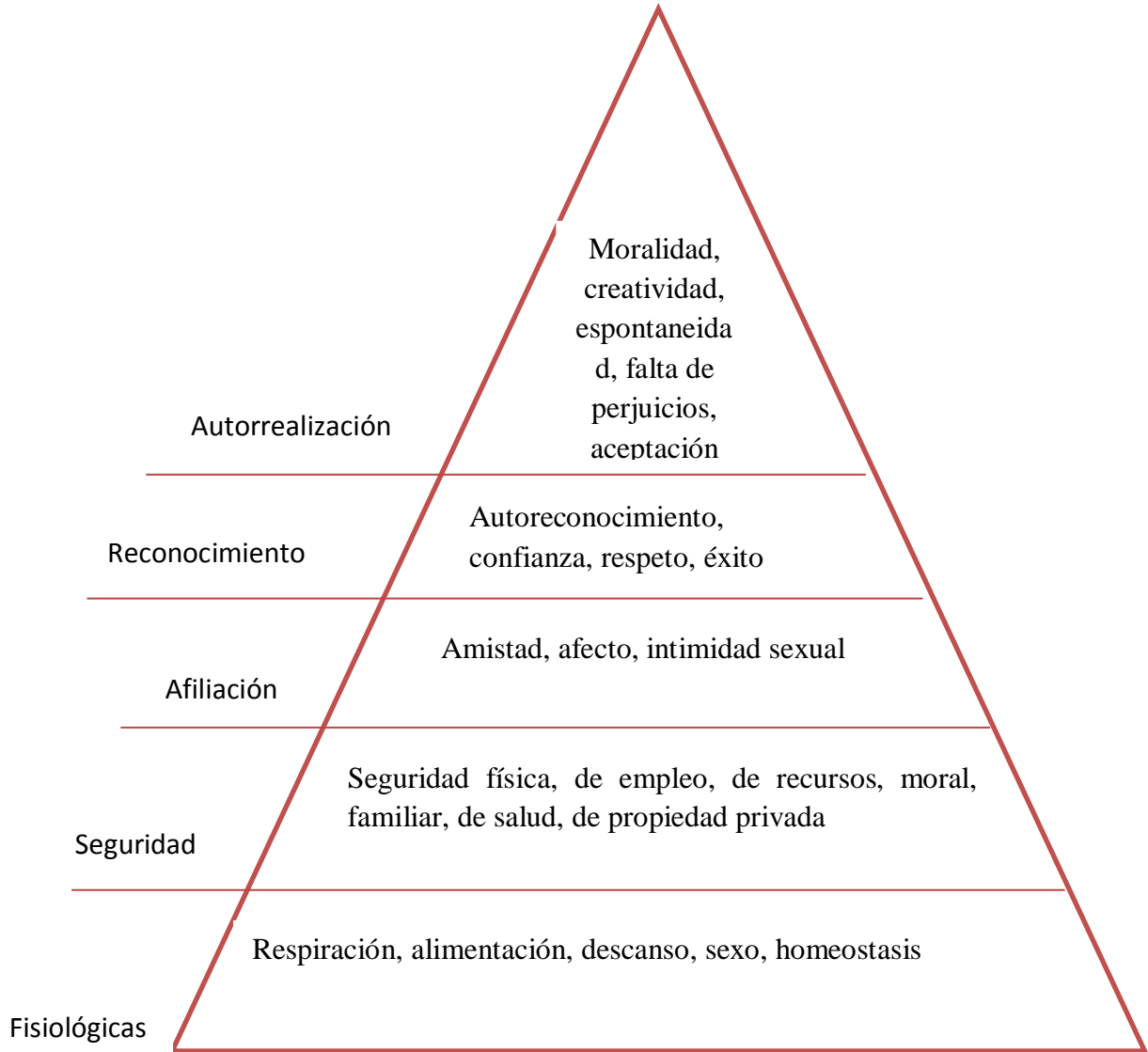
#### PUNTUACION DE 39

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

## PIRÁMIDE DE MASLOW

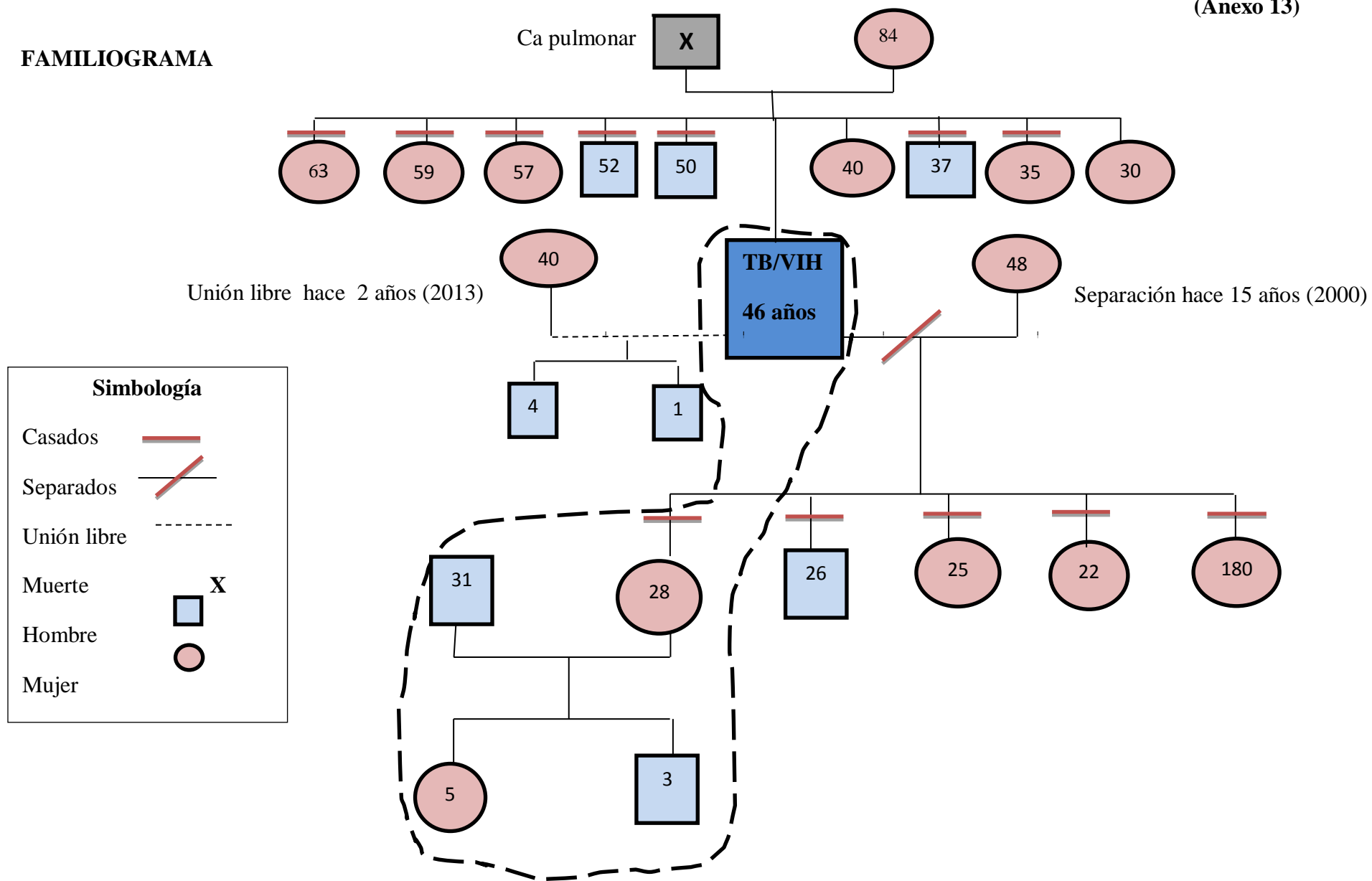
(Anexo 12)

### JERARQUÍA DE NECESIDADES



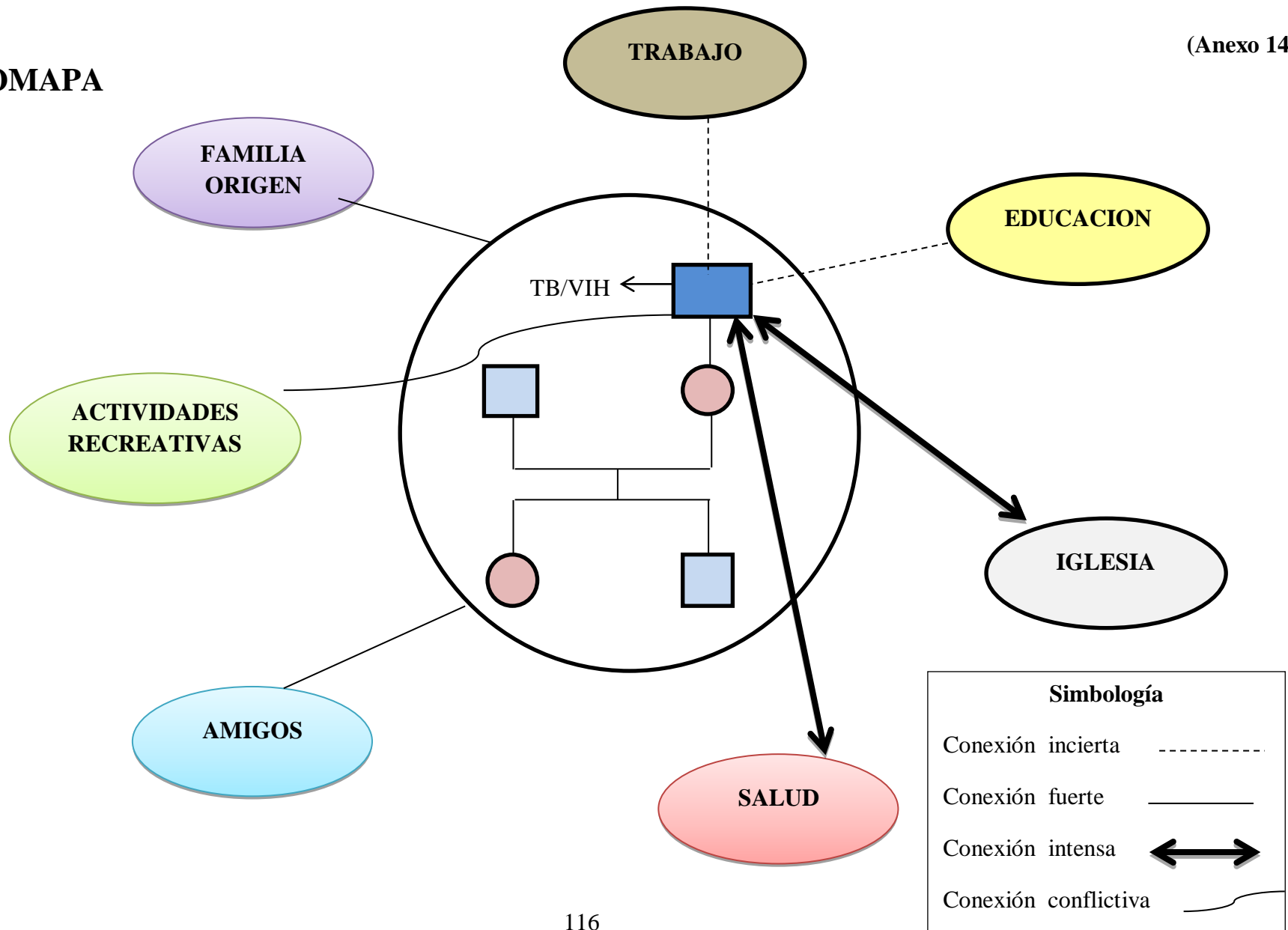


FAMILIOGRAMA



# ECOMAPA

(Anexo 14)





Se visitó al paciente en su domicilio con el fin de dialogar, explicar y pedir su consentimiento para poder realizar este análisis de caso.



Se realizó la entrevista con el paciente con el fin de encontrar toda la información necesaria, fomentar confianza, brindarle ayuda, proporcionar información y sobretodo motivar a continuar con su tratamiento para alcanzar su completa recuperación.



Se visitó a la Lic. Encargada del Subcentro de Salud de Quisapincha para analizar conjuntamente en proceso de tratamiento de la Tuberculosis y por supuesto como ha ido respondiendo el paciente al mismo.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo Manuel Mesías Apúpalo Chimborazo de 46 años de edad, con domicilio en Ambato, parroquia Quisapincha.

DECLARO:

En Ambato a 12 de Mayo del 2015. Que, la estudiante de Décimo semestre de la Carrera de Enfermería, de la Universidad Técnica de Ambato, me ha informado de forma comprensible acerca del estudio de investigación que va a realizar con el tema de: **"INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TUBERCULOSIS MILIAR MÁS CO-INFECCIÓN VIH EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO"**; ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia, sabiendo que lo puedo retirar en cualquier momento.

  
Firma



ENFERMERÍA

## UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

### Facultad de Ciencias de la Salud

Calles Salvador y México – Ingaburo Telefax: 2521134 Ext. 106 E-mail: enfermeriafcs@uta.edu.ec  
Ambato - Ecuador

Oficio: 0758-CE  
Ambato, 12 de agosto de 2015

Doctor  
Hernán Villacís  
**DIRECTOR**  
**CENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA**  
Ciudad

De mi consideración:


Por el presente me permito solicitar a Usted de la manera más comedida autorice a la señorita ANA FERNANDA SANGOQUIZA CHUSÍN de C.C.: 0503793598, estudiante de la Carrera de Enfermería tenga acceso a la Historia Clínica Nro. 21364 de un paciente que está asistiendo al Centro de su acertada Dirección por consulta externa, con el fin realizar el Análisis del Caso Clínico "Intervenciones de Enfermería en Tuberculosis Miliar más Co-Infección VIH en Relación a la Calidad de Vida en Paciente con Discapacidad Física de Miembro Superior Izquierdo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato" como modalidad de Trabajo de Graduación.

Con el sentimiento de la más alta consideración y estima.

Atentamente,

  
Lcda. Mg. Miriam Fernández Nieto  
**COORDINADORA DE CARRERA**



Elaborado por:	Soraya R.	12/08/2015	
Revisado por:	MFN		
Aprobado por:	MFN	17 AGO 2015	

Ambato 12 de Mayo del 2015

Doctor

Hernán Villacís

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD DE QUISAPINCHA**

Presente.-

De mi consideración:

Por medio del presente oficio le solicito de la manera más atenta me facilite la revisión de la historia clínica con número 21364 que se encuentran reposando en el área de estadística del centro de salud que usted muy honradamente dirige, por motivo de encontrarme realizando un análisis de caso como modalidad de graduación.

Por la amable atención que tenga a la presente anticipo mi más sinceros agradecimiento.

  
Fernanda Sangoquiza

Fernanda Sangoquiza

CC.0503793598



**ESTUDIANTE DE DECIMO SEMESTRE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE  
LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**



ENFERMERÍA

## UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

### Facultad de Ciencias de la Salud

Calles Salvador y México – Ingahurco Telefón: 2521134 Ext. 106 E-mail: enfermeriafcs@uta.edu.ec  
Ambato - Ecuador

Oficio: 0757-CE  
Ambato, 12 de agosto de 2015

Doctor Mg.  
Galo Vinuesa Aguay  
**DIRECTOR**  
**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**  
Ciudad

De mi consideración:



Por el presente me permito solicitar a Usted de la manera más comedida autorice a la señorita ANA FERNANDA SANGOQUIZA CHUSÍN de C.C.: 0503793598, estudiante de la Carrera de Enfermería tenga acceso a la Historia Clínica Nro. 404970 de un paciente que está asistiendo al hospital de su acertada Dirección por consulta externa, con el fin realizar el Análisis del Caso Clínico "Intervenciones de Enfermería en Tuberculosis Miliar más Co-Infección VIH en Relación a la Calidad de Vida en Paciente con Discapacidad Física de Miembro Superior Izquierdo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato" como modalidad de Trabajo de Graduación.

Con el sentimiento de la más alta consideración y estima.

Atentamente,

  
Lcda. Mg. Miriam Fernández Nieto  
**COORDINADORA DE CARRERA**



Elaborado por:	Soraya R.	12/08/2015	
Revisado por:	MFN		
Aprobado por:	MFN	12 AGO 2015	



Ambato 12 de Mayo del 2015

Doctor

Galo Vinuesa

**DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

Presente.-

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO	
DIRECCIÓN MÉDICA	
Nº TRAMITE	0670
FECHA	12-05-2015
HORA	10:43
RESPONSABLE	

De mi consideración:

Por medio del presente oficio le solicito de la manera más atenta me facilite la revisión de la historia clínica con número 404970 que se encuentran reposando en el área de estadística del hospital que usted muy honradamente dirige, por motivo de encontrarme realizando un análisis de caso como modalidad de graduación.

Por la amable atención que tenga a la presente anticipo mi más sinceros agradecimiento.

Fernanda Sangoquiza

CC.0503793598

**ESTUDIANTE DE DECIMO SEMESTRE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE  
LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**