



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Licenciada(o) en Enfermería**

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 31 AÑOS CON
TUBERCULOSIS MILIAR**

AUTORA:

GIANELLA ALEJANDRA VERA MOREIRA

TUTORA:

LCDA. ALBAN MENESES CONSUELO, MSc

BABAHOYO- LOS RIOS-ECUADOR

2022

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DE CASO CLINICO.....	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	7
1.2 OBJETIVOS.....	8
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
1.3 DATOS GENERALES	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	10
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.....	10
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	10
2. 3 Examen físico (exploración clínica)	10
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	14
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.....	15
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	16
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	20
2.8 Seguimiento	21
2.9 Observaciones	23
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍAS.....	24
ANEXOS	26

DEDICATORIA

El presente caso clínico se lo dedico con inmenso cariño principalmente a Dios por ser el pilar fundamental en mi vida, quien me supo guiar por el camino del bien, por haberme dado salud, vida y oportunidad para llegar a este día tan especial y anhelado; ha sido El quien me ha dado las fuerzas y sabiduría para continuar con mi proceso educativo.

Dedico también este proyecto a los pilares fundamentales en mi vida como son mis padres y abuelitos quienes formaron parte de todo este proceso y siempre han estado conmigo apoyándome en los buenos y malos momentos en mi vida.

A mis familiares y amigos que me han ayudado y apoyado en todos estos años de carrera a seguir cumpliendo mis sueños, metas y a seguir creciendo como ser humano.

Gianella Alejandra Vera Moreira

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinita y gratamente a mis padres y abuelitos por su paciencia, dedicación y motivación diaria por ser el motor principal para seguir afrontando todas las adversidades y obstáculos en el camino, impulsándome a ser mejor cada día. Ellos son los impulsores de mis metas y sueños; gracias por estar siempre ahí confiar en mí y apoyarme a que logre mi meta más anhelada que es culminar mis estudios universitarios.

No ha sido sencillo todo el proceso, pero gracias al esfuerzo, dedicación y cariño en lo que amas hacer pues no será imposible lograrlo. Gracias a mis docentes que durante todos estos años de la carrera involucraron valores, enseñanzas y admiración durante todo el proceso, les agradezco y hago presente el gran afecto hacia ustedes.

Gianella Alejandra Vera Moreira

TITULO DE CASO CLINICO
PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 31 AÑOS CON
TUBERCULOSIS MILIAR.

RESUMEN

La Tuberculosis Miliar es la forma más temida de la Tuberculosis que se disemina por todo el torrente sanguíneo, a medida que avanza afecta a múltiples órganos hasta provocar el fallecimiento de la persona, mediante nuestro cuidado enfermero brindamos un apoyo emocional al paciente y familiares para sobrellevar lo duro e irreversible del tratamiento y de las consecuencias.

El presente caso clínico se trata de una paciente de sexo femenino de 31 años de edad que ingresa al área de emergencia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, por presentar un cuadro clínico de más o menos 3 semanas de evolución caracterizada por odinofagia, alzas térmicas, vómitos y escalofríos durante varios días antes de su ingreso, dificultad respiratoria, tos seca, e hiporexia, durante su valoración y diagnóstico se determinó la presencia de Tuberculosis Miliar con antecedentes de VIH positivo.

El proceso de atención de enfermería es considerado un método sistemático, científico, lógico, racional y organizado que permite brindar cuidados humanistas eficientes e individualizados con el fin de lograr resultados y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Mediante este proceso de Atención de Enfermería (PAE) se valora a la paciente con Tuberculosis Miliar y se llega a un análisis crítico a través de la valoración cefalo-caudal y la utilización de los patrones funcionales de Marjory Gordon que son de gran utilidad para llegar a nuestro diagnóstico enfermero y realizar las distintas intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades de la paciente.

Palabras claves: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, TUBERCULOSIS MILIAR, VIH, SISTEMA HEMATOLOGICO, SIDA.

ABSTRACT

Miliary Tuberculosis is the most feared form of Tuberculosis that spreads throughout the bloodstream, as it progresses it affects multiple organs until causing the death of the person, through our nursing care we provide emotional support to the patient and family to cope how hard and irreversible the treatment and the consequences are.

The present clinical case is about a 31-year-old female patient who was admitted to the emergency area of the Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, due to presenting a clinical picture of more or less 3 weeks of evolution characterized by odynophagia, fever, vomiting and chills for several days before admission, respiratory distress, dry cough, and hyporexia, during his assessment and diagnosis the presence of Miliary Tuberculosis with a history of positive HIV was determined.

The nursing care process is considered a systematic, scientific, logical, rational and organized method that allows us to provide efficient and individualized humanistic care in order to achieve results and improve the quality of life of our patients.

Through this process of Nursing Care (PAE) the patient with Miliary Tuberculosis is assessed and a critical analysis is reached through the cephalo-caudal assessment and the use of Marjory Gordon's functional patterns that are very useful to reach to our nursing diagnosis and carry out the different nursing interventions according to the needs of the patient.

Keywords: NURSING CARE PROCESS, MILIARY TUBERCULOSIS, HIV, HEMATOLOGY SYSTEM, AIDS.

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) debilita el sistema inmunitario, razón por la cual se incrementa el riesgo de adquirir Tuberculosis Miliar en las personas con VIH y constituye una de las principales causas de defunción en el mundo. Se estima que, en el año 2020, 9,9 millones de personas se enfermaron de tuberculosis en todo el mundo, de las cuales 5,5 millones eran hombres, 3,3 millones de mujeres y 1,1 millones eran niños. Estableciendo que el grupo más propenso a contagiarse es el género masculino. (OMS, 2022).

La tuberculosis miliar es la diseminación generalizada de *Mycobacterium Tuberculosis* a través de la diseminación hematológica, la tuberculosis miliar o diseminada aumenta en los grupos de pacientes con compromiso de la respuesta inmunológica. (Alfonso et al., 2021).

En la actualidad, la tuberculosis sigue siendo un importante problema de salud pública en gran parte del mundo y ocupa el segundo lugar después de la COVID-19 como causa principal de mortalidad por un solo organismo infeccioso. (Nidoi et al., 2021).

En el siguiente estudio clínico se desarrolla utilizando información de datos objetivos y subjetivos del paciente con el objetivo de aplicar un proceso de atención de enfermería con los recursos NANDA, NOC y NIC que permitirá reflejar la realidad del diagnóstico y formular nuevos planteamientos que serán de gran ayuda a los profesionales de enfermería para brindar cuidados relevantes en estos pacientes.

I. MARCO TEORICO

Tuberculosis Miliar

La tuberculosis diseminada se define como la afectación simultánea de al menos dos órganos del cuerpo no contiguos, o la infección de la sangre, la médula ósea o el hígado. El moteado miliar en una radiografía de tórax es el sello clásico que apoya el diagnóstico de tuberculosis miliar. (Vohra & Dhaliwal, 2021).

La tuberculosis miliar es una forma potencialmente mortal de la enfermedad diseminada debido a la diseminación hematogena del bacilo tuberculoso a los pulmones y otros órganos. Da como resultado la formación de focos tuberculosos del tamaño de una semilla de mijo (1 a 2 mm). (Kunal, 2019).

La tuberculosis (TB) miliar resulta de una diseminación linfohematogena masiva de *Mycobacterium tuberculosis* bacilli y se caracteriza por diminutos tubérculos evidentes en la patología macroscópica que se asemejan a semillas de mijo en tamaño y apariencia. (González-Díaz et al., 2021).

Etiología

La tuberculosis es causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. Es contagiosa y se transmite cuando una persona con una infección de tuberculosis activa en el pulmón libera la bacteria en el aire al momento de toser o estornudar, y otra persona lo inhala.

Esta bacteria puede permanecer en el aire durante algunas horas. Cuando la bacteria se encuentra en el cuerpo, pero el sistema inmunológico es lo suficientemente fuerte para poder combatirla, se llama Tuberculosis latente. Con la tuberculosis latente, no presenta síntomas y no es contagioso. Pero si el sistema inmunológico deja de funcionar correctamente, la tuberculosis latente puede convertirse en una tuberculosis activa. La cual si tendrá síntomas y será contagioso. (Del Hoyo et al., 2021).

Tuberculosis Miliar es una bacteria intracelular no formadora de esporas, inmóvil, aeróbica obligada, facultativa, negativa a la catalasa. Es neutro a la tinción

de Gram y se tiñe con la tinción de Ziehl-Neelsen. La presencia de ácidos micólicos en la pared celular les confiere solidez a los ácidos cuando se decoloran con ácido-alcohol y, por lo tanto, se conocen como alcohol y bacilo ácido-resistente.

Epidemiología

Un total de 1,5 millones de personas murieron de tuberculosis en 2020 (entre ellas 214 000 personas con VIH). En todo el mundo, la tuberculosis es la decimotercera causa de muerte y la enfermedad infecciosa más mortífera por detrás de la COVID-19 (por encima del VIH/Sida). (OMS, 2022).

Los patrones epidemiológicos de la tuberculosis miliar se han visto alterados por el uso generalizado de inmunosupresores, agentes biológicos y quimioterapia, además de la creciente prevalencia de diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, alcoholismo, trasplante de órganos, emergencia de la pandemia de VIH/SIDA e Inmigración de países altamente endémicos.

En 2020, los 30 países con una carga elevada de tuberculosis representaron el 86% de los nuevos casos de la enfermedad. Ocho países acaparan los dos tercios del total; encabeza esta lista la India, seguida de China, Indonesia, Filipinas, el Pakistán, Nigeria, Bangladesh y Sudáfrica. (OMS, 2022).

Antes de la llegada de los antibióticos, se pensaba que la tuberculosis miliar era una enfermedad de lactantes y niños. Sin embargo, actualmente, la enfermedad tiene una distribución etaria bimodal, con un pico en adultos jóvenes y adolescentes y el segundo pico en ancianos con una ligera preponderancia masculina. (Vohra & Dhaliwal, 2021).

Patogénesis

La Tuberculosis miliar puede empezar a desarrollarse en el instante de la infección primaria o a su vez más tarde, durante la reactivación de un foco latente.

En lugares donde la Tuberculosis es endémica, con un mayor foco para la transmisión de *Mycobacterium tuberculosis*, la reinfección también, juega un papel

de carácter importante en el desarrollo de la Tuberculosis miliar. La diseminación linfohematógena masiva de *Mycobacterium tuberculosis* desde un foco pulmonar o extrapulmonar y embolización a los lechos vasculares de varios sistemas de órganos resultan en tuberculosis miliar. (Castañeda-Ron & Morales-Solís, 2021).

La tuberculosis miliar se desarrolla durante el curso de la enfermedad primaria (generalización temprana), la enfermedad tiene un inicio agudo y es rápidamente progresiva. Durante la Tuberculosis posprimaria, puede ser rápidamente progresiva (Tuberculosis miliar aguda), episódica o prolongada (Tuberculosis miliar crónica). Ocasionalmente, la descarga de material caseoso de un sitio extrapulmonar puede resultar en Tuberculosis miliar. Si el material caseoso se descarga en la circulación portal. La afectación hepática ocurre inicialmente, con el clásico la afectación pulmonar se hace evidente tardíamente. (Soto & Chambi, 2021).

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis miliar suelen ser subagudas o crónicas; con menos frecuencia, también ocurren presentaciones agudas. Los pacientes con enfermedad subaguda o crónica pueden presentar retraso en el crecimiento, fiebre de origen desconocido y/o disfunción de uno o más sistemas de órganos.

Los sudores nocturnos son frecuentes; los rigores son inusuales. Los sitios extrapulmonares más comunes incluyen el sistema linfático, los huesos y las articulaciones, el hígado, el sistema nervioso central (SNC) y las glándulas suprarrenales. (UpToDate, 2022).

La Tuberculosis miliar aguda puede ser fulminante, incluida la falla del sistema multiorgánico, un síndrome de shock séptico y el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). La Tuberculosis miliar es una causa relativamente rara de insuficiencia respiratoria aguda; un estudio en Sudáfrica (donde la prevalencia de la Tuberculosis Miliar es muy alta) observó que aproximadamente el 2 % de los casos de SDRA estaban asociados con la Tuberculosis diseminada.

Es más probable que el diagnóstico de Tuberculosis se retrase o se pase por alto en pacientes que presentan insuficiencia respiratoria aguda en lugar de síntomas más típicos de Tuberculosis pulmonar o pleural. Los pacientes que desarrollan Tuberculosis miliar durante la infección primaria pueden presentar un inicio relativamente agudo y un curso clínico rápido. (Ver "Manifestaciones clínicas y complicaciones de la tuberculosis pulmonar"). (UpToDate, 2022).

Clasificación

De manera Clínica, existen dos variantes principales de Tuberculosis miliar según el perfil demográfico junto con las características clínicas, a saber: Tuberculosis miliar aguda clásica y Tuberculosis miliar críptica

Tuberculosis miliar aguda

La tuberculosis miliar aguda se observa antes de los 40 años. La mayoría de los pacientes presentan síntomas constitucionales o pueden tener signos y síntomas relacionados con un órgano debido a la naturaleza sistémica de la enfermedad. (Choe et al., 2021).

Tuberculosis miliar críptica

Ocurre principalmente en ancianos mayores de 60 años. La presentación clínica implica la ausencia de fiebre, pérdida de peso progresiva y debilidad general como característica clínica dominante que simula un carcinoma metastásico, junto con hepatoesplenomegalia leve. Los pacientes tienen una radiografía de tórax normal y una prueba cutánea de tuberculina negativa, lo que provoca un retraso en el diagnóstico. (Choe et al., 2021).

Síntomas y Signos

Los pacientes con Tuberculosis miliar clásicamente se presentan con fiebre de duración de varias semanas, anorexia, pérdida de peso, escalofrío, dificultad para respirar, debilidad y tos.

Si el contagio de esta enfermedad llega a afectar la médula ósea, esto podría causar una anemia de manera grave y otras anomalías que se producen en la sangre, lo cual hacen especular en un caso de leucemia.

Si estas bacterias se comienzan a liberar de forma intermitente en la circulación sanguínea a partir de una infección que no ha sido diagnosticada, la persona afectada puede sufrir fiebre intermitente y perder peso de manera progresiva hasta consumirse. (Tuberculosis miliar (TB), 2022).

Complicaciones

Las complicaciones no son infrecuentes en la tuberculosis miliar e incluyen síndromes de “fuga de aire” como neumotórax unilateral/bilateral y neumomediastino. También se sabe que la poliserositis, en forma de afección pleural y pericárdica, complica la tuberculosis miliar. El derrame pleural en la tuberculosis miliar suele ser bilateral, ya que suele ser una poliserositis. Las alteraciones electrolíticas también se observan con frecuencia en pacientes con tuberculosis miliar. (Bustos & Zárate, 2020).

La linfadenopatía es una complicación reconocida de la tuberculosis miliar. Se documentó una extensa linfadenopatía que afecta las regiones cervical, axilar e inguinal con moteado miliar bilateral asociado con derrame pleural, hepatomegalia y ascitis. La hiponatremia es la alteración electrolítica más común y se ha atribuido a Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética.

La hipopotasemia, otra anomalía electrolítica frecuente, se manifiesta con frecuencia como debilidad generalizada, especialmente en los ancianos. La sepsis, el shock séptico y el Síndrome de Dificultad Aguda Respiratoria son algunas complicaciones poco frecuentes pero graves.

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de la Tuberculosis Miliar, se realizan las siguientes pruebas:

- Examen y cultivo de una muestra del área infectada

- Prueba cutánea de tuberculina (prueba de Mantoux)
- Análisis de sangre para detectar la tuberculosis
- Radiografía de tórax

Incluso en el área endémica, el diagnóstico de TB miliar puede ser difícil, ya que los síntomas clínicos son inespecíficos, las radiografías de tórax no siempre revelan los cambios miliares clásicos y las presentaciones atípicas son comunes. Por lo tanto, se requiere un alto índice de sospecha clínica y un enfoque sistemático de las pruebas diagnósticas para establecer el diagnóstico de TB miliar. (Boushab & Basco, 2019).

Tratamiento

En el tratamiento de la tuberculosis miliar se utilizan lo que son antibióticos, corticoesteroides y en algunas ocasiones la intervención quirúrgica.

El uso de un régimen estándar de medicamentos antituberculosos para la tuberculosis pulmonar también es aplicable al tratamiento de la tuberculosis miliar. Según la Organización Mundial de la Salud, un régimen de tratamiento estándar de 6 meses consta de dos meses de tratamiento de fase intensiva con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, y cuatro meses de fase de continuación con isoniazida y rifampicina. La duración mínima generalmente recomendada de la terapia es de nueve meses para la Tuberculosis esquelética y de 12 meses para la Tuberculosis Miliar. (Bustos & Zárate, 2020).

1.1 JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis (TB) miliar es un grave problema de salud que va en aumento, se da principalmente en pacientes que tiene antecedentes de VIH, a continuación, se detalla estadísticas relevantes sobre esta patología.

En 2020, las estadísticas de tuberculosis muestran que hubo un total estimado de 1,5 millones de muertes relacionadas con la tuberculosis, 1,3 millones entre personas con VIH negativo (frente a 1,2 millones en 2019) y 214 000 adicionales entre personas con VIH positivo. Las personas que tienen Tuberculosis y VIH cuando mueren se clasifican internacionalmente como muertas por el VIH. Por otra parte, cerca de 600 personas que viven con el VIH mueren todos los días a causa de la tuberculosis. (Jackson et al., 2021).

En Ecuador, el grupo de edad más afectado es el de 25 a 34 años el cual representa el 25% (1.523 casos) del total de casos, por otra parte, el grupo entre 15 a 24 años que constituye el 20.54% (1.252 casos) y en tercer lugar se encuentra el grupo entre 35 a 44 años el cual corresponde al 16.85% (1.027 casos) del total de casos. Con relación a las personas con Diagnóstico de Tuberculosis que se encuentran asociado al VIH existió un incremento de 59 casos (7.65%) entre el año 2016 al 2017 y de 34 casos (4.22%) entre el año 2017 al año 2018. (Ministerio de Salud Pública, 2018).

El presente caso de estudio tiene como finalidad aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 31 años de edad con tuberculosis miliar y VIH, con el objetivo de preservar la salud de la paciente se aplican las fases del proceso de atención de enfermería que será de gran ayuda para mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan esta enfermedad.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en la paciente con Tuberculosis Miliar.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar la valoración a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon y el diagnóstico por medio de la metodología del NANDA a la paciente con TUBERCULOSIS MILIAR.
- Ejecutar las actividades planificadas a través de la metodología NOC y NIC.
- Evaluar las intervenciones ejecutadas y su relación con los resultados esperados.

1.3 DATOS GENERALES

DATOS PERSONALES

• Nombres y Apellidos: NN.	• Edad: 31 años
• Nivel de estudio: Superior Universitaria.	• Sexo: Femenino
• Etnia: Mestiza	• Fecha de Nacimiento: 13/07/1990
• Estado Civil: Soltera – Unión Libre.	• Nacionalidad: ecuatoriana.
• Lugar de Nacimiento: Quevedo	• Dirección y Residencia: Parroquia 20 de febrero

HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

Hábitos Fisiológicos:

Alimentación: Realiza 3 comidas durante el día, en las cuales consume alimentos líquidos, por la presencia de la odinofagia ya que se le dificulta el consumo de alimentos sólidos.

Diuresis: Normal

Digestión: Dieta Liquida

Sueño: Intermitente.

Sexualidad: Unión Libre

Enfermedades de la Infancia: Sin Antecedentes

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.

Motivo de la consulta

Paciente de 31 años de edad sexo femenino que acude al centro hospitalario por un cuadro clínico de evolución de más o menos 3 semanas caracterizado por presentar odinofagia, alzas térmicas, vómitos y escalofríos durante varios días antes de su ingreso, dificultad respiratoria, tos seca, e hiporexia con antecedentes de VIH positivo que abandono el tratamiento, refiere haber cumplido con esquema de vacuna de BCG.

ANTECEDENTES

Antecedentes Patológicos personales	VIH
Antecedentes familiares	No refiere
Antecedentes alérgicos	No refiere
Antecedentes quirúrgicos	Intervención Quirúrgica (Cesárea).

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente al momento del ingreso llega de manera ambulatoria acompañada de un familiar, consciente orientada en tiempo, espacio y persona con dificultad respiratoria, temperatura corporal de 36. 5° C, Frecuencia Cardíaca 100x¹, Frecuencia Respiratoria 25x¹, Saturación de Oxígeno 94% hipoactiva, facies pálidas, mucosas orales deshidratadas, presentando tos seca e hiporexia, se procede al ingreso se realizan exámenes complementarios para determinar el diagnóstico.

2. 3 Examen físico (exploración clínica)

2.3.1 VALORACIÓN CEFALO – CAUDAL

Piel: Grandes rasgos de deshidratación.

Cabeza: normo céfalo, con buena implantación sin presencia de cicatrices, no tumores ni malformaciones.

Cara: Simétrica, facies pálidas y desesperadas.

Ojos: Movimientos de pupilas isocóricas, Ojos hundidos, resecos.

Labios: Resecos, agrietados, deshidratación.

Lengua: Deshidratada de coloración blanca, presencia de lesiones en la garganta.

Oídos: simétricos con buena agudeza auditiva, sin lesiones.

Nariz y senos paranasales: simétricos, permeables resecos. Dentadura Completa.

Cuello: Simétrico corto movable ausencia de masas no presenta edemas, ganglios no inflamados.

Tórax: simétrico, con abundantes crepitantes y sibilancias en bases pulmonares.

Abdomen: abdomen blando, no doloroso a la palpación con movimientos peristálticos disminuidos.

Genitales: normales no presentan anomalías, con buena higiene, sin presencia de sonda Foley y no hay lesiones en la zona.

Extremidades superiores: simétricas no edematizadas, sin presencia de lesiones. Cicatriz de la vacuna BCG en el deltoides en el miembro superior derecho.

Extremidades inferiores: Simétricas sin alteraciones.

Medidas Antropométricas y Signos Vitales

Peso: 31 kg

Presión arterial: 100/60 mmHg

Talla: 1.49 cm

Frecuencia cardiaca: 100 x¹

IMC: 14

Frecuencia respiratoria: 25 x¹

Temperatura: 36.5 °C

SPO₂= 94%

Glicemia: 64 mg/dl

2.3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍAS DE MARJORY GORDON).

Patrón 1: Percepción – Manejo de la Salud.

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad que a través de la valoración y entrevista refleja que no cumplió con su tratamiento antirretroviral por los efectos secundarios del tratamiento. Cumple con esquema de vacuna BCG, consciente de que su complicación se debe al no consumir los medicamentos antirretrovirales.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

Tiene un peso de 31 kg y una altura de 1.49 cm y su índice de masa corporal (IMC) 13.9, se encuentra con un bajo peso, en los últimos meses manifiesta que, bajó unos 15Kg, por la presencia de odinofagia, tos seca, hiporexia y vómitos, su alimentación es líquida. Dentadura Completa.

Patrón 3: Eliminación.

Deposiciones y micciones escasas de características normales. Piel presenta signos de deshidratación. Edematización en miembros inferiores +++ durante hospitalización

Patrón 4: Actividad - Ejercicio.

Presenta síntomas de tos seca y pérdida de peso, después de varias semanas manifiesta cansancio y dificultad respiratoria en sus actividades diarias. Estilo de vida limitado por su estado de salud y hospitalización. No realizaba actividades de ocio.

Patrón 5: Sueño - Descanso.

Alterada por presentar elevada temperatura, dolor en los miembros inferiores, escalofríos y tos seca, que no le permitían descansar.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.

Patrón Alterado. Consciente, orientada, nivel de educación superior y manejo del idioma español, Deprimida y ansiosa por su estado de salud.

Patrón 7: Auto percepción – Autocontrol.

Patrón disfuncional, paciente consciente de la mortalidad de su enfermedad, desmoralización por parte de la paciente y de sus familiares. Desesperanza y culpabilidad por haber abandonado el tratamiento.

Patrón 8: Rol – Relaciones.

La paciente convive con su esposo, hija y madre. Hija al cuidado de su tía, Durante la hospitalización solo su esposo la cuidaba. Mantiene apoyo y buena relación familiar.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.

Patrón Alterado. Paciente activa, convive con su esposo, menciona ciclos regulares de su menstruación, primera menarquia a los 14 años, Utiliza métodos anticonceptivos durante sus relaciones sexuales por antecedente de VIH.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.

Patrón Disfuncional. Paciente preocupada por su hija pequeña y por su enfermedad.

Patrón11: Creencias.

Patrón Funcional, Familia Creyente en Dios.

2.3.3 PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

Patrones Funcionales	Alterado	No Alterado	Observaciones
1. Percepción- Manejo de la Salud	X		Falta de adherencia al tratamiento
2. Nutricional – Metabólico.	X		Incomodidad para deglutir, bajo peso
3. Eliminación.	X		Piel signos de deshidratación
4. Actividad- Ejercicio.	X		Debilidad y dificultad para respirar.
5. Sueño - Descanso.	X		Elevada temperatura, escalofríos, tos seca
6. Cognitivo – Perceptual.	X		Depresión y ansiedad
7. Autopercepción– Autocontrol.	X		Desesperanza, culpabilidad y preocupación.
8. Rol-Relaciones		X	Apoyo y Buena relación familiar
9. Sexualidad – Reproducción.	X		Problemas para mantener sus relaciones sexuales por el VIH
10. Adaptación – Tolerancia al estrés.	X		Preocupación frente a su enfermedad
11. Valores y Creencias.		X	Fe en Dios

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Biometría Hemática

Hemograma	Resultados	Rangos Normales
Hemoglobina	9.8g/dl	13-17g/dL

Hematocrito	28.4%	40-50%
Plaquetas	77 ³ /uL	150-450
Leucocitos	3.37 ³ /uL	4-10
Linfocitos	7.7%	25-40%
Neutrófilos	90.2%	55-65%
Bioquímica	Resultados	Rangos Normales
Glucosa	64mg/dL	70-110
Urea	80.06 mg/dL	10-50
Creatinina	1.44mg/dL	0.6-1.1
Triglicéridos	170.22mg/dL	0-150
TGO/AST	205.62U/L	0-31 U/L
TGP/ALT	93.96U/L	0-32U/L
Colesterol	58mg/dL	0-200 mg/dL
Inmunología	Resultado	Valor de Referencia
HIV	Reactivo	

Exámenes Radiológicos

Radiografía de Tórax.

En la radiografía de tórax se observa pequeñas opacidades en forma de nódulos de pequeño tamaño que son características de la tuberculosis miliar.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

En el actual caso clínico se refiere como el:

Diagnóstico Presuntivo: Tuberculosis Pulmonar

Diagnóstico Definitivo: Tuberculosis Miliar.

Etiquetas Diagnostica Enfermero: Patrón Respiratorio Ineficaz y Deterioro de la Deglución

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Conductas que determinan el origen del problema

El problema se origina al estar en contacto con el agente causal de la tuberculosis y la alteración de su sistema inmunológico por su antecedente de VIH y falta de adherencia del Tratamiento Antirretroviral.

La paciente por su cuadro clínico compatible con Tuberculosis es sometida a pruebas correspondientes para su diagnóstico definitivo el mismo que confirma su diagnóstico de Tuberculosis Miliar.

Procedimientos a realizar

Indicaciones

- Valoración, diagnóstico y prescripción medica
- Exámenes de laboratorio: Biometría Hemática y Radiográficos
- Interconsulta con el médico de Unidad de Atención Integral.

Prescripción Medica

Medicación	Vía	Indicación
Cloruro de Sodio al 0,9% 1000 ml	Intravenosa	Pasar a 30 gotas X ¹
Paracetamol 1 gramo	Intravenosa	Administrar por Razones Necesarias
Ranitidina 50 miligramos	Intravenosa	Cada 12 horas.

Cuidados de Enfermería

Se realiza la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon se identifican aquellos patrones alterados, para realizar el proceso de atención enfermería que favorezca la recuperación de la paciente.

NANDA: 0032 Patrón respiratorio ineficaz
 NOC: Estado Respiratorio.
 NIC: 3140 Manejo de las vías aéreas



Dominio 4: Actividad/Reposo Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares.
Etiqueta:00032 Patrón Respiratorio Ineficaz

R/C: Disnea de medianos esfuerzos.

E/P: Aleteo Nasal, Retracción Intercostal, Dificultad Respiratoria.

Dominio: 2: Salud Fisiológico

Clase E: Cardiopulmonar.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Disnea de medianos esfuerzos		x			
Aleteo Nasal		x			
Tos			x		
Uso de músculos accesorios		x			

Etiqueta: Estado Respiratorio: (0415).

Campo 2: Fisiológico: Complejo

Clase K: Control Respiratorio.

- ACTIVIDADES**
- Colocar al paciente en posición semifowler para minimizar el esfuerzo respiratorio.
 - Monitoreo y control de signos vitales (SOP2 y Frecuencia Respiratoria).
 - Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
 - Administrar oxígeno suplementario, según órdenes del médico.
 - Administración de medicamentos prescritos por el médico para la dificultad respiratoria.
 - Auscultar ruidos respiratorios.

Etiqueta: Oxigenoterapia (3320).
 Monitorización Respiratoria (3350).
 Ayuda a la Ventilación (3390).

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

NANDA: 00103 Deterioro de la Deglución.
 NOC: Estado de la Deglución (1010).
 NIC: 1860 Terapia de la Deglución.



Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión
Etiqueta: 00103 Deterioro de la Deglución



R/C: Lesiones por candidiasis.

E/P: Odinofagia, Malnutrición, Hiporexia.

Dominio 2: Salud Fisiológico

Clase K: Digestión y Nutrición

Etiqueta:
 Estado de deglución: Fase faríngea (1013).

Campo 1: Fisiológico: Básico

Clase D: Apoyo Nutricional

Etiqueta: Terapia de deglución (1860).

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Tos		X			
Momento de reflejo de deglución.		X			
Incomodidad en la deglución.	X				
Aceptación de la comida	X				
Mantiene la comida en la boca		X			

ACTIVIDADES

- Ayudar a la paciente a sentarse en una posición erguida a 90° para una buena postura a la hora de la alimentación.
- Proporcionar cuidados bucales-faríngeos
- Mantener una dieta líquida calórica-proteica
- Control la alimentación de la paciente el cual le prescriba el médico.
- Realizar enjuagues bucales-faríngeos en la paciente.
- Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber, deglutir.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

En el presente caso clínico, se empleó en lo que corresponde a la teorizante de Virginia Henderson mencionando 14 necesidades que estén afectadas en la paciente, lo que además nos menciona el modelo de Virginia Herdenson es que a la persona se le otorga un papel importante y relevante en su proceso de salud. El profesional de enfermería es la ayuda o suplencia desde el principio de la vida hasta el final, es aquel que conoce las necesidades y dificultades de los familiares frente a un familiar delicado de salud, es aquel que va hacer lo posible para poder restaurar la salud, prevenir y dar un fallecimiento digno.

En los PAE descrito anteriormente mediante la teorizante de las 14 necesidades básicas descritas por Virginia Henderson, y la utilización de los libros NANDA, NOC Y NIC, describen las afectaciones en la paciente que refiere el caso expuesto en desarrollo son los siguientes:

1. Respirar normalmente: Primera afectación de la paciente, utilización de cánula nasal al momento del ingreso

2. Alimentarse e hidratarse: Paciente presenta odinofagia que le dificulta deglutir sus alimentos y consumir agua para hidratarse.

3. Eliminar por todas las Vías Corporales: Deposiciones y micciones escasas de características normales, presentó en sus miembros inferiores edematización +++, durante hospitalización.

4. Moverse y Mantener Posturas Adecuadas: La paciente hipoactiva con malestar en miembros inferiores, cansancio, debilidad y dificultad respiratoria en sus actividades diarias.

5. Dormir y Descansar: Poco descanso por presencia de tos seca, escalofríos y elevada temperatura. Durante hospitalización presenta dolor en miembros inferiores.

6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse: Se mantiene con ropa ligera, familiar ayuda en el cambio de vestimenta.

7. Mantener la temperatura corporal: Ingresó con temperatura estable, en la hospitalización realiza alzas térmicas cuantificadas, se las disminuye con medios físicos y administración de medicamentos.

8. Mantener la Higiene y la Integridad de la piel: Piel seca, deshidratada, no existe desaseo, cabello largo y uñas cortas.

9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas: Convive con su familia, esposo, madre e hija de dos meses que se encuentra al cuidado de una tía.

10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores: Buena relación familiar, muestra desesperanza, culpabilidad y preocupación por su hija.

11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias: Familia Católica, Creyente en Dios, Esperan la voluntad de Dios para su recuperación.

12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal: Ama de casa. Al cuidado de su hija con su tía. Madre trabaja.

13. Participar en actividades recreativas: No participa en ninguna actividad recreativa.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles: No por el momento.

2.8 Seguimiento

Día 1 Paciente ingresa de manera ambulatoria en compañía de un familiar al área de emergencia, consciente en tiempo espacio y persona, hipoactiva se controla signos vitales en donde se evidencia presencia de tos seca, taquicardia y dificultad respiratoria, Saturación de Oxígeno de 94%, se coloca en posición semifowler para mejorar respiración, se coloca cánula nasal para administrar oxígeno a dos litros por minuto y medicamentos prescritos por el médico. Se controla y monitorea Frecuencia Respiratoria y Saturación de Oxígeno, que se

estabilizan, se realiza exámenes complementarios, donde se recalca nivel de hemoglobina bajo, es valorada por el médico de la Unidad de Atención Integral que prescribe medicación antirretroviral y antifímicos para comenzar los tratamientos. Se alivia problema de Odinofagia con cuidados y enjuagues bucales- faríngeos.

Día 2 Se procede al destete de oxígeno, saturación de oxígeno de 97%. Se administra tratamiento antifímicos y antirretrovirales. Se controla la permeabilidad de la vía para transfusión de hemocomponentes derivados, se toma muestra para determinación de tipo sanguíneo se envía a laboratorio. Se administra hemocomponentes derivados: 2 paquetes de concentrado de glóbulos rojos y 4 paquetes de concentrado de plaquetas. La presencia de tos seca disminuye.

Los 2 paquetes de concentrado de glóbulos rojos fueron administrados en un tiempo máximo de 2 horas cada uno. Después de 10 minutos de la transfusión de concentrado de glóbulos rojos, se administró los 4 paquetes de concentrado de plaquetas en un tiempo máximo de 10 a 20 minutos cada uno. se controla signos vitales en cada transfusión y si hay presencia de reacciones a la transfusión. Se coloca sonda nasogástrica, se brinda ayuda para mantener una posición adecuada para el consumo de alimentos y tratamientos, Se procede a sacar la sonda nasogástrica ya que no la soporta.

Día 3 Paciente realiza alza térmica cuantificada de 38.9 ° C, desciende temperatura por medios físicos y administración de medicamentos, se alivia odinofagia con cuidados y enjuagues bucales-faríngeos, se mantiene una dieta líquida calórica-proteica. Disminuye un poco el problema de odinofagia, nivel de hemoglobina asciende. Se recanaliza vía venosa periférica. Día 4 Paciente presenta nuevamente odinofagia, alza térmica cuantificada de 38.1, dolor en miembros inferiores se alivia odinofagia con cuidados y enjuagues bucales-faríngeos, desciende dolor y temperatura por administrar medicamentos. Se brinda apoyo emocional a la paciente y familiares.

Día 5 Se intensifica en la paciente odinofagia, dolor y edematización +++ en miembros inferiores, se deja en dispositivo intravenoso sin eparina, se realizan exámenes ecográficos y biométricos, Suspenden tratamiento antifímicos y nivel de hemoglobina desciende nuevamente. Se transfunden 4 paquetes de concentrados de plaquetas en tiempo estimado de 30 minutos cada uno, controlando signos

vitales y si presenta reacciones a las transfusiones. Realiza alza térmica cuantificada de 38.5 ° C. que desciende con aplicación de medios físicos y administración de medicamentos.

Día 6 Paciente es referida a Hospital de Tercer Nivel por no mejorar en sus condiciones de salud.

2.9 Observaciones

En el ingreso a la casa de salud la paciente presenta varios signos y síntomas, que determinan el diagnóstico de una Tuberculosis Miliar, a medida que pasan sus días de hospitalización, gracias a los cuidados enfermeros e indicaciones medicas presenta una evolución poco favorable, que alivia momentáneamente, se brinda apoyo emocional a familiar y paciente. Luego de las intervenciones de enfermería paciente solo presenta alivio, pero no mejoría en su totalidad. Se coordina con la paciente y los familiares la transferencia inmediata a una unidad de tercer nivel.

CONCLUSIONES

Se aplicó el proceso de atención de enfermería en paciente de 31 años de edad con Tuberculosis Miliar, fue de gran importancia el dialogo con el familiar y paciente, manifestaciones clínicas y exámenes complementarios que por este medio se brindó la información pertinente para poder realizar nuestro diagnostico enfermero, planificar y ejecutar intervenciones individualizadas para el cuidado de nuestra paciente con bases del NANDA, NOC y NIC cumpliendo técnicas, procedimientos y protocolos para cumplir con cada una de las necesidades de la paciente Se evalúan los resultados de las intervenciones que ayudaron de alguna u otra manera a proporciona alivio, confort y apoyo emocional durante su estadía hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍAS

Alfonso, P. P. P., Moreno, L. H., & Rodríguez, I. V. (2021). Tuberculosis miliar. *Revista cubana de medicina*, 60(3). <http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2313>.

Authors/Contributors - Tuberculosis. (2022). Msf.org. Recuperado el 4 de febrero de 2022, de <https://medicalguidelines.msf.org/viewport/TUB/latest/authors-contributors-20320163.html>

Boushab, B. M., & Basco, L. K. (2019). Miliary tuberculosis and acute respiratory distress syndrome. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 16(100113), 100113. <https://doi.org/10.1016/j.ictube.2019.100113>.

Bustos, A. C., & Zárate, G. M. (2020). Tuberculosis y síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica. Caso pediátrico. *Archivos argentinos de pediatría*, 118(1), e39–e42. <https://doi.org/10.5546/aap.2020.e39>.

Castañeda-Ron, C. A., & Morales-Solís, J. M. (2021). Tuberculosis Miliar y Ganglionar, Reporte de un Caso y Revisión Literaria. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 1005–1019. <https://doi.org/10.23857/dc.v7i4.2461>.

Choe, J., Jung, K. H., Park, J.-H., Kim, S.-H., & Kim, M. Y. (2021). Clinical and radiologic characteristics of radiologically missed miliary tuberculosis. *Medicine*, 100(8), e23833. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023833>.

Del Hoyo, S. S. J., Cuenca, D. M. I., Martín, D. E. G., Miguel, D. E. N., Pedreira, D. M. R., & Sánchez, D. P. C. (2021). Tuberculosis, hallazgos infrecuentes pulmonares. *Seram*, 1(1). <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/423>.

(González-Díaz et al., 2021)
González-Díaz, D., Herrera-González, A., Ortiz-Roque, J., & del Toro-Pazos, M. Á.

(2021). Tuberculosis miliar, hallazgo clínico-radiológico. Sobre un caso. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 1–7. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i3.1531->

(Jackson et al., 2021) Jackson, S., Kabir, Z., & Comiskey, C. (2021). Effects of migration on tuberculosis epidemiological indicators in low and medium tuberculosis incidence countries: A systematic review. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 23(100225), 100225. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2021.100225>

Kunal, S. (2019). Miliary Tuberculosis. En *Clinical Focus Series: Tuberculosis: Selected Problems* (pp. 128–154). Unknown.

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Boletín Anual Tuberculosis 2018 Introducción Tuberculosis sensible Gráfico 1 . Tasa de incidencia estimada vs notificada de casos de tuberculosis , año 2005-2017 . Fuente : Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control . Los casos de tuberculo. 2017(Gráfico 1), 1–6.* https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/informe_anual_TB_2018UV.pdf.

Nidoi, J., Muttamba, W., Walusimbi, S., Imoko, J. F., Lochoro, P., Ictho, J., Mugenyi, L., Sekibira, R., Turyahabwe, S., Byaruhanga, R., Putoto, G., Villa, S., Raviglione, M. C., & Kirenga, B. (2021). Impact of socio-economic factors on Tuberculosis treatment outcomes in north-eastern Uganda: a mixed methods.

OMS (2022). Who.int. Recuperado el 9 de marzo de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.

UpToDate. (2022). Uptodate.com. Recuperado el 4 de febrero de 2022, de <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment-of-miliary-tuberculosis/print>.

Vohra, S., & Dhaliwal, H. S. (2021). Miliary Tuberculosis. En *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

ANEXOS

