



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA (REDISEÑADA)**

**DIMENSIÓN PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO(A) EN
ENFERMERÍA.**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 45 AÑOS CON
TUBERCULOSIS INTESTINAL EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN,
MAYO 2024 – AGOSTO 2024.

AUTOR

MILENA DAYANA QUIÑONEZ RIVAS

TUTOR

LIC. ALICIA ESCOBAR TORRES

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR.

2024 – 2025

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios y a mis padres por brindarme ese apoyo incondicional durante toda mi vida. Al igual que haberme dado las fuerzas, ánimos y perseverancia, para superar cada obstáculo que se me presentó durante mi trayectoria académica en la Universidad Técnica de Babahoyo.

Milena Dayana Quiñonez Rivas

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer inmensamente a Dios por darme desde mi nacimiento mucha salud y sabiduría. A mis padres, por inculcarme valores, enseñanzas y aprendizajes en el hogar, y demostrarme que con esfuerzo y perseverancia se puede cumplir cualquier meta o sueño que tengamos de manera individual o colectiva.

Agradezco también a la prestigiosa Universidad Técnica de Babahoyo y a sus catedráticos por haber compartido sus conocimientos y sabidurías en cuanto a lo teórico como en las prácticas.

Por último, y no menos importante, quiero agradecer de todo corazón a mi tutora Lic. Alicia Escobar Torres por haber dedicado su valioso tiempo para guiarme en este proceso de elaboración del presente estudio de caso clínico.

Milena Dayana Quiñonez Rivas

Índice general

INTRODUCCION	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
CASO CLÍNICO	1
1. Planteamiento del problema.....	1
1.1 Datos generales del paciente.....	1
1.2 Motivo de consulta.....	1
1.3 Antecedentes personales del paciente.....	2
1.4 Principales datos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	2
1.5 Examen valoración cefalocaudal.....	3
2. Justificación.....	6
3. OBJETIVOS	7
3.1 Objetivo general	7
3.2 Objetivos específicos	7
4. Línea de investigación	7
5. MARCO CONCEPTUAL - MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS	8
5.1 Epidemiología	8
5.2 Etiopatogenia.....	8
5.3 Cuadro clínico	9
5.4 Factores de riesgos	10
5.5 Exámenes de laboratorio y diagnóstico	10
5.6 Tratamiento.....	11
5.7 Complicaciones.....	12
6. MARCO METODOLÓGICO	13
6.1 Valoración según la teorizante a utilizar y aplicación del proceso atención de enfermería basado en un caso real.....	13
6.2 Formulación del diagnóstico presuntivo, y definitivo	15
6.3 Formulación del diagnóstico enfermero	15
6.4 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	16
6.5 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	21
7. Resultados	22
7.1 Descripción de los resultados obtenidos.....	22
7.3 Observaciones.....	27
8. Discusión de los resultados.....	28
9. CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31
ANEXOS	33

INTRODUCCION

Podemos definir a la tuberculosis intestinal como esa infección causada por *Mycobacterium tuberculosis* en cualquier parte del intestino. Sin embargo, la región más afectada es la ileocecal al final del intestino delgado (Suárez, Bernardo, & Velasco, 2023).

La prevalencia de la Tuberculosis intestinal oscila entre el 65 – 78% de los casos y el sitio más común es la región ileocecal con un 80 – 90% de los casos. Por otro lado, la prevalencia ha alcanzado entre 4,9% y 19,6% de casos de personas con Tuberculosis. Siendo las personas con coinfección por VIH (27,8%) la población más vulnerable a nivel mundial (Téllez, Tovar, & Vélez, 2023).

En el presente estudio de caso clínico fue elaborado con la finalidad de fortalecer los conocimientos de los profesionales de salud sobre la Tuberculosis intestinal y aplicar el Proceso Atención de Enfermería para brindar los cuidados de forma racional, lógica y sistemática al paciente con el propósito de restaurar su estado de salud y bienestar, y poder reintegrarlo a la comunidad como un individuo sano y libre de enfermedades.

Recordemos que el Proceso Atención de Enfermería es una herramienta que se debe emplear para realizar una evaluación adecuada al paciente y entenderlo en su totalidad. Sin embargo, no se trata de un manual, sino de una guía que nos servirá para proporcionarle al paciente los cuidados específicos en base a sus necesidades requeridas durante su hospitalización.

RESUMEN

El siguiente estudio de caso clínico aplicado en paciente de sexo masculino por presentar cuadro clínico de fiebre 38°C, distensión abdominal, hiporexia, astenia, palidez y deposiciones líquidas abundantes. A la toma de signos vitales se evidencia presión arterial 102/62mmhg, frecuencia cardíaca 76lpm, frecuencia respiratoria 18rpm, temperatura 38.1°C, saturación de oxígeno 98%. Paciente con antecedentes patológico de enfermedad de Crohn, no especificada con orden médica de endoscopia. A la palpación se evidencia abdomen blando, depresible, doloroso en la zona de la fosa iliaca derecha. Se ordena biometría hemática completa, ecografía abdominal y realización inmediata de endoscopia. Luego de la obtención de resultados se confirma un diagnóstico definitivo de Tuberculosis intestinal. Se procedió a realizar la valoración de enfermería utilizando como herramienta principal los once patrones funcionales de Marjory Gordon para identificar los patrones disfuncionales que comprometen el estado de salud del paciente y poder tratarlos en base al Proceso de Atención en Enfermería que se le otorgará durante su estancia hospitalaria.

Palabras claves: Tuberculosis, hiporexia, biometría, astenia, endoscopia.

ABSTRACT

The following clinical case study was applied in a male patient with a clinical picture of fever of 38°C, abdominal distension, hyporexia, asthenia, pallor and abundant liquid stools. When taking vital signs, blood pressure of 102/62 mmHg, heart rate of 76 bpm, respiratory rate of 18 rpm, temperature of 38.1 ° C, oxygen saturation of 98% were evident. The patient had a pathological history of Crohn's disease, not specified, with a medical order for endoscopy. Palpation revealed a soft, depressible abdomen, painful in the area of the right iliac fossa. A complete blood count, abdominal ultrasound and immediate endoscopy were ordered. After obtaining the results, a definitive diagnosis of intestinal tuberculosis was confirmed. The nursing assessment was carried out using Marjory Gordon's eleven functional patterns as the main tool to identify the dysfunctional patterns that compromise the patient's health status and to be able to treat them based on the Nursing Care Process that will be provided during their hospital stay.

Keywords: Tuberculosis, hyporexia, biometry, asthenia, endoscopy.

CASO CLÍNICO

1. Planteamiento del problema

1.1 Datos generales del paciente

• Nombre y apellidos	NN.NN
• Cedula de identidad	XXXXXXXXX-X
• Número de Historia Clínica	584027
• Edad	45 años
• Sexo	Masculino
• Lugar de nacimiento	Guayaquil
• Fecha de nacimiento	12/Junio/1979
• Etnia	Mestizo
• Estado civil	Soltero
• Lugar de residencia	Guasmo Sur
• Nivel de estudios	Secundaria
• Ocupación	Mecánico
• Nivel socioeconómico	Muy bajo
• Grupo sanguíneo	RH O+
• Religión	Católico
• Diagnóstico definitivo	Tuberculosis Intestinal

Fuente: Información adquirida del formulario 002. Datos generales del paciente. **Elaborado por:** Milena Quiñonez Rivas.

1.2 Motivo de consulta

Paciente de sexo masculino acude en compañía de su hija mayor por el área de emergencia por presentar cuadro clínico de ± 2 días de evolución caracterizado por fiebre 38.1°C, distensión abdominal, deposiciones líquidas abundantes, hiporexia, palidez y astenia.

1.3 Antecedentes personales del paciente

Antecedentes alérgicos	No refiere
Antecedentes quirúrgicos (APQ)	Herniorrafía umbilical abierta
Antecedentes patológicos familiares (APF)	Padre: HTA + DM Madre: No refiere
Antecedentes patológicos personales (APP)	Enfermedad de Crohn
Antecedentes alérgicos	No refiere
Datos epidemiológicos	Vacunación: <ul style="list-style-type: none">• Antitetánica: No• Covid-19: 3 dosis. Viajes al exterior: No refiere.
Medicación diaria	Profilaxis post-exposición al VIH.
Hábitos diarios	Horas de sueño: 5 – 6 horas diarias o más. Comidas diarias: 3 – 4 Ingesta de líquidos: Normal Nº de Micciones: 2 – 3 veces Nº de deposiciones: 1 – 2 veces Sustancias ilícitas: No

Fuente: Información adquirida del formulario 003. Antecedentes personales del paciente.

Elaborado por: Milena Dayana Quiñonez Rivas.

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

Recibo paciente de sexo masculino de 45 años de edad que acude por emergencia al presentar fiebre 38.1°C, distensión abdominal, deposiciones líquidas abundantes, hiporexia, palidez y astenia.

A la toma de signos vitales se evidencia presión arterial 102/62mmhg, frecuencia cardiaca 76lpm, frecuencia respiratoria 18rpm, temperatura 38,4°C, saturación de oxígeno 98% y medidas antropométricas; talla 1.72cm, peso 53.1kg e IMC 17.9.

Familiar nos refiere que el paciente estuvo en la penitenciaría del Litoral alrededor de 10 años donde cumplió su sentencia y gracias al buen comportamiento sus años fueron reducidos. Sin embargo, antes de salir hubo un conflicto interno donde tuvo contacto con un convicto portador de VIH/Sida.

Inmediatamente se le otorgó la profilaxis. Los resultados de laboratorios dieron no reactivos. Familiar nos comenta que su padre ha presentado hiporexia y dolores abdominales, por lo que acudió al centro de salud después de que pasaron 15 días. Donde fue diagnosticado con la enfermedad de Crohn, no especificada (K50.90) y se solicita endoscopia para obtener mejores resultados.

Hace aproximadamente dos días empezaron los signos y síntomas. Nos refiere que trató la fiebre con Analgan en algunas ocasiones sin contar con una prescripción médica. Al ver que la situación empeoraba en el transcurso de las horas. Y que la fiebre y el dolor abdominal eran más consecutivas que al principio. Decidió acudir al hospital por el área de emergencia.

Luego de la obtención de resultados de laboratorios e imágenes se confirma diagnóstico de Tuberculosis intestinal de origen desconocido, y se descarta por segunda ocasión una posible Infección virus de inmunodeficiencia humana. Paciente es hospitalizado para control y seguimiento de su patología a través de estudios más minuciosos durante su estancia hospitalaria.

1.5 Examen valoración cefalocaudal

- **Cabeza:** Normocefalica. Buena implantación capilar con canas incipientes en la zona frontal y lateral de la cabeza. No se evidencia lesiones craneales.
- **Ojos:** Pupilas isocóricas normoreactivas a la luz.
- **Boca:** Mucosas orales semihúmedas y piezas dentarias incompletas con algo de tártaro dental.
- **Oídos:** Simétricos con pabellones auriculares sin perforaciones.
- **Nariz:** Fosnas nasales semihúmedas.
- **Cuello:** Cilíndrico sin presencia de adenopatías.
- **Tórax:** Simétrico con torácica completa. Respiraciones normales, rítmicas, sin esfuerzo. Murmullos vesiculares presentes.

- **Pulmones:** A la auscultación se comprueba campos pulmonares ventilados con saturación de oxígeno a 98%.
- **Corazón:** Ruidos cardiacos rítmicos con frecuencia cardiaca 76lpm y presión arterial de 102/62mmHg.
- **Abdomen:** Blando depresible, doloroso a la palpación en la región de la fosa iliaca derecha.
- **Genitourinario:** Normales sin alteraciones.
- **Extremidades superiores e inferiores:** simétricas, tono adecuado, movilidad conservada con anatomía completa.

Monitorización de Signos Vitales

- **Temperatura:** 38,1°C
- **Frecuencia cardiaca:** 76lpm
- **Presión arterial:** 102/62mmHg
- **Saturación:** 98%

Medidas Antropométricas

- **Peso:** 53,1kg
- **Talla:** 172cm
- **IMC:** 17.9

RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO / HEMOGRAMA

Examen	Valores	Rangos normales	Índice
NEU%	79.40%	55.00 – 65.00%	Alto
LYM%	16.10%	25.00 – 35.00%	Bajo
MON%	3.40%	4.00 – 8.00%	Bajo
EO%	0.80%	0.40 – 0.50%	Alto
RBC	3.0%	4.00 – 5.50	Bajo
HGB	10.30g/dl	12.00 – 17.40	Bajo
HCT	31.20%	36 – 52	Bajo
RDWSD	18.10%	0.00 – 16	Alto
MPV	4.90l	8.00 – 15.00	Bajo

Fuente: Exámenes de laboratorios realizados en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón.

BIOQUIMICA – RESULTADOS DE EXAMENES

Examen	Resultados	Rangos normales	Índice
GLUCOSA	85.1	70 – 110mg/dl	Alto
UREA	35.1	16.6 – 48.5mg/dl	Bajo
CREATININA	1.1	0.5 – 1.2mg/dl	Bajo
ÁCIDO ÚRICO	5.3	3.4 – 7mg/dl	Alto
GLOBULINA	3.21	2 – 3g/dl	Bajo
COLESTEROL	190	0 – 200mg/dl	Bajo
TRIGLICÉRIDOS	155.9	0 – 165mg/dl	Alto
TGO/AST	35.5	5 – 40U/L	Bajo
TGP/ALT	31.1	5 – 41U/L	

Fuente: Exámenes de laboratorios realizados en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón.

Otros resultados de exámenes complementarios:

- **Sistemática Orina:** Resultados normales
- Prueba de baciloscopía en esputo: (-)
- Prueba de cultivo en heces: (+)

2. Justificación

A través del presente estudio de caso clínico se puede justificar que su elaboración fue de gran relevancia debido al alto índice de morbi-mortalidad y su incidencia que radica más en personas con antecedentes de desnutrición, edad avanzada, inmunosupresión, infección por VIH/Sida y dolencias crónicas.

Los factores de riesgos mencionados anteriormente son los responsables de una reactivación de un foco gastrointestinal primario latente o por la ingestión de micobacteria tuberculosa (como ocurre con la ingestión de leche no pasteurizada o carne poco cocida). Que si no es tratado a tiempo conllevará al paciente a sufrir de Tuberculosis intestinal causada por la bacteria *M. tuberculosis* (IntraMed, 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud, menciona que a pesar de que aproximadamente 342.000 personas fueron diagnosticadas con tuberculosis en 2023, un aumento del 6,6% con respecto al año anterior, el número de personas que murieron a causa de la enfermedad ha comenzado a disminuir, en un 5,4% entre 2022 y 2023 (OPS, 2024)

La prevalencia de la Tuberculosis intestinal oscila entre el 65 – 78% de los casos y el sitio más común es la región ileocecal con un 80 – 90% de los casos (Téllez, Tovar, & Vélez, 2023). Sin embargo, la mayoría de los pacientes con tuberculosis intestinal eran masculino (72,9%) con edad promedio de 40,5 años y con antecedente de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (Mantilla, Chaves, & Lopez, 2023).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería en paciente de 45 años con Tuberculosis intestinal en el Hospital Abel Gilbert Pontón, mayo 2024 – agosto 2024.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las manifestaciones clínicas que se presentan en la tuberculosis intestinal.
- Identificar los patrones disfuncionales mediante el modelo de valoración Marjory Gordon.
- Evaluar los resultados obtenidos en paciente con Tuberculosis intestinal.

4. Línea de investigación

- **Línea de investigación:** Salud humana.
- **Sublínea de investigación:** Salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales.

En cuanto a las líneas de investigación proporcionada por la Universidad Técnica de Babahoyo y aplicada en base a la patología del paciente. Puedo concientizar que tiene una estrecha analogía con la línea de salud humana, y sublínea de salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales.

Por el simple hecho de que el presente estudio de caso clínico compromete el estado de salud integral debido a su estilo y calidad de vida, y sus antecedentes personales que conllevaron a desarrollar enfermedades subyacentes como la Tuberculosis intestinal que fue adquirida cuando estaba privado de la libertad.

Por último, también se verá comprometido su estado de salud mental. Y es ahí donde como profesional de enfermería nos vemos en la obligación de intervenir gentilmente para brindar ese apoyo emocional y psicológico que el paciente necesita durante su estancia hospitalaria.

5. MARCO CONCEPTUAL - MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS

Se define como tuberculosis intestinal como la presencia de infección por tuberculosis en dos o más sitios no contiguos, producto de la diseminación linfohematógena del *M. tuberculosis*, que conlleva a una infección primaria o reactivación de un foco latente (Téllez, Tovar, & Vélez, 2023).

5.1 Epidemiología

Durante el año 2020, el Ecuador registró 8.500 casos estimados de tuberculosis con una incidencia de 48,2 por cada 100.000 usuarios. Su mortalidad incrementó drásticamente un total de 24.000 fallecidos en el 2019 a 27.000 en el año 2020 (MSP, 2023).

En el año 2018 se anunciaron 6.094 casos positivos de tuberculosis con una incidencia de 34,53 por cada 100.000 usuarios. (Guido & Perez, 2019). Las Provincias más afectadas fueron; Guayas con 3.354 (55.03%), El Oro con 444 (7.28%) y Los Ríos con 367 casos (6,02%) (Falcón, Carrasquel, & Viteri, 2023).

En el año 2021 la Organización Mundial de la Salud reportó una morbilidad de 10,6 millones y 1,6 millones de mortalidad por tuberculosis. Sin embargo, más de 85% se produjeron en países con ingresos medianos y bajos (Bazzano, Pontet, & Arriola, 2024).

La región más predominante fue la región ileocecal (64%). No obstante, se describe afectación aislada del colon cerca del 10.8%, con mayor prevalencia en pacientes inmunocomprometidos. La zona más afectada es el ciego debido a su contigüidad con la región ileocecal (Suárez, Bernardo, & Velasco, 2023).

5.2 Etiopatogenia

Es fundamental tener presente que la tuberculosis intestinal puede ocurrir debido a una reactivación de un foco gastrointestinal primario latente que puede ser provocado por pacientes con inmunosupresión:

- Edad avanzada, infección por VIH / SIDA, terapia anti-TNF, desnutrición, pérdida de peso, alcoholismo, diabetes, insuficiencia renal crónica y otras condiciones.

- Ingestión de bacilos de un foco pulmonar activo.
- Diseminación hematogena de tuberculosis activa en otros órganos.
- Extensión directa de órganos adyacentes.

Está comprobado científicamente que en la mayoría de los casos la tuberculosis intestinal se produce por la ingestión de leche infectada. Es decir, ingerir lácteos no pasteurizada. Por ende, la pasteurización de la leche no adecuada y no hervir la leche antes de su consumo son los principales causantes de conllevar a una tuberculosis intestinal (IntraMed, 2021).

5.3 Cuadro clínico

En cuanto al cuadro clínico en una persona con Tuberculosis intestinal, encontramos:

- Fiebre.
- Pérdida de peso.
- Dolor distensión abdominal.
- Ascitis.
- Hepatomegalia.
- Emaciación.
- Hiporexia.
- Obstrucción intestinal.
- Diarrea acuosa o disentérica.
- Estreñimiento (Tahiri, Abbas, & Mulder, 2021).

La molestia más habitual es el dolor abdominal crónico, expresado por el 80 – 90% de los individuos. Sin embargo, su manifestación intestinal puede tener mucha semejanza a la enfermedad de Crohn.

Ya que ambas patologías cursan con una sintomatología similar en base a la fiebre, diarrea crónica o déficit de peso. La pérdida de peso se manifiesta en las dos terceras partes de los casos, el cambio del hábito intestinal en el 20% y la fiebre entre el 35 y el 50% de todos los casos de Tuberculosis intestinal.

Otras manifestaciones como la anorexia, náuseas, emesis, diaforesis nocturna y la hemorragia rectal son menos frecuentes. Dos tercios de los pacientes

con diagnóstico de Tuberculosis intestinal presentan en la exploración física una masa abdominal localizada en el cuadrante inferior derecho (Arnau, Batalla, & Pitarch, 2020).

5.4 Factores de riesgos

Las probabilidades de desarrollar Tuberculosis aumentan cuando el paciente es portador del virus de inmunodeficiencia humana. Entre los factores de riesgos más comunes, encontramos:

- Inmunosupresión debido a la edad avanzada.
- Infección por VIH/Sida.
- Desnutrición.
- Dolencias crónicas debilitantes.
- Malignidad subyacente.
- Alcoholismo.
- Cirrosis.
- Pesos privados de libertad.
- Enfermedades crónicas no transmisibles.
- Viajes a países con alta incidencia de Tuberculosis (Bazzano, Bruno; Pontet, Yessica; López, Virginia, 2024).

5.5 Exámenes de laboratorio y diagnóstico

Entre los exámenes de laboratorios recomendados a realizar como primera opción, encontramos;

- La prueba de tuberculina en sangre.
- Hemograma completo.
- Biopsia endoscópica para histopatología.
- Cultivo del líquido ascítico.
- Frotis de esputo ácido resistente.
- Prueba en cadena de polimerasa (Tahiri, Abbas, & Mulder, 2021).

En cuanto a los exámenes de imagenología para la detección de una tuberculosis intestinal, tenemos:

- Radiografía de tórax.

- Ecografía de abdomen.
- Ultrasonografía endoscópica.
- Endoscopia del tracto gastrointestinal superior.
- Radiografías abdominales, de pie y en posición supina (obstrucción).
- TAC de abdomen (con contraste intravenoso y por boca negativo).
- IGRA (pruebas de liberación de interferón gamma).
- Ileocolonoscopía y enteroscopía.
- Laparoscopia y biopsia (Tahiri, Abbas, & Mulder, 2021).

Es importante tener en cuenta que se puede hacer un diagnóstico definitivo de tuberculosis intestinal si se da alguno de los siguientes criterios:

- Cultivo de tejido (biopsia de colon, ganglios linfáticos) positivo para *M. tuberculosis*.
- Demostración histológica de bacilos ácido-resistentes típicos (BAR).
- Evidencia histológica de granuloma caseoso.
- Prueba de Rifampicina (RIF) MTB GeneXpert/reacción en cadena de la polimerasa (PCR) realizada en una pieza de biopsia (Tahiri, Abbas, & Mulder, 2021).

5.6 Tratamiento

Los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis intestinal deben recibir un ciclo completo de terapia antituberculosa.

Es recomendable llevar un ciclo de tratamiento de dos meses para la Tuberculosis intestinal, no complicada. Sin embargo, es recomendable evitar un tratamiento más prolongado. Debido a que se asociará con una mala adherencia y un mayor riesgo de efectos adversos al medicamento (IntraMed, 2021).

Dosis recomendadas para el tratamiento de la tuberculosis:

Fármacos	Formas de administración	
	Intermitente diaria	2 veces/semana
Isoniacida (H)	5 mg/kg (máximo 300 mg)	15 mg/kg (máximo 900 mg)
Rifampicina (R)	10 mg/kg (máximo 600 mg)	10 mg/kg (máximo 600 mg)
Pirazinamida (Z)	30 mg/kg (máximo 2.000 mg)	60 mg/kg (máximo 3.500 mg)

Etambutol (E)	15-25 mg/kg (máximo 1.500 mg)	50 mg/kg (máximo 3.000 mg)
Estreptomina	10-15 mg/kg (máximo 1.000 mg)	20-25 mg/kg (máximo 1.000 mg)

*450 mg en pacientes con menos de 50 kg de peso.

**25 mg/kg los dos primeros meses y posteriormente 15 mg/kg.

***750 mg en pacientes con menos de 50 kg de peso o edad superior a 50 años (Murillo, Cabrera, & Carbonell, 2021).

La mayor parte de los pacientes tienen una buena tolerancia en cuanto al esquema de tratamiento y logran curarse. Siempre y cuando se siga al pie de la letra las indicaciones médicas y terapéuticas.

La absorción de estos medicamentos es por vía oral y usan el mecanismo de la circulación enterohepática, para conseguir llegar al hígado y producir su primera degradación a metabolitos activos; de allí se propagan a los tejidos y se eliminan por vía renal y biliar (Zegarra, Huamán, & Illescas, 2021).

Tratamiento quirúrgico

La intervención quirúrgica es recomendable cuando hay complicaciones como fibrosis, estenosis, abdomen agudo o cuando exista incertidumbre en el diagnóstico.

5.7 Complicaciones

- Obstrucción intestinal (15-100%).
- Fístulas enteroentéricas (2-30%).
- Perforación intestinal (1-15%).
- Hemorragia (2-24%) (Serna, Bermúdez, & Martínez, 2022).

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1 Valoración según la teorizante a utilizar y aplicación del proceso atención de enfermería basado en un caso real.

Patrón 1. Percepción de la Salud

- Paciente nos comenta durante la entrevista que desconoce sobre la Tuberculosis intestinal, pero reconoce sus antecedentes personales.
- La percepción del paciente hacia su estado la califica como mala.
- Refiere sentirse preocupado por su diagnóstico.
- Nos comenta que la mayor parte de su vida ha ingerido bebida alcohólica y fumado mucho.
- Paciente refiere haberse aplicado las 3 dosis de la vacuna en la cárcel.

Patrón 2. Nutricional / Metabólico

- Paciente con peso 53,1kg, talla 1.72cmc y un IMC 17,9.
- Piezas dentarias incompletas con algo de tártaro dental.
- Paciente refiere que sus hábitos alimenticios son malos y manifiesta que ha perdido el apetito.
- Por el momento se prescribe dieta blanda.
- **Plan de hidratación:** Solución salina 0.9% 1000ml pasar a 35ml/h.
- **Tratamiento farmacológico:** Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida, Etambutol, Paracetamol 500mg por vía oral.

Patrón 3. Eliminación e Intercambio

- A la toma de signos vitales se evidencia temperatura corporal de 38.1°C.
- Programación de balance hídrico cada 24h para llevar un óptimo control de los ingresos y egresos.
- No hay presencia de emesis, pero sí deposiciones líquidas abundantes desde hace unos días atrás.
- Paciente refiere que nunca se ha visto en la necesidad de usar laxante y que no sufre de estreñimiento.

Patrón 4. Actividad / Ejercicio

- Signos vitales: Presión arterial 102/62mmhg, frecuencia cardíaca 76lpm, frecuencia respiratoria 18rpm.
-

-
- Capacidad motora disminuida por dolor en la zona de la fosa iliaca derecha.
 - No realiza ningún tipo de actividad física, debido a su trabajo de mecánico en el taller.
-

Patrón 5. Sueño / Descanso

- Paciente comenta que no puede conciliar el sueño por las manifestaciones clínicas.
 - Refiere interrupción del sueño debido a las intervenciones de enfermería.
 - Sus hábitos de dormir son de cinco a seis horas por las noches y una hora de siesta después de almorzar o cuando se siente débil o cansado.
 - No es dependiente medicamentos para conciliar el sueño.
-

Patrón 6. Cognitivo / Perceptual

- Glasgow 14/15 (dolor) al momento de su ingreso.
 - Su orientación en tiempo, espacio y persona se mantuvieron lucidas.
 - Responde a estímulos verbales como físicos.
 - Manifiesta el grado de dolor sin problemas.
 - No refleja ningún déficit neurológico durante la entrevista.
-

Patrón 7. Autopercepción / Autoconcepto

- Paciente confiesa sentirse preocupado por no haber prestado la suficiente atención a su estado de salud.
 - Mantiene buena autoestima a pesar de su diagnóstico.
 - Se considera una persona honrada y de principios.
 - Refiere que es una persona tranquila y que no le gusta estar involucrado en ningún problema.
-

Patrón 8. Rol / relaciones

- Paciente nos comenta que lleva una buena relación con sus hijas y familiares cercanos.
 - Es soltero y vive solo en su casa. Sus hijas lo van a visitar la mayoría de los días.
 - Paciente refiere que su trabajo en el taller de carros/motos le han generado los ingresos suficientes para poder darle los estudios a sus hijas.
-

Patrón 9. Sexualidad / Reproducción

- Paciente refiere que es sexualmente poco activo debido a que tienes otras prioridades.
- Tiene dos hijas con las que comparte un buen lazo de padre/hijas.
- Nunca ha padecido de alguna infección de transmisión sexual.
- Al examen físico no se evidenció anomalías en el aparato genitourinario.

Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés

- Paciente dice sentirse inquietado y un poco estresado debido a toda esta situación inesperada.
- A pesar de su diagnóstico de Tuberculosis intestinal trata de mantener la calma y afrontar de la mejor manera este proceso.

Patrón 11. Valores / Creencias

- Paciente pertenece a la religión católica y que asiste los fines de semana por la mañana y a veces por las noches a la iglesia de su vecindario.
- Cree mucho en Dios y ora todos los días por sus seres queridos, y por tener un día más de vida.

*Fuente: Información obtenida de la entrevista con el paciente. **Elaborado por:** Milena Quiñonez Rivas.*

6.2 Formulación del diagnóstico presuntivo, y definitivo

- **Diagnostico presuntivo:** CIE-10 (K928) Otras enfermedades especificadas del sistema digestivo + (R50.1) Fiebre persistente.
- **Diagnóstico diferencial:** CIE-10 (K50. 90) – Enfermedad de Crohn, no especificada.
- **Diagnóstico definitivo:** CIE-10 (A18.3) Tuberculosis Intestinal.

6.3 Formulación del diagnóstico enfermero

Dx: Motilidad gastrointestinal disfuncional **Clase 2:** Función gastrointestinal
Etiqueta: 00196 **Dominio 3:** Eliminación/intercambio
R/C: Ingesta de material contaminado (Lácteos)
E/P: Tuberculosis intestinal

Dx: Dolor agudo

Clase 1: Confort físico

Etiqueta: 00132

Dominio 12: Confort

R/C: Tuberculosis intestinal

E/P: Distensión abdominal, expresión facial de dolor, irritabilidad, diaforesis.

Dx: Termorregulación ineficaz

Clase 6: Termorregulación **Etiqueta:** 00008 **Dominio 11:** Seguridad/protección

R/C: Agente lesivos biológicos (Tuberculosis intestinal).

E/P: Temperatura 38.1°C, facies con rubor y calor al tacto, cambios de coloración cutánea.

Fuente: Información obtenida del diagnóstico enfermero en base a los libros del NANDA, NOC y NIC. **Elaborado por:** Milena Quiñonez Rivas.

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

El origen del problema que conllevó al paciente a contraer Tuberculosis intestinal fue activado en primer lugar por un foco gastrointestinal primario latente debido a la inmunosupresión por edad, pérdida de peso, alcoholismo y enfermedades subyacentes como la enfermedad de Crohn.

También es fundamental destacar que durante todo el tiempo que el paciente estuvo privado de libertad existió una probabilidad muy alta de haber contraído la Tuberculosis intestinal por medio de la ingestión de lácteos infectados. Es decir, lácteos no pasteurizados y la falta de interés al no hervir la leche cuando no es procesada y es consumida ni bien es extraída del bovino.

Siendo esta una de las causas más comunes para contraer una Tuberculosis intestinal más los factores predisponentes que presentó el paciente cuando estaba privado de la libertad.

Entre las intervenciones de enfermería que se les brinda a los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis intestinal, encontramos:

- Monitorización de signos vitales.
- Control de balance hídrico.
- Administración de analgésicos para aliviar el dolor.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Brindar apoyo psicológico y emocional al paciente durante su estancia hospitalaria.
- Instruir al paciente sobre los controles que debe asistir al centro de salud más cercano a su domicilio.

Patrones disfuncionales a tratar:

- Eliminación / intercambio.
- Confort.
- Seguridad / protección.

NANDA: pag.202
NOC: pag.394
NIC: pag.301

Dominio 3: Eliminación/intercambio **Clase 2:** Función gastrointestinal
Etiqueta: 00196 **Dx:** Motilidad gastrointestinal disfuncional



R/C: Ingesta de material contaminado (Lácteos)

E/P: Tuberculosis Intestinal

M
E
T
A
S

Dominio II: Salud fisiológica

ESCALA DE LIKERT
 Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
060223 Pérdida de peso		X		X	
060226 Diarrea	X				X
060227 Aumento de temperatura corporal	X				X

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

Clase G: Líquidos y electrolitos

Etiqueta 0602: Hidratación



Campo 2: Fisiológico complejo

Clase M: Control de perfusión tisular

Etiqueta 4120: Manejo de líquidos



- ACTIVIDADES**
- Control de signos vitales.
 - Control diario de peso, y registrar la evolución.
 - Registrar los líquidos administrados y eliminados en la nota de evolución de enfermería.
 - Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, y presión arterial ortostática).
 - Administrar tratamiento farmacológico, bajo prescripción médica.
 - Favorecer a la ingesta oral, según corresponda.
 - Instruir al paciente sobre la dieta absoluta.

NANDA: 00132
NOC: 2102
NIC: 1400

Dominio 12: Confort
Etiqueta: 00132
Clase 1: Confort físico
Dx: Dolor agudo

M
E
T
A
S

R/C: Tuberculosis intestinal

E/P: Distensión abdominal, expresión facial de dolor, irritabilidad, diaforesis.

Dominio V: Salud percibida

ESCALA DE LIKERT
 Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes Después				
	1	2	3	4	5
210217 Expresiones faciales de dolor	X				X
210221 Gemidos y gritos		X			X
210223 Irritabilidad		X			X
210226 diaforesis		X			X

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

Clase V: Sintomatología

Etiqueta 2102: Nivel del Dolor

- ACTIVIDADES**
- Monitorización de signos vitales.
 - Realizar una valoración con la escala de EVA e identificar la localización, características, aparición, duración, frecuencia e intensidad del dolor.
 - Administración de medicamentos prescritos por el médico.
 - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor en función a la respuesta del paciente.
 - Aplicar medidas térmicas como la colocación de calor húmedo en compresas para aliviar el dolor.
 - Aplicar técnicas de relajación y sugestión para calmar y aliviar el dolor del paciente.

Campo 1: Fisiológico complejo

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

NANDA: 00008
NOC: 0800
NIC: 3900

Dominio 11: Seguridad / protección
Etiqueta: 00008
Clase 6: Termorregulación
Dx: Termorregulación ineficaz



R/C: Agente lesivos biológicos (Tuberculosis intestinal).

E/P: Temperatura 38.1°C, facies con rubor y calor al tacto, cambios de coloración cutánea.

M
E
T
A
S

Dominio II: Salud fisiológica

ESCALA DE LIKERT
 Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
080001 T° cutánea aumentada	X				X
080007 Cambios de coloración cutánea		X			X
080014 Deshidratación			X		X
080015 Utiliza los analgésicos de forma apropiada	X				X

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

Clase I: Regulación metabólica

Etiqueta 0800: Termorregulación



Campo II: Fisiológico complejo

Clase M: Termorregulación

Etiqueta 3900: Regulación de la temperatura



- ACTIVIDADES**
- Observar el color y la temperatura de la piel.
 - Administrar medicamentos bajo prescripción médica.
 - Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
 - Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuado.
 - Aplicar medidas físicas como paños húmedos en zonas específicas (frente, el cuello, las axilas, las ingles, el tórax y el abdomen) para regular la temperatura corporal.
 -

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

Después de haber realizado una minuciosa investigación sobre todo lo referente a la Tuberculosis intestinal y haber indagado más acerca de la vida pasada del paciente por medio de una entrevista con preguntas abiertas y cerradas. Puedo relacionar el presente estudio de caso clínico con el ***Modelo de Adaptación de Callista Roy***.

Debido a que su diagnóstico de Tuberculosis intestinal fue muy difícil e inesperado de asimilar por el mismo paciente. Quien mantuvo la calma para no perder el sano juicio, pero nos confianza que se siente preocupado sin saber que hacer o cómo será su vida de ahora en adelante.

Por aquello, el modelo de Callista Roy nos enseña sobre la adaptación que requerirá el paciente y familiares cercanos. Debido a que el tratamiento a seguir para la Tuberculosis debe ser continuo y bajo vigilancia médica en un centro de salud, para poder llevar un mejor control sobre el tratamiento inicial y final para la tuberculosis.

Hay que tener presente en todo momento que la condición actual de salud del paciente no solo influirá mucho en la adaptación de su entorno. Sino también en su estilo y calidad de vida y hábitos alimenticios.

Por lo que de ahora en adelante deberá auto-cuidarse en los aspectos anteriormente mencionados, y acudir a sus controles médicos para su tratamiento y para recibir apoyo psicológico debido a su proceso de aceptación y adaptación.

7. Resultados

7.1 Descripción de los resultados obtenidos

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio de caso clínico que fue aplicado en paciente de 54 años de edad con diagnóstico definitivo de Tuberculosis intestinal fueron los esperados en cuanto a su control, seguimiento, intervenciones de enfermería y tratamiento en base a su patología.

Desde que el paciente llegó por emergencia fue atendido de inmediato de manera eficiente y eficaz por el personal de salud. Se le brindaron los cuidados de enfermería basado en su sintomatología. Al igual que se realizaron una variedad de exámenes de laboratorios, estudios de imagenología y una endoscopia para determinar el diagnóstico.

El cuadro clínico que el paciente presentó a su ingreso fue tratado con su respectivo tratamiento farmacológico (antibióticos, antipiréticos y analgésicos). Luego de comprobar su diagnóstico: CIE-10 (A18.3) – Tuberculosis Intestinal. Inmediatamente se inició tratamiento de primera línea con Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol, según prescripción médica.

No hubo ninguna afección que pudiera causar alguna complicación en la vida de la paciente. Como, por ejemplo; una infección asociada a la atención de salud (IAAS). Por último, se recomendó al paciente que una vez dado de alta deberá acudir a sus controles médicos en el centro de salud más cercano a su domicilio y seguir el plan terapéutico en su domicilio.

7.2 Seguimiento del plan de cuidados

Hospitalización – Primer día.

Recibo paciente en el área de hospitalización con cuadro clínico de fiebre 38.1°C, distensión abdominal, hiporexia, astenia, palidez, deposiciones líquidas abundantes y déficit de peso que fueron controlados en el área de emergencia por la eficaz y oportuna intervención del personal de salud.

En cuanto a sus signos vitales registrados en la historia clínica del paciente, tenemos:

- Presión arterial 102/62mmhg.
- Frecuencia cardiaca 76lpm.
- Frecuencia respiratoria 18rpm.
- Temperatura 38,4°C.
- Saturación de oxígeno 98%

Se procede a colocar vía periférica en miembro superior izquierdo y se administra según prescripción médica:

- Plan de hidratación con solución salina al 0,9% 1000ml a 35ml/h.
- Paracetamol 1gr cada 8 horas hasta fiebre seda por completo.
- Omeprazol 20mg 1 cada 12 horas
- Tratamiento de 4HRZE

Cuidados generales de enfermería:

- Control de signos vitales.
- Control de medidas antropométricas.
- Administración de medicamentos.
- Entregar en las manos del paciente la medicación de TB y observar que la tome con suficiente agua.
- Registrar en la ficha de TB la medicación.
- Aseo diario.
- Dieta blanda
- Brindar apoyo emocional al paciente y familiares.

Hospitalización – Segundo día.

Paciente inicia tratamiento farmacológico de la Tuberculosis en el área de hospitalización. La primera fase se compone de 50 dosis, tomando 4 pastillas de RHZE (Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida, Etambutol). Las cuales deberá seguir tomando una vez dado de alta médica y cumplir con la primera fase.

La segunda fase solo se compone de 2 RH (Rifampicina, Isoniacida) en esta fase tiene que completar 100 tomas. Completando el esquema de tratamiento de la

Tuberculosis con 150 tomas durante 6 meses.

Por eso es fundamental instruir al paciente sobre la importancia que tiene acudir al centro de salud más cercano a su domicilio, para la toma de las pastillas de la Tuberculosis.

En cuanto al esquema de las formas de administración de la Tuberculosis, tenemos:

Formas de administración		
Fármacos	Intermitente diaria	2 veces/semana
Isoniacida (H)	5 mg/kg (máximo 300 mg)	15 mg/kg (máximo 900 mg)
Rifampicina (R)	10 mg/kg (máximo 600 mg)	10 mg/kg (máximo 600 mg)
Pirazinamida (Z)	30 mg/kg (máximo 2.000 mg)	60 mg/kg (máximo 3.500 mg)
Etambutol (E)	15-25 mg/kg (máximo 1.500 mg)	50 mg/kg (máximo 3.000 mg)
Estreptomicina	10-15 mg/kg (máximo 1.000 mg)	20-25 mg/kg (máximo 1.000 mg)

*450 mg en pacientes con menos de 50 kg de peso.

**25 mg/kg los dos primeros meses y posteriormente 15 mg/kg.

***750 mg en pacientes con menos de 50 kg de peso o edad superior a 50 años (Murillo, Cabrera, & Carbonell, 2021).

Hospitalización – Tercer día.

En la jornada matutina se le realizó al paciente exámenes de laboratorio (Hemograma) donde se obtuvieron los siguientes valores:

Resultados De Exámenes De Hemograma			
	Valores	Rangos Normales	Índice
NEU%	79.40%	55.00 – 65.00%	Alto
LYM%	16.10%	25.00 – 35.00%	Bajo
MON%	3.40%	4.00 – 8.00%	Bajo
EO%	0.80%	0.40 – 0.50%	Alto
RBC	3.0%	4.00 – 5.50	Bajo
HGB	10.30g/dl	12.00 – 17.40	Bajo
HCT	31.20%	36 – 52	Bajo
RDWsd	18.10%	0.00 – 16	Alto
MPV	4.90l	8.00 – 15.00	Bajo

Fuente: Exámenes de laboratorios realizados en la jornada matutina.

Otros Resultados De Exámenes:

- **Sistemática Orina:** Resultados normales
- Prueba de baciloscopía en esputo: (-)
- Prueba de cultivo en heces: (+)

El personal de enfermería realiza toma de signos vitales y se registra en el *SNS-MSP/HCU-Form.005 – Evolución y prescripción.*

- Presión arterial 115/68mmhg.
- Frecuencia cardiaca 78lpm.
- Frecuencia respiratoria 18rpm.
- Temperatura 36.6°C.
- Saturación de oxígeno: 99%

Se administra tratamiento farmacológico y se registra en el *SNS-MSP/HCU-Form. 022*

- Plan de hidratación con solución salina al 0,9% 1000ml a 35ml/h.
- Paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas.
- Omeprazol 20mg 1 cada 12 horas
- Tratamiento de 4HRZE

Cuidados generales de enfermería:

- Control de signos vitales.
- Control de medidas antropométricas.
- Entregar en las manos del paciente la medicación de TB y observar que la tome con suficiente agua.
- Registrar en la ficha de TB la medicación.
- Aseo diario.
- Brindar apoyo emocional al paciente y familiares.

Hospitalización – Cuarto día.

Paciente cursa su cuarto día de hospitalización en condiciones estables. No se observa ninguna novedad. El paciente no ha presentado ningún evento adverso en cuanto a la medicación. Ni tampoco una IAAS (infección asociada a la atención de salud).

Se procede a la toma de constantes vitales donde la temperatura corporal se encontraba entre los rangos normales:

- Presión arterial: 116/76mmhg.
- Frecuencia cardiaca: 74lpm.
- Frecuencia respiratoria:19rpm.
- Temperatura: 36,4°C.
- Saturación de oxígeno: 99%

Se administra tratamiento farmacológico y se actualiza el kardex dejando el paracetamol en PRN y suspendiendo la Omeprazol.

- Plan de hidratación con solución salina al 0,9% 1000ml a 35ml/h.
- Paracetamol 500mg vía oral PRN.
- Tratamiento de 4HRZE

Hospitalización – Quinto día – Alta médica

Paciente cursa su quinto día de hospitalización. Después de ser valorado por el médico y haber obtenido los últimos exámenes de laboratorio e imagenología actualizados. Se decide entregarle el alta médica al paciente en compañía de sus familiares.

Se hace las debidas recomendaciones al paciente como a los familiares sobre el tratamiento de tuberculosis que debe continuar desde el centro de salud más cercano a su domicilio.

7.3 Observaciones

- Los signos vitales del paciente se mantuvieron estables después de ser estabilizado en el área de emergencia.
- La fiebre y el dolor en la zona de la fosa iliaca derecha fueron tratados con sus respectivos analgésicos y antipiréticos.
- Paciente se mantuvo siempre consciente, orientado en tiempo y espacio.
- El paciente cumplió estrictamente con ir tomando la medicación para su tratamiento de tuberculosis intestinal.
- Durante la recuperación del paciente en el área de hospitalización no presentó ninguna IASS que hubiese podido causarle un daño irreversible a su vida.
- El paciente hizo caso omiso a cada una de las indicaciones e intervenciones por parte del profesional sanitario.

8. Discusión de los resultados

Según (Guerrero, 2021) manifiesta que el lugar más frecuente de la tuberculosis gastrointestinal es la zona ileocecal, seguido de yeyuno y colon. Sin embargo, el compromiso esofágico es muy poco común en personas con inmunosupresión, y se caracteriza por un cuadro clínico acompañado de dolor retroesternal, disfagia y odinofagia.

Según (Jena & Sharma, 2020) la tuberculosis afecta alrededor de un tercio de la población mundial con mayor prevalencia en países sub-desarrollados. Siendo la tuberculosis intestinal una condición paucibacilar. Por otro lado, las pruebas de micobacterias negativas no excluyen el diagnóstico de tuberculosis y la tasa de positividad para bacilos acidorresistentes va a variar entre el 3 – 35%, mientras que la positividad del cultivo es del 19 – 70.

Según la cooperación (IntraMed, 2021) refiere que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa provocada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Sin embargo, en el año 2017 la prevalencia aumentó en las regiones del Sudeste de Asia y el Pacífico Occidental con 62% y África con el 25% de los casos nuevos. Con mayor índice en población de 15 años en adelante y personas con diagnóstico de VIH que predominan mayormente en la región de África.

9. CONCLUSIONES

Por medio de la presente investigación científica sobre la tuberculosis intestinal y la aplicación del Proceso Atención de Enfermería se lograron cumplir con los resultados esperados en este estudio de caso.

En la entrevista que se le realizó al paciente durante la valoración general se pudo identificar que los patrones funcionales de Marjory Gordon alterados eran el de eliminación e intercambio, confort, seguridad y protección que fueron tratados en base al Proceso Atención de Enfermería. Donde se pudo clasificar el grado del cuadro clínico por medio de la escala de Likert y en base a eso se escogieron las intervenciones de enfermería específicas para cada patrón alterado.

En cuanto a los diagnósticos enfermeros que se obtuvieron de la taxonomía NANDA, encontramos los diagnósticos de motilidad gastrointestinal disfuncional, dolor agudo y termorregulación ineficaz. Los cuales se trataron de forma inmediata con la finalidad de estabilizar, restaurar y mejorar el estado de salud y bienestar del paciente.

Por último, los cuidados de enfermería fueron aplicado desde el ingreso del paciente hasta su alta médica. Obteniendo una favorable evolución con el pasar de los días y permitiéndonos concluir de manera exitosa este trabajo que se basó en la teoría científica y en campo laboral.

RECOMENDACIONES

- Se brindó accesoria al paciente/familiar sobre los cuidados y tratamiento farmacológico que debe continuar en casa una vez dado de alta médica.
- Se recomendó al paciente/familiar sacar cita médica para que acuda al centro de salud a tomar el tratamiento para la tuberculosis intestinal y tenga un mayor control y seguimiento.
- No ingerir alcohol, ni fumar.
- Educar al paciente sobre la importancia de mantener una dieta saludable.
- Se recomienda como medida general reforzar la importancia del lavado de manos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arnau, F., Batalla, L., & Pitarch, J. (01 de Diciembre de 2020). Tuberculosis intestinal, un reto diagnóstico. *Revista de Medicina Clínica Práctica*, 3(6), 1-4. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603924920300823>
- Bazzano, B., Pontet, Y., & Arriola, A. (25 de Marzo de 2024). Tuberculosis intestinal en paciente inmunocompetente: reporte de un caso. *Revista de Gastroenterología Latinoamericana*, 54(1), 84-91. Obtenido de <https://actaojs.org.ar/ojs/index.php/acta/article/view/341/739>
- Bazzano, Bruno; Pontet, Yessica; López, Virginia. (25 de Febrero de 2024). Tuberculosis intestinal en paciente inmunocompetente. *Revista Acta Gastroenterologica Latinoamericana*, 54(1), 84-91. Obtenido de <https://actagastro.org/numeros-anteriores/2024/Vol-54-N1/Vol54N1-PDF12.pdf>
- Falcón, D., Carrasquel, J., & Viteri, K. (13 de Diciembre de 2023). Tuberculosis en el mundo y en el Ecuador, en la actualidad . *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, IV(6), 658–673. doi:<https://doi.org/10.56712/latam.v4i6.1476>
- Guerrero, M. (2021). Tuberculosis intestinal y pulmonar cavitada en una paciente previamente sana. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 34(3), 148-153. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/infectologia/lip-2021/lip213g.pdf>
- Guido, S., & Perez, F. (2019). Tuberculosis en niños y adolescentes en Ecuador: análisis de la notificación, las características de la enfermedad y el resultado del tratamiento. *Revista Panamericana de la Salud Publica*, 1-9. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51756>
- IntraMed. (03 de Agosto de 2021). *Tuberculosis intestinal: El diagnóstico precoz sigue siendo difícil debido a la presentación clínica inespecífica*. Obtenido de Directrices mundiales de la WGO: <https://www.intramed.net/content/98443>
- Jena, A., & Sharma, V. (2020). Tuberculosis Intestinal y Enfermedad de Crohn. Lo difícil del diagnóstico diferencial. *Artículo de investigación científica y tecnológica*, 1-7. Obtenido de http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ibdr/article/view/25760/144814491772
- Merino, E., Gallardo, F., & Gallego, F. (04 de Octubre de 2019). Tuberculosis intestinal: importancia y dificultad del diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 110(10), 650-657. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://scielo.isciii.es/pdf/digest/v110n10/1130-0108-diges-110-10-00650.pdf
- MSP. (24 de Marzo de 2023). *Día Mundial de la tuberculosis*. Obtenido de El Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública – INSPI :

<https://www.investigacionsalud.gob.ec/inspi-participara-en-casa-abierta-por-conmemorarse-el-dia-mundial-contra-la-tuberculosis/>

- Murillo, C., Cabrera, M., & Carbonell, M. (2021). Capitulo 43. Tuberculosis. *Revista de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, 439-440. Obtenido de https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2043_III.pdf
- OMS. (07 de Noviembre de 2023). *Tuberculosis*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Ortiz, J. (10 de Marzo de 2019). *Cáncer de pene*. Obtenido de Urología. Enfocado en el diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de las enfermedades de las vías urinarias.: <https://www.urologoentoluca.com/post/2019/03/10/c%C3%A1ncer-de-pene>
- Rojas, L., Navarro, C., & Pisello, M. (2022). Tuberculosis Intestinal: El diagnóstico diferencial olvidado. *Revista de la Sociedad Chilena de Radiología*, 1-8. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://congresochilenoradiologia.cl/wp-content/uploads/2022/10/TBINTESTINALCONGRESO2022PDF.pdf>
- Serna, J., Bermúdez, S., & Martínez, N. (30 de Agosto de 2022). Complicaciones clinicas asociadas a la Tuberculosis Abdominal: Aspectos generales. *Revista Autonoma de Chile*, 9(3), 1-3. Obtenido de <https://revistas.uaautonoma.cl/index.php/ijmss/article/view/1983/1323>
- Suárez, A., Bernardo, G., & Velasco, R. (2023). Tuberculosis intestinal como simuladora de una neoplasia de colon. *Revista de Gastroenterología de México*, 88(2), 184-186. doi:10.1016/j.rgmx.2022.06.005
- Tahiri, M., Abbas, Z., & Mulder, C. (Marzo de 2021). Tuberculosis del aparato digestivo. *Revista Mundial de la Organizacion de Gastroenterologia*, 9-10. Obtenido de <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/digestive-tract-tuberculosis-spanish.pdf>
- Téllez, N., Tovar, C., & Vélez, A. (20 de Enero de 2023). tuberculosis intestinal y talasemia: una asociación inusual. A propósito de un caso. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 38(2), 221-228. doi:DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.942>
- Zegarra, S., Huamán, E., & Illescas, L. (15 de Diciembre de 2021). Tuberculosis intestinal asociada a falla intestinal. *Revista de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú*, 18(1), 22-28. Obtenido de <https://revistascgp.org/index.php/cirujano/article/view/27/26>

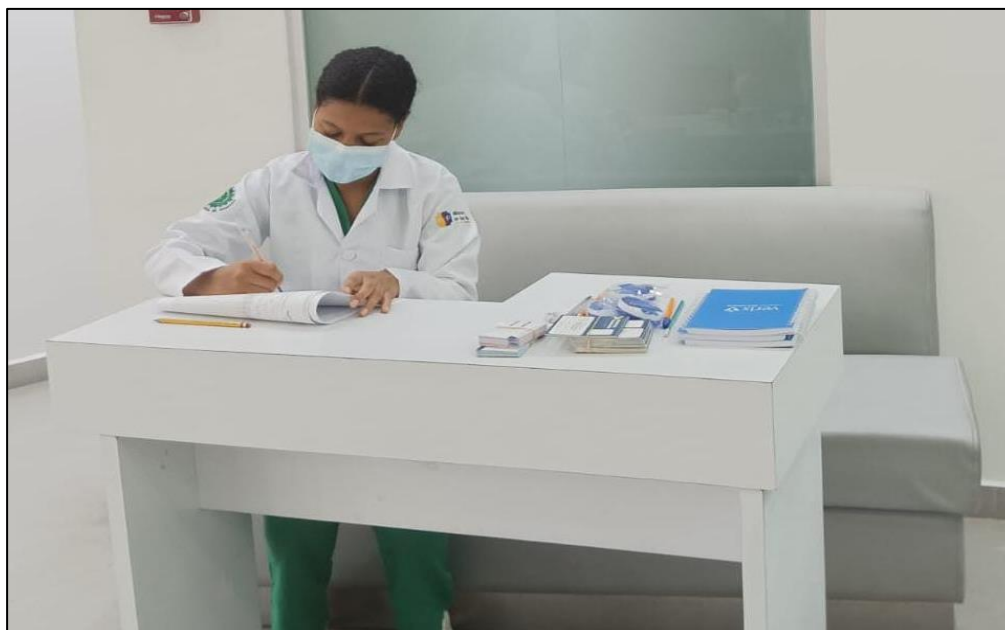
ANEXOS

Ilustración 1. Visita domiciliaria al paciente con diagnóstico de Tuberculosis Intestinal



Actividad realizada: Control de constantes vitales y medidas antropométricas a paciente con Tuberculosis Intestinal.

Ilustración 2. Registro de notas de enfermería en el SNS-MSP/HCU-form. 005 – Evolución y prescripciones



Actividad realizada: Reporte de enfermería en la HCU del paciente con diagnóstico de Tuberculosis Intestinal para control y seguimiento.