



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado (a) en Enfermería.

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD CON TUBERCULOSIS MENÍNGEA Y VIH SIDA

AUTOR

JENNIFER JOMIRA SANTILLAN MOREIRA

TUTOR

LCDA. ÁLVAREZ MACIAS BLANCA CECILIA.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCION	V
I. MARCO TEORICO	1
1.1 Justificación	9
1.2 Objetivos	11
1.2.1 Objetivo general	11
1.2.2 Objetivos específicos	11
1.3 Datos generales	12
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	13
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	13
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	14
2.3 Examen físico (exploración clínica).	14
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	16
Hematología	16
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	17
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	21
2.8 Seguimiento.	21
2.9 Observaciones.	26
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	29

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado en primer lugar a Dios quién me ha dado las fuerzas para seguir adelante El que me ha acompañado siempre, El que me ha extendido su mano cuando he sentido caer. Gracias a Él por el logro de concluir mi carrera.

También dedico de manera especial a mis padres por ser el pilar fundamental en la preparación de mi vida profesional muchos de mis logros se los debo a ustedes por sus motivaciones y alientos constantes por alcanzar mis sueños anhelados.

Gracias a mi hermana por su ayuda y acompañarme, por sus palabras de superación cuando más lo necesitaba.

A mi novio Julio Santana por su amor y cariño. Por creer en mí, siempre ha estado ahí para motivarme a continuar con mis estudios, una inspiración más para poder superarme cada día más.

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos en primer lugar son para Dios por darme la vida y las fuerzas por mantenerme de pies, por guiar mis pasos a lo largo de toda mi vida.

Agradecer a mis padres por su apoyo incondicional que ha sido de gran importancia en mi vida

A mis docentes de la universidad técnica de Babahoyo por sus conocimientos brindados gracias a su ayuda puedo dar por concluido con éxitos mi carrera.

A mi tutora Lcda. Blanca Álvarez por su paciencia orientación y ayudarme en la realización de mi trabajo.

TITULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 21 AÑOS
DE EDAD CON TUBERCULOSIS MENÍNGEA Y VIH SIDA**

RESUMEN

El diagnóstico de la meningitis tuberculosa (MTBC) siempre es un reto. Hay que dar importancia a las manifestaciones clínicas y el tiempo de duración. El análisis citoquímico del LCR tiene características adecuadas y debe ser observado muchas veces durante su tratamiento. La adenosin deami-nasa con punto de corte mayor que 15 UI/mL y la RPC para M. tuberculosis en LCR son las evidencias más distinguidas. Las imágenes aportan elementos valiosos pero no establecen el diagnóstico por si solas. A futuro se puede estructurar un puntaje con todos estos elementos para apoyar al clínico en el proceso diagnóstico. El tratamiento de la MTBC, dada su alta morbilidad y mortalidad, necesariamente debe ser más intensivo y prolongado, y debemos seleccionar fármacos con buena penetración en el SNC. Se propone un esquema de 12 meses. La fase diaria debería durar tres meses e incluir isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol o moxifloxacina. Estreptomocina no debería ser incluida dada su mala penetración en el SNC y reconocida toxicidad. La fase de mantenimiento debe ser de tres semanas, incluyendo isoniazida, rifampicina y pirazinamida. La dexametasona debe tomarse dentro de las primeras seis semanas de tratamiento.

Palabras clave: Meningitis tuberculosa, diagnóstico, adenosin deaminasa, tratamiento.

ABSTRACT

Diagnosis of tubercular meningitis (MTBC) is always challenging. We must give importance to the clinical manifestations and the duration. CSF cytochemical analysis has adequate characteristics and must be observed many times during its treatment. Adenosine deaminase with a cut-off point greater than 15 IU / mL and the CPM for *M. tuberculosis* in CSF are the most distinguished evidences. The images provide valuable elements but do not establish the diagnosis on their own. In the future, a score can be structured with all these elements to support the clinician in the diagnostic process. The treatment of MTBC, given its high morbidity and mortality, must necessarily be more intensive and prolonged, and we must select drugs with good penetration into the CNS. A 12-month scheme is proposed. The daily phase should last three months and include isoniazid, rifampin, pyrazinamide, and ethambutol or moxifloxacin. Streptomycin should not be included due to its poor CNS penetration and recognized toxicity. The maintenance phase should be three weeks, including isoniazid, rifampin and pyrazinamide. Dexamethasone should be taken within the first six weeks of treatment.

Key words: Tuberculous meningitis, diagnosis, adenosine deaminase, treatment.

INTRODUCCION

Este presente trabajo tiene como finalidad identificar los cuidados de enfermería que serán aplicados en el paciente con tuberculosis meníngea mediante el proceso de atención de enfermería.

Este estudio de caso clínico fue realizado en el “centro de salud san Antonio de pichincha” De la ciudad de Quito, con diagnóstico médico de tuberculosis meníngea en paciente de 21 años de edad

La meningitis tuberculosa se presenta 3 a 6 meses después de la infección primaria. El Mycobacterium tuberculosis se distribuye en el sistema nervioso central a través del torrente circulatorio durante la diseminación linfohematógena que generalmente parte del complejo primario y puede extenderse alrededor de la cuerda espinal.

La tuberculosis meníngea persiste como un problema para la salud pública a nivel nacional a pesar de los tratamientos que existen en la actualidad y las medidas de control promovidas por el Ministerio de Salud Pública, que al ser detectada a tiempo la enfermedad, el tratamiento nos dará un resultado favorable para el paciente y su pronta recuperación si sigue de forma disciplinada y ordenada el tratamiento directamente observado (DOTS) y las normas protocolarias indicadas por el personal de salud según el esquema correspondiente.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) registró, hace dos años, 6.023 pacientes con TB sensible y 252 resistentes. Con la Estrategia Mundial de Salud contra la Tuberculosis, prevé, hasta el 2035, disminuir el 10% la tasa de enfermedad.

EL Primer nivel de atención es el sitio de entrada de la gran mayoría de pacientes, en la cual el 70 % de patologías deben ser resueltas y tratadas.

El trabajo multidisciplinario entre los profesionales de salud, completa con éxito el proceso de seguimiento y tratamiento del paciente.

I. MARCO TEORICO

Proceso de atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería se establece en la concentración del método científico en la asistencia, que consiente a los expertos de dedicados a la enfermería prestar al paciente los cuidados que precisa de una forma ordenada, lógica y siguiendo un definitivo sistema. Los cuidados de enfermería han avanzado mucho a lo largo de los años y presentemente se basan en categóricos protocolos muy organizados y en planes, para obtener una homogeneidad.

Gestión de recursos humanos de enfermería

La clasificación de los recursos humanos de enfermería sigue métodos determinados y se pueden diferenciar los siguientes métodos de gestión:

Cuidados progresivos. Los pacientes se reparten según su dificultad y a medida que evolucionan se trasladan de unidad.

Cuidados por paciente. El trabajo de apoyo sanitaria a un paciente lo ejecuta un equipo definitivo con un auxiliar de enfermería o diferentes. Este equipo se puede dominar de varios pacientes.

Cuidados por tareas. Los cuidados se distribuyen entre el personal de enfermería, de tal forma que cada uno ejecuta unas tareas definitivas en relación a los pacientes o al adecuado servicio de enfermería.

Cuidados integrales. Al paciente se le determina una enfermera que le asiste desde que ingresa hasta que le dan el alta. De esta forma consta una continuidad en el trabajo que ejecuta la enfermera.

Principales etapas del proceso de atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería tiene una serie de etapas, entre las que podemos recalcar las siguientes:

Valoración

En esta etapa se realiza primeramente una recogida de datos en dependencia al paciente para conocer su realidad. Las fuentes de información para la fabricación de datos suelen ser las siguientes: el historial médico del paciente, el oportuno paciente, su familia o alguna persona respectiva con él. Esta información va a ser el pilar para la toma de decisiones que se lleve a cabo consecutivamente.

Diagnóstico

En este período se llega a una conclusión de acuerdo a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos pasada a cabo en la fase anterior. El diagnóstico de enfermería puede ser diferente del diagnóstico médico.

Planeación

En esta tercera etapa, una vez preciosa la información proveniente de las numerosas fuentes anteriormente mencionadas y elaborado un diagnóstico de enfermería se fundan los cuidados de enfermería que se van a ejecutar.

Ejecución

Esta etapa es definitiva dentro del proceso de atención de enfermería y presume la puesta en práctica de las disposiciones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se elaboran los cuidados que se ha decidido aplicar. En esta fase es muy importante la recogida de datos para poder valorarlos en la fase siguiente.

Evaluación

En la fase de evaluación, una vez aplicados los cuidados al paciente, se establece si la etapa del paciente se corresponde con los resultados que se esperaban. En este período del proceso se valora si la evolución es correcta o se deben implementar cambios en las decisiones tomadas. La evaluación solicita el examen de diferentes aspectos como: el examen físico del paciente, el análisis del historial clínico y la entrevista con el paciente, entre otros.

Tuberculosis meningea

Según la OMS “La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa.”

La terapia para meningitis tuberculosa se inicia con H, R, Z y E en una fase inicial de 2 meses, seguida de una de continuación con H y R por un período adicional de 7 a 10 meses, aunque la duración de la terapia no ha sido establecida. De acuerdo a la opinión de expertos, debería considerarse el monitoreo del líquido cefalorraquídeo para evaluar los cambios en el recuento de células, glucosa y proteínas durante el tratamiento.

La neurocirugía debe considerarse en casos de meningitis tuberculosa complicada como hidrocefalia, absceso cerebral tuberculoso y situaciones clínicas en las que exista paraparesia. (Victorino & Carlos, 2017)

Es la inflamación de las meninges y de sus alrededores provocada por el bacilo de la tuberculosis. Este tipo de TB es uno de los cuadros más graves de la enfermedad, por lo que su diagnóstico precoz y tratamiento pueden resultar vitales. Los bacilos pueden ingresar en el espacio subaracnoideo provocando:

- 1) Inflamación de las meninges,
- 2) Formación de una masa en la base del cerebro,
- 3) Inflamación y reducción del diámetro de las arterias, con daño cerebral.

Generalmente, se manifiesta con un decaimiento general a lo largo de 2-8 semanas, con malestar general, irritabilidad, cambio de la conducta, anorexia, pérdida de peso y fiebre leve. Después progresa a dolor de cabeza, vómito, tensión cervical y rápidamente, a la pérdida de la conciencia.

Manifestaciones clínicas

El mecanismo de daño de la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* puede afectar el sistema nervioso central de múltiples maneras causando, meningitis serosa, tuberculoma, absceso cerebral y meningitis. Sus manifestaciones clínicas en las

primeras etapas son inespecíficas. Estas son variables en gravedad dependiendo de la parte más afectada donde se ubique la enfermedad puede ser la estructura básica, parénquima cerebral, piamadre. Los síntomas se deben a La hipersensibilidad a la proteína de la tuberculosis que se libera en el líquido cefalorraquídeo.

En la etapa temprana de bacilemia alcalina con infección, granulomas o granulomas implantados en el cerebro y ruptura de nódulos meníngeos. Tuberculosis meníngea, replicación de mico bacterias en el plexo coroideo.

El estudio realizado evidencio que la sintomatología presente más notoria fue la cefalea, hipertermia, seguido de tortícolis, desorientación, alteración del estado de la conciencia, emesis, crisis convulsiva y déficit neurológico focal.(Quintero, Calderon, & Lopez, 2015)

Se describen tres etapas, que resumen el grado de impacto:

La primera etapa (prodrómica): la liberación de bacterias del líquido cefalorraquídeo comienza con cambios de personalidad, irritabilidad, fiebre baja intermitente, anorexia, fatiga, fatiga y pérdida de peso; esta etapa dura de una a dos semanas.

Fase dos: surgen fiebre, cefalea, agitación psicomotora, somnolencia, vómito, rigidez de nuca, signos de Kernig y Brudzinski, reflejos osteotendinosos exaltados; también, aparecen datos de focalización: anisocoria, deterioro del nivel de conciencia, alteración de pares craneales III, VI y VII, paraparesia, hemiparesia, 50% de los niños presentan convulsiones que saben ser tónico-clónicas, focales generalizadas.

La tercera etapa (enfermedad avanzada): el nivel de conciencia cambia gradualmente, de letargo, confusión y estupor hasta coma, síntomas autonómicos, dilatación y reflejo de la pupila, irreflexiva, posición cerebelosa o exfoliación; ocasionalmente se puede observar glaucoma. La duración de la imagen es de 2 a 8 semanas, aunque hay 2, 4, 7, 8 casos de progreso rápido.

Patogenia

La tuberculosis meníngea es una forma complicada de una infección primaria que al transcurrir el tiempo que en ocasiones menos frecuentes se convierte en

crónica. También puede ser consecuencia de un tratamiento inapropiado de la enfermedad, se ve con mayor incidencia en niños menores de seis años y no se presenta en menores de cuatro meses.

Se genera una expansión linfohematógena de los bacilos comenzando la infección en el pulmón y por proximidad de las meníngeas lo que conlleva a la formación de foco meníngeo o de Richi por el cual los bacilos ingresan al espacio subaracnoideo activando el mecanismo de respuesta provocando una inflamación determinada.(Aguirre, 2006)

Se desarrolla exudado inflamatorio que afecta principalmente la cisterna de Silvio, cisternas basales, tallo cerebral y cerebelo; éste puede obstruir el drenaje de LCR, lo que ocasiona hidrocefalia y compromiso en las referencias de los pares craneales; el proceso inflamatorio puede dar paso a la formación de tuberculosas o abscesos cerebrales, los cuales pueden dar lugar a compromiso vascular de pequeño o mediano vaso. La consecuencia más grave de la infección es la vasculitis, en los vasos del polígono de Willis, el sistema vertebro basilar y las ramas perforantes de la arteria cerebral media.(Claudia & Claudia, 2013)

Diagnóstico

Laboratorio.

Los hallazgos en LCR corresponden a meningitis:

- Pleocitosis (>5 cel./ML) con predominio de linfocitos
- Hipogluorraquia (menos de 40mg/dL).
- Hiperproteorraquia (>100mg/dL).
- Concentración de lactato aumentada (>19mg/dL).

Imagen.

En la realización de TAC de cráneo, con y sin contrastes centramos las siguientes características:

La tríada altamente sugerente de TB meníngea: realce meníngeo (sugerente de aracnoiditis), hidrocefalia (comunicante, secundaria a bloqueo de las cisternas basales por el proceso inflamatorio, se presenta en 38-100% de los casos) e infarto, esta tríada tiene 100% de especificidad pero 41% de sensibilidad. Con

menor frecuencia, la hidrocefalia puede ser obstructiva por efecto de tuberculosas o ependimitis granulomatosa sobre la circulación del LCR.

Bacteriológico

La demostración de bacilos M, tuberculosis es el diagnóstico con certeza se realiza mediante tinción de Ziehl-Neelsen en LCR y cultivo de LCR. Las bacterias se observan mediante tinción en LCR en 10- 40% y cultivos positivos en 45-90% de los casos.

Actividad de Adenosina Deaminasa (ADA).

Es originada por linfocitos que se muestran niveles elevados en un gran porcentaje de los casos. Se emplea esta enzima en el diagnóstico de tuberculosis en serosas la cuantificación de esta participa en la degradación de purinas esto es indispensable para la diferenciación de células linfocíticas es de gran utilidad en la tuberculosis meníngea. Se pueden tener falsos positivos en casos de meningitis viral. (Alejandro, Maribel, & Ernesto, 2018)

Tratamiento

Esquema de tratamientos primario en adultos está compuesto de dos fases:

La fase inicial o intensiva: Esta dura aproximadamente dos meses dentro de este tiempo se administran fármacos bactericidas de forma diaria (52 dosis) lunes a sábado para reducir la carga bacilar. (Mariela, 2016)

Fármaco	Dosis Diaria (mg/kg)	Dosis máxima (mg/d)
ISONACIDA (H)	5 (4-6)	300
RIFAMPICINA (R)	10 (8-12)	600
ETAMBUTOL	15 (15-20)	1200
PIRAZINAMIDA	25 (20-25)	2000

La fase de continuación: dura alrededor de 4 meses, la administración de fármacos es de 3 veces por semana.

Fármaco	Dosis diaria (mg/kg)	Dosis máxima (mg/d)
ISIONAZIDA (H)	10 (8-12)	600
RIFAMPICINA (R)	10 (8-12)	600

Considerando el índice de resistencia a H nuestro medio $\geq 4\%$, la pauta de elección de inicio sin conocer sensibilidad de cepa, tendrá las siguientes premisas:

- *Fase de inicio (HRZE 2 meses):* el cuarto fármaco más empleado es etambutol (E) por vía oral, vigilando aparición de neuritis óptica (agudeza visual y distinción entre color rojo-verde). Una alternativa, de uso excepcional, son los amino glucósidos, como amikacina o estreptomicina.
- *Duración del cuarto fármaco:* suspender cuando se conozca la sensibilidad de la cepa (caso fuente). Si no se conoce, mantener 2 meses. Si se emplean amino glucósidos, valorar retirar tras 4-6 semanas.
- *Fase de mantenimiento (HR 4 meses):* en TB-pulmonar por cepa sensible o desconocida y buena evolución. En los casos de TB extra pulmonar o TB resistente, consultar el apartado específico.(Maria, Santiago, & Fernando, 2018)

Relación de la Tuberculosis meníngea y VIH

La infección simultánea del virus de la inmunodeficiencia humana y el bacilo de la TB es uno de los principales problemas en el mundo.

El riesgo aumenta de 10 a 50 veces en estos pacientes lo cual se ve provocado por la alteración negativa de la respuesta del sistema inmune del individuo ocasionando que este sea más propenso a desarrollar TB, lo cual trae repercusiones notorias en entre estas dos enfermedades adjuntando las resistencia a los anti infecciosos.(Jorge Enrique Manchado, 2005)

La combinación de la infección por el VIH con la tuberculosis es letal, ya que la una acelera la evolución de la otra. En 2018 fallecieron unas 251 000 personas por tuberculosis asociada al VIH. (OMS, 2019)

El VIH tiene una estrecha relación con la tuberculosis y la combinación de estas dos enfermedades es un diagnóstico de estadio 4 de la OMS, ocasionalmente se genera una infección diseminada ocasionado un índice de muerte muy alta.(Michel & Veronica, 2016)

1.1 Justificación

La tuberculosis plantea como en todos los países un problema epidemiológico agravado por la aparición de organismos multidrogoresistentes, tuberculosis y VIH, o asociados a enfermedades crónicas no transmisibles.

La alta prevalencia de VIH y la falta de sistematización adecuada de la investigación de contactos en los adolescentes revelan la necesidad de considerar estrategias centradas en la familia y que involucren la capacitación del personal de salud en el manejo del paciente pediátrico centrándose en las necesidades específicas de cada población. Revista Panamericana Salud Pública. 2019; 43: e104.

En Ecuador 3.874 personas afectadas con tuberculosis (TB) lograron su recuperación y 3.146 actualmente siguen en tratamiento.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) registró, hace dos años, 6.023 pacientes con TB sensible y 252 resistentes. Con la Estrategia Mundial de Salud contra la Tuberculosis, prevé, hasta el 2035, disminuir el 10% la tasa de enfermedad. 1

EL Primer nivel de atención es el sitio de entrada de la gran mayoría de pacientes, en la cual el 70 % de patologías deben ser resueltas y tratadas.

El trabajo multidisciplinario entre los profesionales de salud, completa con éxito el proceso de seguimiento y tratamiento del paciente.

El personal de enfermería debe participar en la detección oportuna de los pacientes con Tuberculosis, localizando a los sintomáticos respiratorios así como a sus contactos.

Los cuidados de enfermería en el primer nivel básicamente se los da en el entorno domiciliario y debe existir una relación estrecha entre enfermera, paciente y familiares del mismo. Esta es una buena herramienta a utilizar por el equipo de salud para formar estrategias en favor de la salud.

La profesional de Enfermería tiene que aprovechar la relación familiar que se crea como vínculo entre ella el paciente y sus parientes, ya que incluso es tratada como una más de ese grupo familiar.

También es de mucha importancia que la profesional tenga todos los conocimientos sobre la sintomatología de alarma en estos pacientes para que el paciente y familiares sepan que tienen que hacer en caso de una emergencia.

Todo lo anteriormente anotado le permitirán a la enfermera a definir sus comportamientos y desarrollar las reglas y líneas de acción.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería a pacientes de 21 años de edad con tuberculosis meníngea y VIH sida.

1.2.2 Objetivos específicos

Realizar un plan de cuidados de enfermería dirigido a las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Conocer los patrones funcionales alterados en el estudio del cuadro clínico del paciente.

Fortalecer la relación del personal de enfermería con el paciente.

1.3 Datos generales

Nombres y Apellidos: NN

Fecha de nacimiento: 17/05/1999

Edad. 21 años

Sexo: Masculino

Raza: Mestizo

Estado civil. Soltero

Lugar de nacimiento: Machala provincia del oro

Lugar de Residencia: San Antonio de Pichincha

Ocupación. Vendedor informal.

Nivel sociocultural/económico: Bajo

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente de 21 años de edad que fue diagnosticado de Tuberculosis Meníngea aguda a esta casa de salud con hoja de contra referencia, para seguimiento y tratamiento con antifímicos.

Paciente que fue ingresado en el Hospital Pablo Arturo Suarez en el servicio de Neumología por presentar meningitis tuberculosa por lo cual recibe terapia antifímicos desde el día 22 de Septiembre del 2019 (día 8) con adecuada evolución clínica y respuesta al mismo, en buenas condiciones generales.

Hábitos de consumo.

Paciente que desde los 15 años tiene antecedentes de alcoholismo una vez por mes por cinco años hasta la embriaguez, luego de la muerte de su padre la adicción empeora y este último año ha bebido alcohol cada semana hasta la embriaguez total.

Cocaína: inicio a los 12 años una vez por semana.

Base de Cocaína: inicio a los 12 años una vez al día.

LSD: inicio a los 15 años una vez al mes.

Hongos: inicio a los 13 años solo por una ocasión.

Rivotril: inhalado inicio a los 14 años una vez cada dos meses.

Tabaco: inicio a los 12 años una vez al mes.

Marihuana: inicio a los 12 años consume por 4 veces al día.

Inicio de Vida Sexual Activa a los 16 años Parejas Sexuales 8.

Antecedentes patológicos familiares.

Hermano fallecido por sobredosis hace tres años.

Padre alcoholismo crónico.

Primos paternos y maternos con antecedentes de consumo de drogas.

Antecedentes clínicos.

Paciente con antecedentes de Hepatitis a los 10 años.

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

Paciente refiere que hace aproximadamente unos dos años presento síntomas similares a gripe precedidos por mialgias, cefalea, malestar general y escalofríos. Recuerda que antes de la aparición de estos síntomas tuvo relaciones sexuales sin protección en casa de citas. Por lo que decide acudir al médico de Hospital donde se solicitan exámenes y se diagnostica Enfermedad causada por Virus de Inmunodeficiencia Humana más Tuberculosis Meníngea, iniciándose tratamiento para las dos patologías.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Paciente de sexo masculino consciente orientado en tiempo y espacio.

Peso 50.6 Kilos,

Talla 157 cm.

T/A 95/70.

F/C115.

F/R. 20.

T°: 38 C

Valoración céfalo caudal

- **Cabeza.** Normo céfalo
- **Boca.** mucosas orales hidratadas, no lesiones en boca, leve eritema en oro faringe.
- **Conducto Auditivo Externos.** Permeables, eritematosos bilaterales, sin dolor, ni presencia de úlceras.
- **Nariz.** Fosas Nasales permeables.
- **Cuello.** no adenopatías.

- **Tórax.** Normosómica no masas.
- **Corazón.** Ruidos cardiacos normales no soplos.
- **Pulmones.** murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos.
- **Abdomen.** suave depresible no doloroso a la palpación Ruidos Hidroaéreos presentes
- **Extremidades.** normales no edema distal, marcha adecuada, sensibilidad conservada.
- **Examen Neurológico.** Normal

Valores de enfermería por patrones funciones (teoría Marjory Gordon)

- **Patrón 1- Percepción de la salud:** Paciente se encuentra optimista, desea su pronta recuperación.
- **Patrón 2 – Nutricional – Metabólico:** Paciente presenta pérdida de peso Involuntaria.
- **Patrón 3 – Eliminación e Intercambio:** Paciente presenta diarrea con más de dos a tres deposiciones al día y diaforesis.
- **Patrón 4 – Actividad y ejercicio:** presencia de astenia
- **Patrón 5 – Sueño – Descanso:** Paciente refiere sentir hipertermia y escalofríos nocturnos, e insomnio.
- **Patrón 6 – Cognitivo – perceptivo:** Orientado en tiempo y espacio.
- **Patrón 7 – Autopercepción – Autoconcepto:** el paciente manifiesta ser una buena persona, cumplir con sus responsabilidades. Dice sentirse ansioso en terminal su tratamiento.
- **Patrón 8 – Rol – Relaciones:** Estado civil soltero, vive con su madre y sus dos hermanas, mantiene buena relación familiar. Y apoyo en la recuperación de su enfermedad.
- **Patrón 9 – Sexualidad – reproducción:** prefiere no hablar del tema. No mantiene actividad sexual.
- **Patrón 10 – Tolerancia al estrés:** paciente refiere sentir miedo temor. Y no adaptarse en los nuevos cambios para su recuperación.
- **Patrón 11 – Valores – Creencias:** católico, apoyo de su madre, nos afirma tener planes para su futuro.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Hematología

BIOMETRIA HEMATICA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
LEUCOCITOS	8,79	4-5 10
GLOBULOS ROJOS	4,88	4,7- 6,1
NEUTROFILOS	2,30	2,2- 4,8
LINFOCITOS	5.10	3,2
BASOFILOS	0,4	0,2- 1
HEMOGLOBINA	16.8 g/dl	12-16 g/dl
HEMATOCRITO	43.5 %	42- 52 %
PLAQUETAS	278.0000	13.0000-40000

Bioquímica

	RESULTADOS	VALOR REFERENCIAL
SODIO	137,6	135 – 148
POTASIO	4,30	3.5 - 4.5
BILIRRUBINA DIRECTA	021	
CLORO	104	94 – 110

20 de Septiembre del 2019 se realiza examen de punción lumbar para el estudio de Líquido Céfalo Raquídeo.

Glucosa en Líquido Céfalo Raquídeo. 48.

Lactato Deshidrogenasa en Líquido Céfalo Raquídeo: 0.3

Albumina en Líquido Céfalo Raquídeo 0,10

Proteínas en Líquido Céfalo Raquídeo 154.7, MG/DL

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico presuntivo. Neumonía

Diagnóstico diferencial. VIH SIDA

Diagnóstico definitivo. Tuberculosis meníngea

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

Como resultado de la valoración clínica los patrones que se evidenciaron alterados son:

- Nutricional/Metabólico
- Eliminación /Intercambio
- Seguridad/ Protección

NANDA: 11.
 Seguridad/protección
NOC: II Salud fisiológico
NIC: Seguridad

(00004) RIESGO DE INFECCIÓN

R/C: Enfermedad crónica

M
E
T
A
S

Dominio: - II salud fisiológica

Clase: - H respuesta inmune

Etiqueta: 0702 estado inmune

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

Campo: Seguridad

Clase: V Control de riesgo

Etiqueta: 6550 Protección contra las infecciones

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Vacunaciones actuales			x		
Detección de infecciones actuales	x				
Infecciones recurrentes	x				
Pérdida de peso	x				

- ACTIVIDADES**
1. Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
 2. Aplicar técnica de aislamiento si es preciso.
 3. Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
 4. Fomentar el descanso.
 5. Enseñar al paciente a tomar medicación tal como se ha prescrito.
 6. Enseñar al paciente y familiar a evitar infecciones.
 7. Instruir al paciente y familiar acerca de los signos de infección.

NANDA: 2
 Nutricional/Metabólico
NOC: IV Conocimiento y
 Conducta de salud
NIC: II Fisiológico complejo

(00007)HIPERTERMIA

R/C: Tuberculosis

E/P: Temperatura Corporal mayor al rango normal
 38°C

M
E
T
A
S

Dominio: IV Conocimiento y Conducta de salud

Clase: T – Control del riesgo y seguridad

Etiqueta: (1922) Control de riesgo hipertermia

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Reconoce los factores la hipertermia				X	
Modifica el entorno para controlar la temperatura					X
Aplica medios físicos de ser necesarios				X	
Mantiene la ingesta de líquidos adecuada				X	

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

Campo: II Fisiológico complejo

Clase: M- Termorregulación

Etiqueta: (3786) tratamiento de la hipertermia

- ACTIVIDADES**
1. Trasladar al paciente a un ambiente más frío.
 2. Aflojar o quitar la ropa.
 3. Aplicar métodos de enfriamiento externo (bolsas de hielo en cuello, tórax y abdomen).
 4. Colocar al paciente en agua fría según tolerancia para evitar escalofríos.
 5. Evitar las frías de alcohol con esponjas.
 6. Proporcionar una solución de rehidratación oral.
 7. Monitorizar la presencia de anomalías en el estado mental.

NANDA: 3 eliminación e intercambio
NOC: II: salud fisiológica
NIC: fisiológico básico

(00013) DIARREA

R/C: MALA ABSORCIÓN

E/P: PERDIDAS DE HECES LIQUIDAS > 3 EN 24 HORAS

M
E
T
A
S

Dominio: II: SALUD FISIOLÒFICA

Clase: F ELIMANACIÒN

Etiqueta: 0501 ELIMINACIÒN INTESTINAL

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Heces blandas y formadas	x				
Facilidad de eliminación de las heces		x			
Ruidos abdominales		x			
Diarrea	x				

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

Campo: fisiológico básico

Clase: B control de la eliminación

Etiqueta: 0460 manejo de la diarrea

- ACTIVIDADES**
1. Evaluar el perfil de la medicación por los efectos secundarios.
 2. Solicitar al paciente que el color y el volumen de frecuencia y consistencia de las deposiciones.
 3. Evaluar la ingesta registrada para determinar el contenido nutricional.
 4. Identificar los factores (medicamentos, bacterias)
 5. Monitorizar sonidos intestinales.
 6. Practicar acciones que supongan un descanso intestinal (dieta absoluta, dieta líquida)

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

Mediante el sistema de valoración de Marjory Gordon que manifiesta los requisitos óptimos para identificar de manera eficaz cualquier anomalía o alteración que se presenta en el individuo o entorno influyente del mismo.

Este modelo permite obtener una visión holística de las alteraciones de cada una de las funciones vitales y así brindar soluciones especificar y individualizadas para cada necesidad.

M. Gordon aporta un listado de 11 patrones funcionales de Salud, que permiten clasificar cada una de las aéreas que perciben al ser humano como individuo. Cada ítem o patrón son respectivamente abarcados por el profesional de enfermería agrupando información que patentice una conducta funcional o disfuncional del paciente.

2.8 Seguimiento.

08/06/2019

Se prescribe esquema antitífico: Rifampicina 300 + Isoniazida 150. 2 tabletas cada día, 20 días complejo B cada día (no hay en la unidad) Omeprazol 20 cada día (no hay en la unidad)

2 de Octubre del 2019.

Signos Vitales

Tensión Arterial 95/70, Saturación 97%, Frecuencia Cardiaca: 115 por minuto, Peso: 50.6 Kilos, Talla: 157 centímetros.

Indicaciones:

- Dieta Hiperproteica.
- Aseo personal y de domicilio.
- Citas Subsecuentes.

- Isoniazida 75 mg / Rifampicina 150 mg /Etambutol 275 mg / Pirazinamida 400 mg 4 tabletas vía oral cada día, Esquema 1 Fase 1 Dosis 8. De lunes a Viernes.
- Omeprazol 20 miligramos vía oral una vez al día.
- Complejo B una tableta vía oral una vez al día.
- Prednisona 20 miligramos vía oral cada 12 horas.
- Ácido Valproico 500 miligramos una cápsula cada 12 horas.
- Risperidona 1mg/ml 8 gotas cada 12 horas.

Exámenes Solicitados

VIH, Serología, Biometría Hemática, Perfil lipídico, Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO), Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP), Glicemia. Elemental y Microscópico de Orina (EMO).

Cita en Neurología el día 23 de Noviembre del 2019.

12 de Noviembre 2019

Paciente consciente orientado a febril aumenta 56 kg en relación a control anterior tratamiento emitido por neurología noviembre modifica tratamiento. Malcote 500mg (suspendido)

Indicaciones

- Dieta Hiperproteica.
- Aseo Personal.
- Cuidados de Higiene en el Domicilio.
- Visitas domiciliarias subsecuentes.
- Control subsecuente de neurología: 23/11/2019 Hospital Pablo Arturo Suárez.
- Prednisona 20mg se reduce la dosis 1/2 tableta cada 12h
- Risperidona gotas 1mg / ml 8 gotas pm y 3 gotas am cada 12h.

- Isoniazida 75mg + rifampicina 150mg + etambutol 275mg + Pirazinamida 400mg/dl 4 tableta vía oral cada día por 20 días. Omeprazol 20mg vía oral cada día x 20 días Complejo B 1 tableta vía oral cada día por 20 días.
- Control en 20 días.

11 de Diciembre del 2019

Signos Vitales

Tensión Arterial 110/70, Saturación 94%, Frecuencia Cardiaca: 72 por minuto, Peso: 56.1 Kilos, Talla: 157 centímetros

Indicaciones:

- Dieta Hiperproteica.
- Higiene Personal Diaria.
- Isoniazida 75 mg / Rifampicina 150 mg / Etambutol 275 mg / Pirazinamida 400 mg 4 tabletas vía oral cada día, Esquema 1 Fase 1 Dosis 8. De lunes a Viernes.
- Omeprazol 20 miligramos vía oral una vez al día.
- Complejo B una tableta vía oral una vez al día.
- Prednisona 20 miligramos vía oral cada 12 horas.
- Ácido Valproico 500 miligramos una cápsula cada 12 horas.
- Risperidona 1mg/ml 8 gotas cada 12 horas.

Resultados de exámenes con fecha 24/11/2019

Glucosa en ayunas: 88.7 mg/dl. Urea: 16, Creatinina: 0.91, Ácido Úrico: 9.6, Colesterol Total: 163, Triglicéridos: 152,7, Colesterol, HDL: 42 mg/dl, Colesterol LDL: 99 mg/dl, Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO) 14.6 mg/dl, Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP) 12.8 mg/dl. Elemental y Microscópico de Orina (EMO) Negativo, VDRL No Reactivo HIV: No Reactivo.

17 de Diciembre 2019

Paciente que acude para control por tuberculosis meníngea, al momento asintomático, suspendida medicación por neurología hoy, y nueva valoración en febrero por neurología, en tratamiento por HIV en HPAS , hoy inicia fase 2 de esquema 1 de tratamiento, no refiere alza térmica, no sudoraciones, ha subido de peso , tiene buen apetito

Indicaciones

- Dieta Hiperproteica.
- Aseo Personal.
- Cuidados de Higiene en el Domicilio.
- Visitas domiciliarias subsecuentes.
- Cuidados generales,
- Pendiente cita con neurología en Febrero,
- Esquema 1 fase 2 de tratamiento para tuberculosis Rifampicina 300 + Isoniazida 150 mg dos tabletas cada día por veinte días,
- Complejo B una tableta cada día por veinte días.
- Omeprazol 20 mg cada día por veinte días.
- Continuar con medicación prescrita para HIV en Hospital Pablo Arturo Suárez,
- Control en 20 días

29 de Enero 2020

CONTROL POR TB MENINGEA

Paciente con antecedentes de tuberculosis meníngea con tratamiento en esta casa de salud al momento se encuentra en buenas condiciones de salud refiere que acudió a neurología en HPAS donde no dan medicación, hace tres meses especialista retira ácido valproico, ha bajado de peso.

Peso 53.2 Kilos Talla 157 centímetros IMC 21.58 Saturación 90 Tensión Arterial 90/70 Temperatura 37 grados Centígrados.

Indicaciones

- Dieta Hiperproteica.
- Aseo Personal.
- Cuidados de Higiene en el Domicilio.
- Visitas domiciliarias subsecuentes.
- Cuidados generales,
- Pendiente cita con neurología en Febrero,
- Esquema 1 fase 2 de tratamiento para tuberculosis Rifampicina 300 + Isoniazida 150 mg dos tabletas cada día por veinte días,
- Complejo B una tableta cada día por veinte días.
- Omeprazol 20 mg cada día por veinte días.
- Continuar con medicación prescrita para HIV en Hospital Pablo Arturo Suárez,
- Control en 20 días

13 de Marzo 2020

CONTROL POR ESQUEMA DE SEGUIMIENTO DE TUBERCULOSIS

Paciente que acude a control, por tuberculosis meníngea, al momento asintomático, tuvo cita con la infectología, informa que la enfermedad de base está controlada, y envían pedidos para control en julio. Neurología dio el alta, suspende ácido valproico. No presenta ningún síntoma al momento.

SIGNOS VITALES

Peso 53.2 kilos Talla 157 centímetros I.M.C.: 21.58 tensión Arterial 90/70
Temperatura 37 Grados Centígrados Frecuencia Cardíaca 69 Latidos por Minuto
Saturación 67 %

Indicaciones

- Dieta Hiperproteica.
- Aseo Personal.
- Cuidados de Higiene en el Domicilio.
- Visitas domiciliarias subsecuentes.

- Cuidados generales,
- Esquema 1 fase 2 de tratamiento para tuberculosis Rifampicina 300 + Isoniazida 150 mg dos tabletas cada día por veinte días,
- Complejo B una tableta cada día por veinte días.
- Omeprazol 20 mg cada día por veinte días.

Continuar con medicación prescrita para HIV en Hospital Pablo Arturo Suárez, Control en 20 días permite detectar los casos antes de que lleguen a ser infecciosos y realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías pulmonares crónicas, certificando que sea el bacilo de la tuberculosis. También juega un rol muy importante en el seguimiento de los pacientes con TB resistente a fármacos, ya que permite detectar tempranamente el fracaso al tratamiento y conocer la sensibilidad a las drogas antituberculosas.

2.9 Observaciones.

La frecuencia de otras microbacteriosis pulmonares es muy baja en nuestro país, la observación microscópica de BAAR en el esputo es diagnóstico de Tuberculosis en más del 99% de los casos no asociados al Sida.

Se ha demostrado que los casos que representan el mayor riesgo para la transmisión de la tuberculosis son los pacientes bacilíferos, porque son los que transmiten la infección a la población sana.

Los servicios de salud deben estar organizados para poder realizar el examen baciloscópico de esputo a toda persona que tenga tos y expectoración por más de 15 días independientemente del motivo de consulta, con el fin de detectar precozmente los enfermos para comenzar el tratamiento.

CONCLUSIONES

La valoración de enfermería me permitió detectar los principales problemas del paciente tales como el patrón nutricional metabólico relacionado con el factor fisiológico, en la cual se le aplicó un plan de atención con la finalidad de ayudar y enseñar al paciente a mejorar su condición de salud. También se dio prioridad al problema de riesgo de infección, ya que se encuentra afectado su sistema inmune. Siendo un paciente inmunodeprimido. Se hace énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por esto caracteriza a la enfermería en el nivel primario de salud.

Se consiguió que el paciente continúe con su tratamiento de TB meníngea con respuesta favorable, se continúa con el mismo esquema con el tratamiento directamente observado.

Se le sugiere al paciente conservar un estilo de vida saludable, tener una dieta equilibrada, descansar las 8 horas, realizar ejercicios.

Se aconseja a los familiares a brindar su apoyo social, emocional y la comprensión del mismo, permitiendo que el paciente evolucione satisfactoriamente. Brindándole confianza como personal de enfermería para que acuda al centro de salud ante cualquier duda que tenga.

Finalmente puedo concluir que la TB meníngea sigue siendo una amenaza persistente y una de las causas de muertes en el mundo. Si no es tratada a tiempo.

Por ende es de gran ayuda que el primer nivel de salud siga trabajando en la detección oportuna de la enfermedad. Y dar motivación a los pacientes para terminar con su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, J. J. (2006). Infeccion por micobacterias del sistema nervioso central. *Scielo* .
- Alejandro, H. S., Maribel, G. V., & Ernesto, R. G. (2018). Identificacion de factores de riesgo y metodologia diagnostica de serositis por M.tuberculosis . *Med Inst Mex* , 364-371.
- Claudia, C. H., & Claudia, C. B. (2013). Tuberculosis Meningeas. *Revista Medica* , 209-213.
- Jorge Enrique Manchado, J. W. (2005). Asociacion tuberculosis y VIH . *Redalyd* , 239-243.
- Maria, M., Santiago, B., & Fernando, B. (2018). *Actualizacion de tratamiento de tuberculosis*. España: ScienciDirect.
- Mariela, C. (2016). *Guia de nacinal de manejo de la Tuberculosis*. Honduras : Mnisterio de salud Publica.
- Michel, V., & Veronica, C. C. (2016). Tuberculosis Extrapulmonar: Breve Revision General . *Scielo* .
- OMS. (2019). *Tuberculosis y VIH*.
- Quintero, P., Calderon, C., & Lopez, V. (2015). Caracteristicas Clinicas y diagnostigas de tuberculosis en adultos. *Scielo* .
- Victorino, F., & Carlos, P. (2017). Recomendaciones en el tratamiento de la tuberculosis sensible. *Scielo* .

ANEXOS

MSP
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
VALENTE	GONGORA	EDWARD JOSE	17/05/1998	21 años	M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual	Dirección domicilio	Número del teléfono
ECUATORIANO	ECUADOR	0705668010	Provincia: OCHIVO Cantón: SAN ANTONIO Parroquia:	Calle Principal y Secundaria	0998705567

II. REFERENCIA: 1 **DERIVACION:** 2

Entidad del sistema Hist. Clínica No. Establecimiento de Salud Tipo Distrito/Area

Entidad del Sistema Establecimiento de Salud Servicio Especialidad día mes año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:
Limitada capacidad resolutoria
Ausencia temporal del profesional
Falta de profesional

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

CIE-10	PRE	DEF
1		
2		
3		

Nombre del profesional: Código MSP: Firma:

III. CONTRAREFERENCIA: 3 **REFERENCIA INVERSA:** 4

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
MSP	608203	HPAS	2	NEUMOLOGIA	NEUMOLOGIA

Contrarefiere o Referencia inversa a: Fecha

Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año
MSP	Centro de Salud San Antonio de Pichincha	C	17D03	1	10	2019

2. Resumen del cuadro clínico
Paciente masculino es ingreso al servicio por presentar meningitis tuberculosa por el cual recibe terapia antimifimica desde el 22/09/2019 (DIA 8) con adecuada evolucion clinica y respuesta al mismo. En buenas condiciones generales.

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados
ISONIAZIDA 75 MILIGRAMOS/ RIFAMPICINA 150 MILIGRAMOS/ ETAMBUTOL 275 MILIGRAMOS/ PIRAZINAMIDA 400 MILIGRAMOS 4 TABLETAS VIA ORAL CADA DIA. ESQUEMA 1, FASE 1, DOSIS 8 (LUNES-VIERNES)

5. Diagnóstico

CIE-10	PRE	DEF
1		
2		
3		

6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o de complejidad
ISONIAZIDA 75 MILIGRAMOS/ RIFAMPICINA 150 MILIGRAMOS/ ETAMBUTOL 275 MILIGRAMOS/ PIRAZINAMIDA 400 MILIGRAMOS 4 TABLETAS VIA ORAL CADA DIA. ESQUEMA 1, FASE 1, DOSIS 8 (LUNES-VIERNES)

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma:

MSP/form.053/2013

7. Referencia justificada:

ESTABLECIMIENTO **NOMBRE** **APELLIDO** **FECHA DE NACIMIENTO** **Nº HISTORIA CLINICA**

Edwards Valente 11 02052098

1 EVOLUCION

NOTAS DE EVOLUCION

08-06-20 No presenta molestias
Al examen físico
Examen de orina estéril
Examen de heces normal
Adaptación adecuada en estomas
Cesal, ingiere
Alto de recuperación pero
tiene seguimiento de nefrología
Julio
Examen de orina de parásitos
Plan: Mantener esquema de
tratamiento antituberculoso y
antifímico.
Dg TB Meningea A190
VIH - B240
\$ - Control TB + VIH
+ B240
O: No agudiza
No refiere molestias
A: TB Meningea
P: VIH B240

08-06-20 Pte no refiere el turno de
examen que va a realizar
por seguir con el tratamiento

2 PRESCRIPCIONES

FARMACOTERAPIA E INDICACIONES PARA ENFERMEDAD O OTRO SITUACIONAL

3. Mantener tratamiento
Isoniazida 75mg +
Rifampicina 150mg
2 tab 2/dia x 20 dias
4. Completa B 1 tab
Cada dia x 20 dias
5. Omaprol 40mg 20mg
6. Mantener DOTS
7. Abacavir

Dr. Ignacio Lora Jaramilla

1. Medias de Higien
2. Dieta adecuada
3. Refuerzo 300mg +
Isoniazida 150mg
2 tab 2/dia x 20 dias
4. Completa B 1
Cada dia (que sea en la
tarde)
5. Control renal 1 vez
Cada 20 dias
(que sea en el turno de
examen)

Dr. Ignacio Lora Jaramilla
Dr. Ignacio Lora Jaramilla
Dr. Ignacio Lora Jaramilla

SNS-MSP / HCU-form.005 / 2008

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	EDAD (A. F.)	N.º FOLIA	N.º HISTORIA CLINICA
MSP	Jorge	Vallente			0705668010

1 EVOLUCION		FECHA	HORA	NOTAS DE EVOLUCION
		2019/12/17		Dg Control por TB Meningea Paciente de 22 años que abandonó su control por cuadro TB meningea. Admisión al sistema de salud. No síntomas de alarma. Pd. Control por hemodinamia, HPAs estables. Et. Neurológico sin alteraciones. Genio y Lirio normalizados. Acomodación normal, no signos patológicos en Ocasos. Abdomen blando, descomulgado. No doloroso, no visceromegalias. Enterohepatitis no de origen infeccioso. Dg. TB meningea CIE 10 A170 Plan. Continuar con esquema 1 Fase 2.
		26/01/20	10:20	Paciente en control de TB Meningea con datos de la Etapa 1 de 17 meses de evolución en curso controlado. Refuerzo de fase 2 en dosis de 4 HPAs y 2 mg/kg de rifampina por vía oral. Se dio cumplimiento en tiempo y espacio. No signos de alarma. Control por 24h.
		17-07-20		Paciente en condición estable, con dg de VIH + TB meningea Segunda Fase II remite.

2 PRESCRIPCIONES		FORMA AL PRE DE CADA PRESCRIPCION
FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMEDAD Y OTRO PERSONAL)		ADJUSTE FARMACOS INSEGUROS
1 - Esquema 1 Fase 2 Rifampina + Isoniazida 300/150 2 tab/dia dosis por 20 días 2 - Pd Neurológico por 12 meses 3 - Complejo B ODx 20 días 4 - D. suplement 20mg/30a 20 días 5 - Dieta hiperproteica 6 - Cuidados generales. 7 - Ases de paratuberc. 8 - Control en 20 días		
Mantener medidas de higiene 2. Dietético en proteínas		
EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (2)		

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Ministerio de Salud Pública

quema: Letra Dos CDF Número de solicitud de diagnóstico: _____

dificación: MSP Provincia: Pichincha Área: 17007 Establecimiento: SAP

cha: 22 septiembre 2020 Nombre del responsable del tratamiento: Lic. Ximara Jimena G. Firma de responsabilidad: _____

Situación: CENTRO DE SAOS S-P Tarjeta de control y administración de tratamiento

Provincia: Pichincha Área: SAP

Dirección: Vallente Guarapara Excm José

Teléfono: 17-4-1814 Duplicación: 0705668010

Fecha de emisión: 22-09-2019

Nº de paciente: _____

Clasificación de tuberculosis: TSPB-C

Equipo de tratamiento:

Primera fase: HRZ

Segunda fase: HR

Control de la administración de medicamentos:

Fecha	Día del mes																															Cambio																																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Indicador	Estado	Alta	Alta																																	
Jun 20	88	89	90	91	92	S	D	97	94	95	96	S	D	97	98	99	100	101	S	D	102	103	104	105	S	D	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	101	101	101	101												
Jul 20	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	102	102	102	102						
Ago 20	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	103	103	103	103
Sept 20	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	104	104	104	104
Oct 20	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	105	105	105	105				

El solicitante se compromete a la actualización, control en el control de estado de salud de los beneficiarios. El control de pacientes en estado de diagnóstico, plan de control, control de los beneficiarios en forma de control de estado de salud y diagnóstico, cambios en el estado de salud de los beneficiarios.