



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PACIENTE CON MAL DE POTT Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA COMUNITARIA

GARAY VARGAS DANNY ERICK
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACAS CHIRIBOGA ANA KAREN
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PACIENTE CON MAL DE POTT Y APLICACIÓN DEL PROCESO
DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA COMUNITARIA

GARAY VARGAS DANNY ERICK
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACAS CHIRIBOGA ANA KAREN
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PACIENTE CON MAL DE POTT Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN EL ÁREA COMUNITARIA

GARAY VARGAS DANNY ERICK
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACAS CHIRIBOGA ANA KAREN
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

SOTOMAYOR PRECIADO ANITA MAGGIE

MACHALA, 04 DE SEPTIEMBRE DE 2019

MACHALA
2019

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado **PACIENTE CON MAL DE POTT Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA COMUNITARIA**, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.

SOTOMAYOR PRECIADO ANIFA MAGGIE
0702041518
TUTOR - ESPECIALISTA 1

CALDERON MARTINEZ VIRGINIA JESSENIA
0704059211
ESPECIALISTA 2

JUMBO DIAZ CESAR PATRICIO
0705064566
ESPECIALISTA 3

Machala, 04 de septiembre de 2019

Urkund Analysis Result

Analysed Document: CASO CLINICO - MAL DE POTT TITULACION.docx (D54918833)
Submitted: 8/20/2019 6:55:00 PM
Submitted By: dgaray_est@utmachala.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

Estrada_Matos_Jason_Titulo_Profesional_2016.pdf (D27315500)
TUBERCULOSIS GANGLIONAR.docx (D46996378)

Instances where selected sources appear:

3

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, GARAY VARGAS DANNY ERICK y MACAS CHIRIBOGA ANA KAREN, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado PACIENTE CON MAL DE POTT Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA COMUNITARIA, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 04 de septiembre de 2019



GARAY VARGAS DANNY ERICK
0706252707



MACAS CHIRIBOGA ANA KAREN
0705190221

RESÚMEN

El mal de Pott o también conocido como espondilitis anquilosante, dentro de los tipos de tuberculosis extra pulmonar es considerada como la más frecuente a nivel mundial en un 50% a diferencia de otras consideraciones, siendo común que esta patología se de en niños y no en adultos como es el estudio de caso del presente trabajo. La espondilitis anquilosante da como resultado de la llegada del agente causal (Bacilo de Koch) hacia la médula espinal a través de la vía hemática o por vía linfática, ocasionando lesiones devastadoras en las vértebras y severas complicaciones en la columna vertebral si la enfermedad no es diagnosticada y tratada a tiempo. El objetivo del presente análisis de caso es analizar los factores de riesgo que ocasionan una mayor incidencia en la tuberculosis extrapulmonar a través de la revisión bibliográfica y aplicación del proceso atención de enfermería en el primer nivel de atención. La problemática que se encontró en el presente estudio de caso es la espondilitis anquilosante, la misma que se evidenció en una paciente de 51 años de edad, atendida en el Hospital Santa Teresita de la Ciudad de Santa Rosa en el segundo semestre del 2017. Para el desarrollo de esta investigación se aplicó el método analítico, el mismo que nos permitió comprender en mayor profundidad el objeto de estudio con la finalidad de analizarlo, describirlo y descomponerlo con cada una de sus características, causas y elementos. Conjuntamente con la utilización de instrumentos de la investigación para obtener información basada en aspectos éticos legales que fueron facilitados mediante la historia clínica de la paciente. Dando como resultado el diagnóstico de espondilitis anquilosante emitido por el médico encargado, a través de la realización de baciloscopia de acuerdo al protocolo dando BK positivo +, además de la ejecución y/o aplicación de otros medios de diagnóstico como la radiografía donde se evidencia lesiones en las vértebras complementándose con resonancia magnética en la cual se pudo observar cambios escleróticos en vértebras desde la D11, D12 Y L1 conjuntamente con ensanchamiento de partes blandas paravertebrales de probable origen infeccioso. Se realiza adherencia al tratamiento y la importancia de cumplir con los protocolos del ministerio de salud Pública. Incluyendo la prueba de VIH con resultado negativo. El tratamiento efectuado está conformado por dos fases: La primera fase tuvo una duración de 2 meses con el esquema tetra conjugado: isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol (2HRZE), durante 5 días por semana. Al término de la primera fase, se continuó el tratamiento durante un periodo de 10 meses con rifampicina e isoniacida. En referencia al informe presentado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2018, Ecuador ocupa el puesto número 10 relacionado con los casos estimados de

tuberculosis en las Américas, con un porcentaje del 3% de infectados. Concluimos que el 25% de los casos corresponden a tuberculosis extrapulmonar, 11% de ellos se clasifican en tuberculosis osteoarticular y un 50% siendo la más frecuente es el Mal de Pott, según el análisis de caso y mediante las evidencias imagenológicas presentadas, el diagnóstico data de una forma paradiscal que ocurre en mayor proporción en adultos, en comparación con la somática que afecta a niños. Antes, durante y después del transcurso de esta patología la paciente experimenta una serie de cambios, que van desde su estado emocional hasta los cambios fisiopatológicos y tisulares presentes, los mismos que van de la mano con el entorno que rodea al individuo (familia, trabajo, amistades, etc.). Las manifestaciones clínicas en un 25% son: cuadros dolorosos frecuentes, fatiga, diaforesis nocturna, pérdida de peso y mialgias; mientras que el 75% no presenta ningún tipo de sintomatología. Las pruebas imagenológicas son un hallazgo en el diagnóstico de esta patología la cual suele pasar inadvertida por largos periodos de tiempo, la evolución de la enfermedad es lenta y progresiva, causando lesiones devastadoras en las vértebras con mayor índice desde la T8 hasta la L3, si la enfermedad no es diagnosticada y tratada a tiempo, en etapas más avanzadas produce deformidad cifótica, abscesos y trastornos neurológicos debido al alcance de la misma. En un estudio acerca de la adherencia al tratamiento antituberculoso, hacen referencia al Modelo de Nola Pender el cual permite observar el cumplimiento de los pacientes que asisten a la terapia farmacológica y sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud, su aplicabilidad en los pacientes que han abandonado el tratamiento es reintegrarse al mismo, mediante consejerías educativas y sociales, entre los pacientes y el personal del programa de control de la tuberculosis para fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico e impulsar conductas de salud y estilos de vida saludable.

Palabras clave: Tuberculosis extrapulmonar, espondilitis anquilosante, intervenciones de enfermería.

ABSTRACT

Pott's disease or also known as ankylosing spondylitis, within the types of extra-pulmonary tuberculosis is considered the most frequent worldwide by 50% unlike other considerations, being common that this pathology occurs in children and not in adults as is the case study of this work. Ankylosing spondylitis results in the arrival of the causative agent (Koch's bacillus) into the spinal cord through the blood or lymphatic route, causing devastating vertebrae injuries and severe spinal complications if the disease is not diagnosed and treated on time. The objective of this case analysis is to analyze the risk factors that cause a greater incidence in extrapulmonary tuberculosis through the literature review and application of the nursing care process in the first level of care. The problem that was found in the present case study is ankylosing spondylitis, the same that was evident in a 51-year-old patient treated at the Santa Teresita Hospital in the City of Santa Rosa in the second half of 2017. To The development of this research applied the analytical method, which allowed us to understand in greater depth the object of study in order to analyze, describe and decompose it with each of its characteristics, causes and elements. Together with the use of research instruments to obtain information based on legal ethical aspects that were provided through the patient's medical history. Giving as a result the diagnosis of ankylosing spondylitis issued by the attending physician, through the performance of smear according to the protocol giving positive BK +, in addition to the execution and / or application of other diagnostic means such as radiography where lesions are evidenced in the vertebrae complementing with magnetic resonance imaging in which sclerotic changes in vertebrae from D11, D12 and L1 could be observed together with widening of paravertebral soft tissues of probable infectious origin. Adherence to treatment is performed and the importance of complying with the protocols of the Ministry of Public Health. Including HIV test with negative result. The treatment is made up of two phases: The first phase lasted 2 months with the tetra conjugate scheme: isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and ethambutol (2HRZE), for 5 days per week. At the end of the first phase, treatment was continued for a period of 10 months with rifampicin and isoniazid. In reference to the report presented by the World Health Organization in 2018, Ecuador is ranked number 10 related to estimated cases of tuberculosis in the Americas, with a percentage of 3% infected. We conclude that 25% of the cases correspond to extrapulmonary tuberculosis, 11% of them are classified as osteoarticular tuberculosis and 50% being the most frequent is Pott's Mal, according to the case analysis and through the imaging evidence presented, the diagnosis dates to a paradiscal form that occurs in greater proportion in adults, compared to the somatic one that affects

children. Before, during and after the course of this pathology, the patient experiences a series of changes, ranging from her emotional state to the pathophysiological and tissue changes present, the same that go hand in hand with the environment surrounding the individual (family, work, friendships, etc.). The clinical manifestations in 25% are: frequent painful conditions, fatigue, nocturnal diaphoresis, weight loss and myalgias; while 75% do not present any type of symptoms. Imaging tests are a finding in the diagnosis of this pathology which usually goes unnoticed for long periods of time, the evolution of the disease is slow and progressive, causing devastating lesions in the vertebrae with a higher index from T8 to L3, if The disease is not diagnosed and treated in time, in more advanced stages it produces kyphotic deformity, abscesses and neurological disorders due to its scope. In a study about adherence to tuberculosis treatment, they refer to the Nola Pender Model which allows observing the compliance of patients attending pharmacological therapy and serves to integrate nursing methods into people's health behaviors. It is a guide for the observation and exploration of biopsychosocial processes, which are the role model of the individual, for the conduct of behaviors aimed at improving the quality of life at the health level, its applicability in patients who have abandoned treatment is reintegrate to it, through educational and social counseling, between patients and the program staff of tuberculosis control to promote adherence to drug treatment and promote health behaviors and healthy lifestyles.

Keywords: Extra pulmonary tuberculosis, ankylosing spondylitis, nursing interventions.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	7
1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio.	7
1.2. Hechos de interés.	8
1.3.1 Objetivo general	10
2. CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO - EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO.	11
2.1. Descripción del enfoque teórico-epistemológica del estudio	11
2.1.1 Tuberculosis con relación a la Historia Natural De La Enfermedad	11
2.2 Bases teóricas de la investigación.	12
2.2.1 Tuberculosis extrapulmonar	12
2.2.2 Columna vertebral	12
2.2.3 Espondilitis anquilosante	12
2.2.4 Manifestaciones clínicas	12
2.2.5 Factores de Riesgo	12
2.2.6 Diagnóstico	13
2.2.6.1 Resultado de las pruebas de imágenes	14
2.2.7 Tratamiento	14
2.2.8 Proceso atención de enfermería basado en el modelo de Nola Pender	15
3. CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO	16
3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada	16
3.1.1 Tipo de investigación	16
3.1.2 Población de estudio	16
3.1.3 Área de estudio	16
3.1.4 Tipo de estudio	16
3.1.5 Método de estudio	16
3.1.6 Técnicas a utilizar	17
3.1.7 Instrumentos de investigación	17
3.1.8 Categorías estudiadas	17
3.2 Proceso de recolección de información en la investigación.	18
3.2.1 Aspectos ético legales	18
3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la Historia Clínica	18
3.2.3 Ubicación de la historia clínica	18
3.3 Sistema de categorización en el análisis de información	18

3.3.1 Anamnesis	18
3.3.2 Signos vitales	18
3.3.3 Antecedentes personales	18
3.3.4 Antecedentes familiares	19
3.3.5 Evolución	19
3.3.6 Diagnóstico médico	19
3.3.7 Diagnóstico de enfermería	19
3.3.8 Intervenciones de enfermería	20
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
4.1. Descripción y argumentación teórica de resultados.	22
4.2. Conclusiones	24
ANEXO 1. PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	32
TABLA 1. NANDA, NOC, NIC - DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO	32
TABLA 2. NANDA, NOC, NIC – BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	33
TABLA 3. NANDA, NOC, NIC – TEMOR	34
TABLA 4. NANDA, NOC, NIC – DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RESILIENCIA	35

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es la segunda causa de muerte a nivel mundial, después del virus de inmunodeficiencia humana, es un problema de gran magnitud y representa un alto impacto en los países subdesarrollados (1). Según el informe presentado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2018, 10 millones de individuos adquirieron esta patología mientras que 1,6 millones fallecieron. Más del 95 % de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos (2). Ecuador conforma el Escenario 4 en relación a los casos de Tuberculosis en todas sus formas (3).

La tuberculosis es tratable y prevenible, afecta principalmente el tejido pulmonar y a otros órganos en menor incidencia (4). En referencia a los tipos de tuberculosis extrapulmonar, la que se da con mayor frecuencia es el Mal de Pott en un 50% en relación con otras formas (5)(6). Percival Pott a finales del siglo XVIII evidenció y determinó el Mal de Pott como una patología donde el individuo adquiriere el bacilo de Koch (7), presentando manifestaciones clínicas como dolor leve localizado entre las vértebras lumbares de predominio vespéral y acompañado de diaforesis nocturna, episodios de escalofríos y alza térmica, en etapas más avanzadas ocasiona destrucción del disco y el hueso esponjoso, colapso vertebral, caries vertebrales, abscesos y paraplejia (8).

El diagnóstico diferencial del Mal de Pott o espondilitis anquilosante, puede ser afín a otras patologías debido a la presencia de signos y síntomas similares; además de que la enfermedad suele manifestarse en etapas avanzadas y es necesario utilizar pruebas imagenológicas como radiografías simples, resonancia magnética nuclear y tomografía axial computarizada (9).

El presente análisis se basa en un caso de tuberculosis extrapulmonar, paciente de género femenino de 51 años de edad, a quien se le diagnóstico la enfermedad del Mal de Pott o espondilitis anquilosante con hallazgo radiológico. El tratamiento establecido fue basado en la guía práctica clínica de prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis, segunda edición del 2018. A través de este estudio queremos dar a conocer cuál es la función que cumple el profesional de enfermería en el área comunitaria desde los pilares fundamentales que tiene el primer nivel de atención en salud como es la prevención y promoción en salud.

1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio.

El objeto de estudio es la tuberculosis extrapulmonar, que se evidenció en paciente de 51 años de edad, atendida en el Hospital Santa Teresita de la Ciudad de Santa Rosa el 24 de septiembre de 2017, según revisión de la historia clínica, empieza a recibir tratamiento el 26/09/2017. La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por el bacilo Koch, generalmente esta bacteria afecta a los pulmones dando como resultado en la mayoría de los casos la tuberculosis pulmonar, siendo un serio problema de salud para la población pues el riesgo de que esta patología se disperse es alto, debido a que el agente causal se propaga por el aire cuando una persona infectada tose, escupe, estornuda o habla (10).

La Organización Mundial de la Salud define a la tuberculosis extra pulmonar como aquella infección causada por el agente patógeno *Mycobacterium Tuberculosis* que afecta a otro tejido u órgano. Representando del 20 al 25% de los casos, siendo el órgano diana el pulmón, a través del cual se produce la diseminación del bacilo por vía hematológica o linfática (11).

El mal de Pott son lesiones provocadas en las vértebras que es el resultado de la presencia del bacilo de Koch en la médula del hueso, siendo la más frecuente las formas de espondilitis en un 50% en comparación con afectaciones a otros órganos o tejidos. Esta patología puede permanecer latente por largos periodos de tiempo, en la cual la mayoría de pacientes no manifiestan sintomatología relacionada con la misma, hasta llegar a etapas más avanzadas y provocar dolor persistente a causa de la destrucción de las vértebras. Si no es diagnosticada y tratada tempranamente, puede provocar deformidades en la columna vertebral o lesiones en la médula espinal y trastornos neurológicos como la paraplejia (12).

La espondilitis anquilosante se clasifica en:

- Discal: Provocada por contigüidad (No observable en radiografía)
- Paradiscal: Siendo la más común en adultos, provocando lesiones en el disco y ensanchamiento en partes blandas paravertebrales.
- Somática: Afectando en mayor proporción en la infancia y manifestándose como osteomielitis vertebral que suele ocasionar lesiones neurológicas.

- Atípicas: Son aquellas relacionadas con lesiones en el arco neural y con complicaciones severas.

El tratamiento para Mal de Pott (Espondilitis Tuberculosa) está conformado por dos fases: La primera o fase inicial tiene un periodo de duración de 2 meses, seguida de una segunda fase o fase de consolidación que tiene una duración de 10 meses (13).

La organización mundial de la salud como respuesta global a esta epidemia elaboro una estrategia conocida como “Fin la tuberculosis” que tiene como objetivos: reducir la tasa de incidencia en un 90%, reducir la morbimortalidad en un 95%, lograr cero familias afectadas por costos catastróficos, estas son unas de las metas que se pretenden alcanzar en el 2035. Los pilares fundamentales para alcanzar estos objetivos son: Prevención, investigación e innovación y políticas audaces (14). Actualmente en la clasificación de los países con un alto índice de incidencia en relación a la tuberculosis Ecuador se ubica en el escenario 4 con una tasa de incidencia superior a 50 por cada 1000000 habitantes, así mismo refleja en el sistema de tratamiento por observación directa una cobertura inferior a 75% que es el resultado de la implementación lenta o ausencia del sistema de tratamiento por observación directa (1).

En relación al Informe mundial emitido por la Organización Panamericana de la Salud sobre “Tuberculosis en las Américas 2018”, Ecuador se ubica dentro de los 10 países con mayor número de casos estimados de tuberculosis en el año 2017, notificó 7.200 casos estimados, obteniendo la cifra más baja de casos estimados en relación a los diez países de estudio (2).

De los casos de tuberculosis un 25% existe afectación extrapulmonar, una de las localizaciones son las zonas osteoarticular, pleural y ganglionar. Los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de desarrollar tuberculosis pulmonar son: la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, comorbilidades del paciente como; insuficiencia renal, diabetes mellitus, la edad, el género femenino. Entre los pacientes que desarrollan tuberculosis extrapulmonar osteoarticular son los adultos y adultos mayores que la enfermedad se reporta en mayor incidencia (15)(16).

1.2. Hechos de interés.

Aproximadamente 3 millones de personas mueren anualmente por la tuberculosis, convirtiéndose en la enfermedad que más vidas cobra después del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (17). La tuberculosis provoco 1.3 millones de muertes entre

personas con el virus de inmunodeficiencia humana en el año 2017. A nivel global 5.8 millones de hombres, 3.2 millones de mujeres y 1 millón de niños están infectados con tuberculosis, dando un resultado de 10 millones de personas con tuberculosis (18). La más común es la tuberculosis pulmonar, pero en un 25% de los casos afecta a otros órganos o sistemas. La tuberculosis osteoarticular, es la tercera localización más frecuente de la tuberculosis extrapulmonar, se clasifica en central y periférica, en el primer grupo un 40% de los casos reportados afectan la región lumbar (espondilitis anquilosante o mal de Pott) (19).

De los casos de la tuberculosis extrapulmonar, la tuberculosis esquelética tiene una frecuencia de 1 a 11%, cuya manifestación en el 50% de los casos es el mal de Pott. La región torácica tiende a ser la más afectada, seguida de la zona lumbar y cervical. La progresión de la enfermedad es lenta e insidiosa, el 25 % de los casos presentan signos y síntomas como: fatiga, diaforesis nocturna, mialgias, cambios de apetito y pérdida de peso. Sin embargo, la tardía aparición de los síntomas depende en gran medida a la respuesta inflamatoria, en los pacientes inmunocomprometidos esta respuesta esta disminuida y como resultado no permite un diagnóstico precoz. En estadios avanzados esta enfermedad puede causar severas complicaciones estructurales y neurológicas, por ejemplo: paraplejia de miembros inferiores, deformación vertebral, compresión de la medula espinal, estenosis (20). Dentro de los métodos diagnósticos encontramos a la baciloscopia, sin embargo, un 30 a 50 % de los casos de tuberculosis extrapulmonar suelen tener un resultado negativo debido a su bajo rendimiento de las muestras de líquidos biológicos (5-20%), por esta razón se debe realizar un cultivo microbiológico, permite detectar de 10-100 bacterias por mililitro de la muestra, también permite determinar la sensibilidad a ciertos fármacos. Los cultivos de medios líquidos detectan el crecimiento bacteriano entre 7 a 10 días mientras en los medios solidos son necesarios de 2 a 6 semanas. La tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear se las emplean para identificar la afectación de las partes blandas, extensión y posible implicación neurológica, entre otros procedimientos que serán descritos posteriormente (11).

1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1 Objetivo general

Analizar los factores de riesgo que ocasionan una mayor incidencia en la tuberculosis extrapulmonar a través de la revisión bibliográfica y aplicación del proceso atención de enfermería en el primer nivel de atención.

2. CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO - EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO.

2.1. Descripción del enfoque teórico-epistemológica del estudio

2.1.1 Tuberculosis con relación a la Historia Natural De La Enfermedad

Es una enfermedad causada por el *Mycobacterium Tuberculosis*, que afecta en mayor frecuencia en los pulmones, siendo menos afectados otros órganos el mecanismo de transmisión es a través de la vía aerógena mediante micro gotas que contienen de 1 a 5 bacilos, que al desembocar en el alveolo pulmonar se encuentra en condiciones óptimas para desarrollarse o permanecer en estado latente durante años, activándose cuando el sistema inmune se encuentra debilitado y si no se empieza un tratamiento precoz puede ser mortal (21)(22). La puerta de entrada para contagiar al huésped es: las conjuntivas, heridas del aparato respiratorio, entre otros. Los mecanismos de inmunidad determinan la susceptibilidad del huésped siendo más vulnerables los niños menores de 5 años y adultos mayores de 65 -70 años, cuando algunos de estos grupos son contagiados existen varias condiciones para que la enfermedad se manifieste que tienen estrecha relación con el estado del sistema inmunitario (18).

El mal de Pott también conocido como espondilitis tuberculosa es el resultado de la diseminación hematogena o linfática. En el primer periodo la infección es causada por un foco pulmonar y la diseminación puede ocurrir por vía arterial o venosa, en donde la arteria que recorre el borde de cada vértebra se deriva de las arterias vertebrales anterior y posterior si solo una vértebra es afectada el disco no es afectado, pero si dos discos presentan daño, la nutrición del disco es interrumpida y el disco puede colapsar que conduce al daño de la columna vertebral y medular (15)(17). En los adultos el 50 al 75% con tuberculosis osteoarticular y el 33 al 50% de pacientes con tuberculosis espinal inician con un foco pulmonar primario activa (8).

En el segundo periodo, las articulaciones que se ven mayoritariamente afectadas son la T8 hasta la L3, es un tipo de artritis tuberculosa que afecta las articulaciones paravertebrales la espina dorsal en la región en la que se desarrolla frecuentemente, posteriormente la toracolumbar y cervical, las lesión produce una destrucción vertebral progresiva que la persona afectada lo manifiesta a través del dolor continuo, pudiendo evolucionar desfavorablemente causando importantes lesiones medulares como deformidades (17).

2.2 Bases teóricas de la investigación.

2.2.1 Tuberculosis extrapulmonar

La tuberculosis extrapulmonar es aquella afectación que se da a través de la diseminación y/o propagación del bacilo de Koch por vía hematógica o linfática y se alberga en otros órganos o tejidos como la piel, el pericardio, la pleura, las meninges, articulaciones y el tracto urinario, comprometiendo la salud del paciente (11).

2.2.2 Columna vertebral

En un estudio realizado en Cuba hasta un 80% de pacientes mayores de 55 años de edad, son portadores de algún tipo de osteoartritis que afecta principalmente la columna vertebral, la misma que la describen como una enfermedad con una amplia gama de síntomas en función de la región afectada que en baja frecuencia desarrollan deformidades como cifosis, lordosis y escoliosis (23)

2.2.3 Espondilitis anquilosante

Dentro de la clasificación de tuberculosis extrapulmonar se encuentran aquellas afecciones osteo – articulares y dentro de ellas está la Espondilitis anquilosante, la cual ocasiona degeneración y destrucción progresiva en los huesos y articulaciones de la columna vertebral, es lenta e insidiosa, generando otros diagnósticos relacionados con las manifestaciones clínicas presentes (21).

2.2.4 Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas son generalmente inespecíficos; el dolor es la principal manifestación clínica, el cual puede ser leve e ir aumentando su intensidad y duración según la progresión de la enfermedad, además suelen ir acompañados de edematización, abscesos en la parte afecta, alza térmica recurrente, dificultad para realizar movimientos y en casos ya avanzados presentar deformidad y paraplejía (24).

2.2.5 Factores de Riesgo

Según estudios y revisiones bibliográficas, datan que en los últimos años han disminuido los casos de espondilitis anquilosante en comparación con la frecuente incidencia por osteomielitis

vertebral. Los principales factores de riesgo que generan esta patología son: estar en contacto con una persona donde la enfermedad esté en un estado activo, enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus, un sistema inmune debilitado, adultos mayores y la coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana, lupus eritematoso sistémico, entre otros (25).

Además de la manifestación tardía de signos y síntomas en el paciente, ya que la enfermedad puede estar latente por varios periodos de tiempo según el organismo de cada ser humano; además de la dificultad para ser diagnosticada, estando relacionada con otros criterios médicos (26). Otro factor causal es el extenso periodo de recuperación, el cual varía según el tratamiento al que se ve expuesta la paciente, siendo este de 12 meses aproximadamente y los elevados gastos económicos (25). Además de la falta de adherencia al tratamiento por parte del enfermo, pudiendo convertirse en un paciente multidrogo resistente a medicamentos de primera línea para tuberculosis (27).

La infección vertebral ocurre a cualquier edad, desde la niñez hasta la etapa adulta, con mayor incidencia en este último grupo, donde se evidencia una disminución de las defensas inmunológicas y las comorbilidades favorecen su desarrollo. Esta patología afecta en mayor proporción a pacientes mayores de 50 años de edad, donde dos terceras partes de ellos son hombres. Varios autores manifiestan que es una distribución bimodal, una es encauzada a los 20 años y otra que va desde los 50 a 70 años de edad, ocupando del 3 al 5 % de todos los casos de tuberculosis ósea (25)(28).

2.2.6 Diagnóstico

Un diagnóstico certero para identificar al *Mycobacterium* tiene un gran nivel de complejidad, muchos autores sugieren iniciar tratamiento antituberculoso mediante el análisis y asociación de los datos clínicos y de laboratorio (29). El estudio de elección en primera instancia según varios estudios es la resonancia magnética nuclear porque permite visualizar y valorar la totalidad de los cambios que se dan en las vértebras y tejidos vecinos como: abscesos intra y extravertebrales, compresión del saco dural, deformidades. La tomografía axial computarizada permite visualizar de una mejor el tejido óseo, mostrando las lesiones de los cuerpos vertebrales (a diferencia de una radiografía no se pueden observar) como la invasión del canal raquídeo por el disco, pudiendo explicar algún compromiso neurológico (18).

2.2.6.1 Resultado de las pruebas de imágenes

Se realizaron tres tipos de estudios de imagen en la paciente, primero una radiografía donde se evidenció daño en la región dorsolumbar de la columna vertebral. En la tomografía axial computarizada mostró lesiones osteolíticas con cambios escleróticos en los cuerpos de D11, D12 y L1 se acompañan de engrosamiento de partes blandas paravertebrales (probable absceso sifluente) y músculos, psoas están engrosados y con hipodensidades focales en su interior, existiendo microcalcificaciones. Las estructuras de muro posterior no muestran anomalías, los pedículos y las facetas interapofisiarias están íntegras, no se observan adenopatías periortocava, en conclusión, esta afectación es de origen infeccioso granulomatoso tuberculoso, mal de Pott. Por último, se realizó resonancia magnética nuclear comprobando así el diagnóstico.

Los exámenes imagenológicos constituyen la principal fuente de información en la orientación del diagnóstico, permitiendo valorar el alcance de la lesión vertebral y definir el tratamiento oportuno que se debe otorgar al paciente, siendo el 1% de índole quirúrgica. La Radiografía permite evidenciar cambios en las vértebras entre un 91 a 99% de los casos de mal de Pott. La Tomografía Computarizada permite evidenciar con mayor precisión la destrucción ósea, pudiendo ser fragmentario alrededor de 47% de casos, osteolítica (34%), subperióstica (30%) y esclerótica (10%). La Resonancia Magnética es el estudio idóneo para el diagnóstico de la espondilitis anquilosante, evidencia los cambios en las vértebras y en los tejidos contiguos, incluyendo los abscesos intra y extra vertebrales que se han ocasionado en el transcurso de la patología (30).

2.2.7 Tratamiento

El tratamiento oportuno y adecuado es fundamental, para prevenir el daño neurológico permanente, así como para minimizar la posibilidad de deformidad vertebral. Según El protocolo establecido por el Ministerio de Salud Pública en la Guía Práctica Clínica de tuberculosis, dentro del régimen de tratamiento estandarizado para casos nuevos.

Es importante indicar que el tratamiento establecido para casos nuevos tanto para Tuberculosis Pulmonar como para extrapulmonar es el mismo, la única diferencia se basa en el tiempo de duración, en donde la segunda fase tiene un término de siete o diez meses, dependiendo de la decisión del médico tratante previa validación del Comité Técnico Asesor de TB, no siendo el

caso en que algunos recomiendan esquemas de 12 o 24 meses, hasta que se evidencie radiológicamente la curación de la enfermedad (13).

2.2.8 Proceso atención de enfermería basado en el modelo de Nola Pender

Nola Pender da origen a su teoría de Promoción de la Salud a partir de la teoría del aprendizaje social (actualmente teoría cognitiva social) de Albert Bandura, quien hace hincapié en la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta. El Modelo de Promoción de Salud, sirve para la investigación destinada a predecir sistemas de promoción de la salud global y conductas específicas (31)(32)(33).

Esta teoría ayuda al personal de enfermería a promocionar estilos de vida saludable, dirigidos a la población y encaminados al autocuidado, alimentación, ejercicio, socialización y mejora de la autoestima, por tal motivo es importante influir en la conducta de los pacientes, a su vez a involucrar a la familia para alcanzar los objetivos. Así para alcanzar la efectividad del tratamiento y curación de esta enfermedad es indispensable la participación: individual, familiar y colectiva (34).

3. CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada

3.1.1 Tipo de investigación

Para el desarrollo de esta investigación se aplicó el método analítico, el mismo que nos permitió comprender en mayor profundidad el objeto de estudio con la finalidad de analizarlo, describirlo y descomponerlo con cada una de sus características, causas y elementos.

3.1.2 Población de estudio

Paciente de 51 años de edad, de sexo femenino.

3.1.3 Área de estudio

El Anidado que funciona como establecimiento de salud tipo C en el Hospital Básico Santa Teresita de la Ciudad de Santa Rosa, se encuentra ubicado en las calles avenida Jofre Lima y Francisco Romero de la ciudad de Santa Rosa, cuenta con 12 consultorios, 1 quirófano, 52 camas hospitalarias, 1 laboratorio clínico, 1 laboratorio de imagen, presta servicios de atención en consulta externa, psicología, odontología, vacunación, medicina interna, estudios de radiografía, emergencia, intervenciones quirúrgicas, servicio ambulatorio.

3.1.4 Tipo de estudio

Para el presente análisis de caso se utilizó la investigación descriptiva. En ésta investigación se analizan las características y propiedades que bajo ciertos criterios se las puede clasificar y trabajar sobre la realidad de los hechos con su correcta interpretación.

3.1.5 Método de estudio

3.1.5.1 Método clínico. - Es empleado para poner en práctica la parte científica, el estudio y la comprensión del proceso de salud y la enfermedad del ser humano.

3.1.5.2 Método de observación. - Es aquel que se recolecta la información por medio de la observación directa de las características clínico patológico del individuo enfermo y el estudio de la historia clínica.

3.1.6 Técnicas a utilizar

1. Para la conceptualización de la parte teórica científica se empleó la búsqueda de artículos científicos de revistas indexadas y de alto impacto, que nos permite realizar aportes sobre el tipo de patología.
2. La recolección de información se realizó mediante la visita domiciliaria y aplicación de ficha familiar, se utilizó como fuente principal la historia clínica y la entrevista al paciente recopilando datos necesarios para el desarrollo de esta investigación.

3.1.7 Instrumentos de investigación

1. Historia clínica de la paciente.
2. Entrevista.
3. Consentimiento Informado.
4. Fuentes bibliográficas de revistas científicas.
5. Ficha familiar

3.1.8 Categorías estudiadas

1. Antecedentes personales
2. Antecedentes familiares
3. Constantes vitales
4. Manifestaciones clínicas (signos y síntomas)
5. Tratamiento
6. Evolución
7. Pronóstico
8. Planes de cuidados de enfermería

3.2 Proceso de recolección de información en la investigación.

Para este proceso de recolección de información se consideraron:

3.2.1 Aspectos ético legales

La investigación cumple con los principios éticos de enfermería tales son: beneficencia, confidencialidad, no maleficencia.

3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la Historia Clínica

Se accedió a la historia clínica de la paciente mediante el oficio N° UTMACH-FCQS-CCEF-2019-0485-OF, emitido por la Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala dirigido a la directora del Distrito 07D06.

3.2.3 Ubicación de la historia clínica

Se logró acceder a la historia clínica ubicada en el departamento de estadística de la unidad Anexa Anidada del Hospital Santa Teresita.

3.3 Sistema de categorización en el análisis de información

3.3.1 Anamnesis

Esta es la primera fase previa a un juicio clínico o diagnóstico, la cual tiene como base el interrogatorio entre un profesional de la salud y el paciente con el propósito de obtener información relevante y verdadera que contribuyan a la identificación o probabilidad de que exista alguna patología con los datos que el paciente haya proporcionado.

3.3.2 Signos vitales

Revelan si el funcionamiento del organismo del ser humano es el correcto o no, además de ello y de las cifras que proporciona cada signo dependerá la valoración si hay alteración de las características fisiológicas de nuestro cuerpo.

3.3.3 Antecedentes personales

Recopilación de información sobre la salud del paciente; Tienen que ver con todos los procesos patológicos por los cuales haya pasado el paciente, abarcando enfermedades, alergias además de información sobre medicamentos y estilos de vida.

3.3.4 Antecedentes familiares

Nos permite conocer la existencia de enfermedades hereditarias familiares. Es un factor clave para conocer el origen de la enfermedad actual.

3.3.5 Evolución

La monitorización formal de las señales biomédicas obtenidas en un paciente genera información que procesada adecuadamente ha de permitir detectar de forma temprana, cambios en la evolución de la enfermedad desde su génesis hasta su desenlace. Además, en base a todo lo mencionado se plantean las prescripciones médicas, órdenes de interconsulta, exámenes, referencias, también las intervenciones de enfermería.

3.3.6 Diagnóstico médico

Es aquel procedimiento por el cual se identifica una enfermedad. En términos de la práctica médica, el diagnóstico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona, representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado.

3.3.7 Diagnóstico de enfermería

Un diagnóstico de enfermería “Es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual enfermería es responsable”. También podemos decir que los diagnósticos de enfermería son diagnósticos clínicos efectuados por profesionales, describen problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras/os en virtud de su educación y experiencia son capaces de tratar y están autorizadas para ello.

En el presente trabajo se evidencian planes de atención de enfermería realizados para, contribuir a la mejora del paciente basados en instrumentos como: NANDA, NOC, NIC; siendo las directrices del profesional de enfermería que contribuyen a la elaboración de estrategias para un mejor afrontamiento y adaptación de la enfermedad, además de utilizar el Formato Place, el cual es un método sistemático, secuencial y de vigilancia sobre los cuidados brindados por enfermería, respondiendo a los problemas de salud reales o potenciales.

3.3.8 Intervenciones de enfermería

Es una acción autónoma basada en fundamentos científicos que se realizan para beneficiar al paciente de un modo predecible relacionado con el diagnóstico de enfermería y las intervenciones que van a conseguir un objetivo previsto.

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Paciente de 55 años de edad de sexo femenino, procedente del cantón Santa Rosa, acude a la unidad de salud “tipo C” con el nombre de Anidado ubicado en el Hospital Básico Santa Teresita. El motivo de su primera consulta médica fue porque presentó dolor en la zona lumbar, pérdida de peso y alza térmica vespertina. Se realiza preparación de paciente, signos vitales: PA: 130/80 mmHg; PAM: 96 mmHg; FC: 74x₁; FR: 18x¹; T: 37.4°C; Medidas antropométricas: Talla: 145.5 cm Peso: 68 kg Perímetro abdominal: 98 cm IMC: 32.38 m/Kg (obesidad 1).

En la consulta médica refiere dolor a nivel lumbosacro de 2 meses de evolución, en anamnesis se recaba información acerca de: Antecedentes patológicos personales: no refiere; Antecedentes quirúrgicos personales; no refiere; Antecedentes patológicos familiares: Hijo de 17 años de edad hace un tiempo presentó tuberculosis pulmonar; Antecedentes ginecológicos: Menarquia: 13 años; Inicio de Vida Sexual Activa: 22 años; Fecha de Última Menstruación: 17/09/2016; Gestas: 3; Partos: 3; Hijos Vivos: 3. Manifiesta que fue donde el traumatólogo, quien indica tratamiento analgésico conetoricoxib 90 mg, tramal gotas y ketorolaco 10 mg; el mismo que disminuyó la intensidad del dolor pero no su duración.

Al examen físico paciente en buen estado general, afebril, la piel sin lesiones, con presencia de cicatriz BCG y sin adenopatías palpables, dolor a la palpación de la columna lumbosacra y una leve claudicación al caminar, mencionó episodios de alza térmica en la tarde.

Se realiza baciloscopia de acuerdo a protocolo como resultado BK positivo +, se aplicaron otros medios de diagnósticos, como radiografía donde aparecen lesiones en vértebras, se complementa con resonancia magnética y se evidencia cambios escleróticos en de D11, D12 Y L1, acompañado de engrosamiento de partes blandas paravertebrales (probable absceso sifluente) de probable origen infeccioso granulomatoso-tuberculoso. Mal de Pott.

Se realiza adherencia al tratamiento y la importancia de cumplir con los protocolos del ministerio de salud Pública. Incluyendo la prueba de VIH con resultado negativo. El tratamiento efectuado está conformado por dos fases: La primera fase tuvo una duración de 2 meses con el esquema tetraconjugado: isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 5 días por semana. Al término de la primera fase, se continuó el tratamiento durante un periodo de 10 meses con rifampicina e isoniacida. Se realizaron visitas domiciliarias además de recibir atención médica en la unidad operativa, cabe recalcar que se realizaban las baciloscopias de control cada mes para monitorizar posible resistencia farmacológica.

4.1. Descripción y argumentación teórica de resultados.

La tuberculosis es una de las causas más comunes de morbimortalidad en el mundo. Generalmente las formas extra pulmonares de la tuberculosis son secundarias a una tuberculosis pulmonar diseminada por vía linfática o hematógena sin embargo existe evidencia que demuestra que hasta un 50% de los casos no presentaría un foco pulmonar previo.

Las manifestaciones clínicas de mal de Pott son inespecíficas que están implicadas por la gravedad de la afección, algunos pacientes presentan dolor localizado, edema, dificultad en la deambulación, también dependiendo de la afección pulmonar concomitante, se evidencia diaforesis nocturna, inapetencia, pérdida de peso y astenia, sin embargo en mayor frecuencia los síntomas locales predominan sobre los síntomas sistémicos (35). Otros autores también indican que el paciente con espondilitis puede presentar: pérdida de peso significativa, fiebre y claudicación de la marcha (36).

En relación al diagnóstico no existen muchas diferencias en relación al estudio de nuestro caso. En un estudio realizado en varios hospitales de la provincia del Chaco por 19 años con 14 pacientes de diversos ciclos de vida y en otro caso de un paciente de 7 años de edad, los métodos diagnósticos utilizados fueron: Rayos X, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear (29). Otras investigaciones también manifiestan que la utilización de estos métodos diagnósticos es útil incluso en pacientes que se encuentran en estado crítico, pero algunas veces no se los puede realizar por causa de su salud (38) del paciente que pudimos encontrar que en varios estudios no mencionan realizar una prueba de baciloscopia.

En un estudio realizado acerca de la revisión de la tuberculosis extrapulmonar encontramos que las formas extrapulmonares no tienen mayor diferencia con el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. También manifiestan utilizar el mismo esquema de antibióticos con una duración de 6 meses a excepción de la tuberculosis con afectación del Sistema nervioso central que tiene que tener una duración de 12 y 9 meses en el caso de espondilitis tuberculosa con complicaciones neurológica (si el caso no amerita otro tipo de tratamiento) dado que en estos pacientes las pautas cortas se han asociado a mayor riesgo de recidivas (11).

El Ministerio de Salud Pública en la Guía Práctica Clínica de tuberculosis, dentro del régimen de tratamiento estandarizado para casos nuevos establece que: La primera fase tenga una duración de 2 meses con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante (5 días por semana en casos ambulatorios y 7 días a la semana en hospitalización). Al término de la primera

fase, se continúa el tratamiento durante un periodo de 7 y/o 10 meses con rifampicina e isoniacida (13). Así en varios estudios pudimos constatar que el tratamiento ambulatorio para la espondilitis anquilosante no marca una diferencia entre la duración y los fármacos empleados, Por otro lado, para una favorable recuperación debe existir una correcta adherencia al tratamiento lo que supone garantizar los fármacos en todo el tiempo que dure el tratamiento (38). Para la valoración de enfermería se empleó el Modelo de Nola Pender, el cual se basa en la promoción y prevención en salud. El profesional de la salud debe identificar las debilidades y fortalezas que tienen los pacientes con esta enfermedad e implementar estrategias que ayuden al individuo, la familia y la comunidad a alcanzar la meta propuesta, como cambios de conducta en salud y estilos de vida (33).

4.2. Conclusiones

En referencia al informe presentado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2018, Ecuador ocupa el puesto número 10 relacionado con los casos estimados de tuberculosis en las Américas, con un porcentaje del 3% de infectados. El 25% de los casos corresponden a tuberculosis extrapulmonar, 11% de ellos se clasifican en tuberculosis osteoarticular y un 50% siendo la más frecuente es el Mal de Pott, según el análisis de caso y mediante las evidencias imagenológicas presentadas, el diagnóstico data de una forma paradiscal que ocurre en mayor proporción en adultos, en comparación con la somática que afecta a niños.

Antes, durante y después del transcurso de esta patología la paciente experimenta una serie de cambios, que van desde su estado emocional hasta los cambios fisiopatológicos y tisulares presentes, los mismos que van de la mano con el entorno que rodea al individuo (familia, trabajo, amistades, etc.). Las manifestaciones clínicas en un 25% son: cuadros dolorosos frecuentes, fatiga, diaforesis nocturna, pérdida de peso y mialgias; mientras que el 75% no presenta ningún tipo de sintomatología. Las pruebas imagenológicas son un hallazgo en el diagnóstico de esta patología la cual suele pasar inadvertida por largos periodos de tiempo, la evolución de la enfermedad es lenta y progresiva, causando lesiones devastadoras en las vértebras con mayor índice desde la T8 hasta la L3, si la enfermedad no es diagnosticada y tratada a tiempo, en etapas más avanzadas produce deformidad cifótica, abscesos y trastornos neurológicos debido al alcance de la misma.

En un estudio acerca de la adherencia al tratamiento antituberculoso, hacen referencia al Modelo de Nola Pender el cual permite observar el cumplimiento de los pacientes que asisten a la terapia farmacológica y sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud, su aplicabilidad en los pacientes que han abandonado el tratamiento es reintegrarse al mismo, mediante consejerías educativas y sociales, entre los pacientes y el personal del programa de control de la tuberculosis para fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico e impulsar conductas de salud y estilos de vida saludable.

4.3. Recomendaciones

- El equipo de salud es el responsable de ejecutar, monitorear y evaluar el programa de tuberculosis, el mismo que permita no incrementar el número de pacientes, mediante la captación temprana.
- Educar al paciente para generar cambios de estilo de vida saludable, llevando a cabo una alimentación y ejercicio adecuado a su edad, con la finalidad de promocionar y prevenir complicaciones relacionadas con la patología.
- Es importante el diagnóstico oportuno de la tuberculosis extrapulmonar para dar un tratamiento temprano al paciente y evitar posibles complicaciones a largo plazo, evitando resistencia farmacológica y reduciendo los gastos en salud.
- Lograr una adecuada adherencia al tratamiento, con una correcta consejería en relación a la patología que permita el compromiso del paciente, familia y comunidad para adoptar conductas saludables, establecidos por la guía práctica clínica del programa de tuberculosis.

4.4 Referencias Bibliográficas

1. Health B, Tuberculosis D. Comportamiento de la Tuberculosis Distrito de Salud 15D01 Ecuador durante el periodo 2005-2014. Scielo [Internet]. 2016;35(2):224–32. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200009
2. Salud. OP de la. Tuberculosis en las Americas 2018 [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Slud; 2018. 24 p. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49510/OPSCDE18036_spa?sequence=2&isAllowed=y
3. Suarez Rocio BE. Prevalencia y factores de riesgo tuberculosis [Internet]. Universidad de Guayaquil; 2015. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/26174/1/T-UG-DP-MICE-004.pdf>
4. Jachero Diego NW. Prevalencia de tuberculosis pulmonar en los pacientes atendidos en el hospital general iess milagro, periodo enero 2015 a diciembre 2017 [Internet]. Universidad Estatal de Milagro; 2018. Available from: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4135/1/PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL IESS MILAG.pdf>
5. Leonardo F, Martha I, John E, Lorena R, Jurado LF, Murcia MI, et al. Diagnóstico genotípico y fenotípico de tuberculosis ósea y miliar en un paciente positivo para HIV en Bogotá , Colombia. Scielo [Internet]. 2015;35:8–15. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v35n1/v35n1a02.pdf>
6. Sosa RIA, Angel RI, Baez NI. Enfermedad de Pott. Caso clínico radiológico. Mediagraphic [Internet]. 2019;23(1):152–62. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul1911.pdf>
7. V. Contardo, J. Cofré PH. Mal de Pott y diagnóstico inmunológico de tuberculosis, a propósito de un caso pediátrico. Scielo [Internet]. 2015;32:105–10. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000200015

8. Cortez-Bazán N, Delgado JR, Galdos O, Huicho L. Reporte de caso de enfermedad de Pott en vértebras torácicas altas en un niño de dos años. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2018;35(1):150. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v35n1/a23v35n1.pdf>

9. Arianna RO. Tuberculosis Vertebral o Mal de Pott. *Scielo* [Internet]. 2015;19(11):1369–72. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100011

10. Idaly A, Sánchez M, Ana M, Puerto H, Lina E. Intervención educativa en trabajadores de la salud sobre la captación de sintomáticos respiratorios de tuberculosis Educative intervention aimed at health workers about the case-finding of individuals with tuberculosis respiratory symptoms. *Scielo* [Internet]. 2015;41(1):46–56. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100005

11. Noguero-asensio AMA. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Scielo* [Internet]. 2015;17:3–11. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202015000100002

12. Rodríguez BD, Díaz SL, Hernández BB. Tuberculosis vertebral. *Scielo* [Internet]. 2015;19(5). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500018

13. Ecuador M de SP del. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Segunda ed. Dr. David Armas, analista de la Dirección Nacional de Normatización analista de la D, editor. Quito: Direccion Nacional de Normatización; 2018. 150 p. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf

14. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis in Peru: Epidemiological situation, progress and challenges for its control. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2017;34(2):299–310. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n2/a21v34n2.pdf>

15. González J, Bernal A, Velázquez G. Tuberculosis Miliar con afectación pulmonar y articular. Dialnet [Internet]. 2016;3(2):124–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5678116>

16. Herrera T. Grupos de riesgo para tuberculosis en Chile. Scielo [Internet]. 2015;32:15–8. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000200002

17. Vergara Aimara BP. Diagnóstico por imágenes de tuberculosis vertebral. Presentación de un caso. Scielo [Internet]. 2015;13(2):303–8. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n2/ms11213.pdf>

18. C. Calderon JM. Unidad académica de ciencias químicas y de la salud carrera de enfermería [Internet]. Universidad Tencica de Machala; 2019. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13442/1/CALDERON RON CAROLINA LIZBETH.pdf>

19. Diego C, Díaz V, Lucía E, Guerra P, Isabel M, Condori T. Reporte de caso de tuberculosis osteoarticular : dificultad diagnóstica y probable infección primaria Case report of osteoarticular tuberculosis : diagnostic difficulty and probable primary infection. Scielo [Internet]. 2017;17(1):76–80. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000100013

20. Jurado LF, Murcia MI, Arias J, Sánchez L. Mal de Pott en un indígena colombiano. Redalyc [Internet]. 2015;35:454–61. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/843/84342791002.pdf>

21. Ortiz A, Joel C. Prevalencia de tuberculosis pulmonar en pacientes con vih/sida en ecuador y latinoamerica durante el periodo 2014-2016 [Internet]. Universidad estatal de Milagro; 2018. Available from: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4202/1/PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES CON VIH SIDA EN ECUADOR Y LATINOAMERICA DURANTE .pdf>

22. Macías MIVZJCD, Baque AEV c; JAEJ d; GMÁS e; YSM. Control frente la prevalencia de la tuberculosis. Cient Mundo La Investig Y El Conoc [Internet]. 2018;2:240–69. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6731143>

23. Cartas US. La salud en pacientes con osteoartritis de columna vertebral Determination of the perception of quality of life related to health in patients with osteoarthritis of the spine. Scielo [Internet]. 2016;20(3):235–43. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300003

24. Polanco Julissa, Gonzales Veronica F. Afectación osteoarticular en tuberculosis: A propósito de un caso. Mediagraphic [Internet]. 2016;7.8(3):182–5. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2016/md163k.pdf>

25. Neyra Horacio, Quezada Juan F. Actualidades en infecciones vertebrales. Scielo [Internet]. 2017;30(2):237–60. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-215X2016000200010&script=sci_arttext&tlng=pt

26. Deysi A, Martín H, Puerto I, Arelys N, Hernández F. Espondilitis anquilopoyética : una reflexión y una interrogante Ankylosing Spondylitis : a Reflection and a Question. Mediagraphic [Internet]. 2014;134–9. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2014/fi142h.pdf>

27. Sanchez Karol VM. Universidad José Carlos Mariátegui [Internet]. Universidad José Carlos Mariátegui; 2019. Available from: http://190.116.183.244/bitstream/handle/ujcm/667/Karol_tesis_titulo_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. María A, Ramírez C, Marcela J, Ramírez C, Marín TÁ. Factores asociados al éxito del tratamiento de los pacientes con tuberculosis en Medellín , 2014. CES [Internet]. 2014;8:34–47. Available from: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/4420/2818

29. Manzone P, Quiroz LJ, Selva M, Arce V, Ávalos EM, Laluf AF, et al. Mal de Pott en la provincia del Chaco. Dialnet [Internet]. 2017;7434(3):206–19. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6154596>

30. Velez Diana EL. Diagnóstico imagenológico de mal de Pott [Internet]. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; 2017. Available from: <https://repositorio.uleam.edu.ec/bitstream/123456789/783/1/ULEAM-RAD-0016.pdf>

31. Marcelo Mery MM. Estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017 [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2017. Available from: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/780/Mery_Trabajo_Investigación_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y
32. Melendez SP. Factores que influyen en el tratamiento de la tuberculosis en pacientes del hospital “dr. alfredo valenzuela” 2017-2018 [Internet]. Universidad de Guayaquil; 2018. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30047/1/1177-TEISIS-PACHECO MELENDEZ.pdf>
33. Aranda Gissela RH. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis y actitud hacia las medidas preventivas en familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar del hospital vista alegre Trujillo 2016 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2016. Available from: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/761/aranda_ag.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Martínez ES. Proceso de atención en pacientes con tuberculosis desde la perspectiva de la atención primaria en salud [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2014. Available from: <https://tzibalnaah.unah.edu.hn/bitstream/handle/123456789/6657/T-Msp00019.pdf?sequence=2>
35. Beauregard-ponce GE, Castaneda-flores JL. Absceso del músculo psoas iliaco . Reporte de un caso y revisión de la literatura. Redalyc [Internet]. 2016;22:54–7. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48749482010.pdf>
36. Soto A, Fica A, Dabanch J, Olivares F. Espondilodiscitis: experiencia clínica en un hospital general de Chile. Scielo [Internet]. 2016;33(3):322–30. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182016000300013
37. Fábrega G. El desafío diagnóstico y terapéutico de la tuberculosis en terapia intensiva. Redalyc [Internet]. 2016;16:324–31. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3821/382148648006.pdf>
38. Junchaya Griselda AA. Caso clinico factores sociales en la adherencia de los pacientes al tratamiento antituberculoso [Internet]. Universidad Inca Garcialaso

de la Vega; 2017. Available from:
[http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2563/SEG.ESPEC
._JUNCHAYA CAVERO%2C GRISELDA
VIVIANA.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2563/SEG.ESPEC._JUNCHAYA_CAVERO%2C_GRISELDA_VIVIANA.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

ANEXO 1. PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TABLA 1. NANDA, NOC, NIC - DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO				
DOMINIO: 4 Actividad/reposo			CLASE: 5	PATRÓN: 4 Actividad / Ejercicio
DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
Disposición para mejorar el autocuidado R/C adaptación al cambio de vida E/P deseo de aprender cómo cuidar y mantener la salud.	Fortalecer el deseo de autoeducación para potenciar aplicación de estilos de vida saludables.	<p>Conducta del cumplimiento:</p> <p>Indicadores</p> <p>(160103) Comunica seguir la pauta prescrita.</p> <p>(160109) Busca ayuda para ejecutar la conducta sanitaria.</p>	<p>(5240) Asesoramiento: Ayudar al paciente a resolver las dudas que tengas en relación al cuidado de su salud. Realizar promoción y prevención y prevención de las enfermedades.</p> <p>(4360) Modificación de la conducta: Fortalecer la enseñanza con la identificación de conductas destructivas.</p>	<p>Escala:</p> <p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p> <p>Indicadores: Mantener a: 1. Moderado (3) 2. Moderado (3) 3. Leve (4) Mantener en: 10</p> <p>Aumentar a: 1. Ninguno (5) 2. Ninguno (5) 3. Ninguno (5) Aumentar en: 15</p>

TABLA 2. NANDA, NOC, NIC – BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO				
DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés			CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento	PATRÓN: 10 Afrontamiento/tolerancia del estrés
DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVO DE ENFERMERIA	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
Baja autoestima situacional R/C el descubrimiento de la enfermedad E/P sentimiento de tristeza y preocupación.	Fomentar la aceptación del paciente y proponer cambios positivos para mejorar la autoestima.	(2609) Apoyo familiar durante el tratamiento Indicadores: 1. Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo. 2. Los miembros mantienen la comunicación con el miembro enfermo. 3. Piden información sobre la enfermedad del paciente.	(7110) Fomentar la implicación familiar Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente. Identificar los déficits de autocuidado del paciente. Animar a los miembros de la familia y al paciente a ser asertivos en sus relaciones con los profesionales sanitarios. Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.	Escala: 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado Indicadores: Mantener a: 1. Raramente demostrado (2) 2. A veces demostrado (3) 3. A veces demostrado (3) Mantener en: 8 Aumentar a: 1. Frecuentemente demostrado (4) 2. Frecuentemente demostrado (4) 3. Frecuentemente demostrado (4) Aumentar en: 12

TABLA 3. NANDA, NOC, NIC – TEMOR

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO				
DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés			CLASE: 2 Respuestas de afrentamiento	PATRÓN: 7 Autopercepción/ Autoconcepto
DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Temor R/C el proceso de la enfermedad E/P ansiedad, tensión muscular y desesperanza</p>	<p>Disminuir el temor de la paciente mediante acciones específicas de enfermería orientadas a la satisfacción de sus necesidades.</p>	<p>(1203) Severidad de la soledad Indicadores: 1. Sensación de aislamiento social. 2. Fluctuaciones en el estado de ánimo. 3. Disminución del nivel de actividad</p>	<p>(5820) Disminución de la ansiedad Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. Escuchar con atención. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. (5100) Potenciación de la socialización Proporcionar retroalimentación sobre el cuidado del aspecto personal y demás actividades. (5360) Terapia de entretenimiento Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.</p>	<p>Escala: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno Indicadores: Mantener a: 1. Sustancial (2) 2. Grave (1) 3. Sustancial (2) Mantener en: 5 Aumentar a: 1. Moderado (3) 2. Moderado (3) 3. Leve (4) Aumentar en: 10</p>

TABLA 4. NANDA, NOC, NIC – DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RESILIENCIA

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO				
DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés			CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento	PATRÓN: 7 Auto percepción / Autoconcepto
DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVO DE ENFERMERIA	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
Disposición para mejorar la resiliencia R/C Expresa deseo de mejorar el progreso de los objetivos E/P conducta colaborativa.	Proporcionar información para fortalecer la disposición de mejorar su estado de salud	Conocimiento: régimen terapéutico Indicadores (181310)Descripción del proceso de la enfermedad (181301)Justificación del régimen terapéutico (181304)Descripción de los efectos esperados por el tratamiento	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede. Describir el proceso de la enfermedad. Identificar las etiologías posibles. 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	Escala: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno Indicadores: Mantener a: 1. Moderado (3) 2. Moderado (3) 3. Leve (4) Mantener en: 10 Aumentar a: 1. Ninguno (5) 2. Ninguno (5) 3. Ninguno (5) Aumentar en: 15