

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

"COINFECCIÓN VIH MÁS TUBERCULOSIS MILIAR ORIENTADO CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA"

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

Autor: López Núñez, Angel Norberto

Tutor: Lcdo. Mg. Herrera López, José Luis

Ambato – Ecuador

Septiembre, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación Sobre el Tema: **"COINFECCIÓN VIH MÁS TUBERCULOSIS MILIAR ORIENTADO CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA"**, de Angel Norberto López Núñez, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado Examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2016

EL TUTOR

……

Lcdo. Mg. Herrera López, José Luis

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **"COINFECCIÓN VIH MÁS TUBERCULOSIS MILIAR ORIENTADO CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA"**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto 2016

EL AUTOR

……

López Núñez, Angel Norberto

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, Agosto del 2016

.

EL AUTOR

…….

López Núñez, Angel Norberto

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **"COINFECCIÓN VIH MÁS TUBERCULOSIS MILIAR ORIENTADO CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA"** de Angel Norberto López Núñez, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Septiembre 2016

Para constancia firman:

_____ _____

1er VOCAL 2do VOCAL

_____

PRESIDENTE

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente trabajo en primer lugar a Dios por guiarme y por permitirme tener y disfrutar de una familia hermosa, a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto de mi vida, a mis padres por estar conmigo en los momentos más difíciles y por siempre brindarme su apoyo, cariño y comprensión.

López Núñez, Angel Norberto

AGRADECIMIENTO

Como prioridad en mi vida agradezco a Dios por su infinita bondad, y por haber estado conmigo en los momentos que más lo necesitaba, por darme salud, fortaleza, responsabilidad y sabiduría, por haberme permitido culminar un peldaño más de mis metas, y porque tengo la certeza y el gozo de que siempre va a estar conmigo.

A mis padres, Anibal y Carmita por ser los mejores, por haber estado conmigo apoyándome en los momentos difíciles, por dedicar tiempo y esfuerzo para ser un hombre de bien, y darme excelentes consejos en mi caminar diario. A mi hermana, Mishell que a pesar de su corta edad me ha apoyado siempre sacándome una sonrisa y así, de manera muy especial todos mis amigos por brindarme su sincera y valiosa amistad.

Quiero agradecer sinceramente a aquellas personas que compartieron sus conocimientos conmigo por hacer posible la conclusión de mi trabajo de graduación. Lcda. Mg. Miriam Fernández que ha sido un pilar fundamental en mis logros alcanzados; Lcdo. Mg. José Luis Herrera por guiar mi trabajo de graduación, por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como Docente, por sus consejos, que ayudan a formarme como persona e investigador; Psic. Mg. Sara Guadalupe, que se ha sido convertido como una madre a través de sus consejos y sus enseñanzas; Lcda. Esp. Verónica Gavilanes por su apoyo total y su sincera amistad desde los inicios de mi carrera profesional; Ing. Mónica Paredes que a través de sus consejos ha fomentado en mí, el deseo de superación y de triunfo en la vida. Finalmente; y no menos importantes a todo el personal docente de la Carrera de Enfermería por su entrega en mi aprendizaje, por compartir su sabiduría y por impulsarme a ser cada día mejor.

López Núñez, Angel Norberto

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR ..... **II**

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO ..... **III**

DERECHOS DE AUTOR ..... **IV**

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR ..... **V**

DEDICATORIA ..... **VI**

AGRADECIMIENTO ..... **vii**

ÍNDICE ..... **viii**

I.-INTRODUCCIÓN **1**

II.-OBJETIVOS **3**

2. 1.- OBJETIVO GENERAL 3

2. 2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3

III.- DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN **4**

3. 1.- RECOPILACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE 4

3. 2.- RECOPILACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE 7

IV. DESARROLLO **14**

4.1.- DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO 14

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO 17

4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD 20

4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS 21

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA 31

4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO 37

V. CONCLUSIONES **68**

VI.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **69**

BIBLIOGRAFÍA 69

ANEXOS 73

ANEXO # 1 80
ANEXO # 2 81
ANEXO # 3 82
ANEXO # 4 83
ANEXO # 5 84
ANEXO # 6 85
ANEXO # 7 86
ANEXO # 8 87
ANEXO # 9 88
ANEXO # 10 90
ANEXO # 11 91
ANEXO # 12 92
ANEXO # 13 94
ANEXO # 13 95
ANEXO # 14 96
ANEXO # 15 97

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

"COINFECCIÓN VIH MÁS TUBERCULOSIS MILIAR ORIENTADO CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA"

Autor: López Núñez, Angel Norberto

Tutor: Lcdo. Mg. Herrera López, José Luis

Fecha: Agosto, 2016

RESUMEN

El presente trabajo se realiza con la finalidad de analizar la intervención y la aplicación de cuidados de enfermería en un paciente afectado confección VIH más tuberculosis miliar, los cuales estarán encaminados a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la paciente. La tuberculosis puede ser muy difícil de detectar en las personas seropositivas. Las pruebas para detectar la tuberculosis suelen ser negativas en las personas infectadas por el VIH y la TB, lo que puede retrasar el diagnóstico. Además, las personas infectadas por bacterias latentes de la tuberculosis pueden contraer la enfermedad con rapidez cuando el VIH debilita su sistema inmunitario. Todo esto, junto a la dificultad añadida de tratar las dos enfermedades a la vez, ha resultado en tasas de mortalidad altas en enfermos de TB y de VIH.

El presente trabajo ostenta el caso de un paciente masculino de 32 años de edad con diagnóstico de confección VIH más tuberculosis miliar, razón por la cual lo ha traído una serie de problemas y afectaciones en su estado de salud y actividades de la vida cotidiana. El paciente se encuentra con tratamiento antirretroviral y antituberculoso, debido a sus múltiples afectaciones que se ha visto a nivel neurológico y digestivo; se ha visto la necesidad de realizar

interconsultas con los servicios de Psicología y Nutrición en el Centro de Salud más cercano a su residencia.

En el análisis de caso se podrá detallar la atención de enfermería que el paciente recibió, si fueron acordes al protocolo de manejo establecido, además de analizar de forma prioritaria la educación, capacitación y apoyo emocional al paciente y a su madre; que es de gran importancia para sea capaz de adaptarse positivamente a los cambios y minimizar las complicaciones que se presenten; para conseguir este objetivo se elabora un plan de intervención de enfermería basado en los patrones funcionales de M. Gordon y en la taxonomía NANDA NIC y NOC el cual está dirigido al paciente y a la familia sobre una guía de conductas y cuidados a seguir para el mantenimiento de un óptimo estilo de vida.

PALABRAS CLAVES: TUBERCULOSIS_MILIAR, BACTERIAS_LATENTES, TRATAMIENTO_ANTIRRETROVIRAL, SISTEMA_INMUNITARIO, COINFECCIÓN.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSING CAREER

"HIV COINFECTION MORE WITH MILIARY TUBERCULOSIS ORIENTED NURSING"

Author: López Núñez, Angel Norberto

Tutor: Lcdo. Mg. Herrera López, José Luis

Date: August 2016

SUMMARY

This work is done in order to analyze the intervention and application of nursing care in HIV affected more miliary tuberculosis patient clothing, which will be aimed at improving the health and quality of life of the patient. Tuberculosis can be very difficult to detect in people with HIV. Testing for TB is usually negative in people infected with HIV and TB, which can delay diagnosis. In addition, people infected with latent TB bacteria can contract the disease rapidly when HIV weakens the immune system. All this, along with the added difficulty of treating both diseases at once, has resulted in high mortality rates in patients with TB and HIV.

This work bears the case of a male patient aged 32 diagnosed with HIV more miliary tuberculosis clothing, why has brought a number of problems and effects on their health and activities of daily life. The patient is on antiretroviral and TB treatment because of its many affectations that has seen neurological and digestive level; it has been the need for interdepartmental services with Psychology and Nutrition at the Health Center closest to your residence.

In the case analysis may detail nursing care the patient received, if they were in line with the established management protocol, in addition to analyzing a priority

education, training and emotional support to the patient and his mother; which it is of great importance to be able to positively adapt to changes and minimize complications that arise; to achieve this objective a plan of nursing intervention based on functional patterns of M. Gordon and taxonomy NANDA NIC and NOC which is aimed at the patient and family on a guide behaviors and care to follow for maintenance is made optimal lifestyle.

KEYWORDS: TUBERCULOSIS_MILIAR, BACTERIAS_LATENTES, TRATAMIENTO_ANTIRRETROVIRAL, SISTEMA_INMUNITARIO, COINFECTION.

I.-INTRODUCCIÓN

La experiencia clínica ha demostrado que en los pacientes infectados por VIH la infección tuberculosa reciente tiene mayor riesgo de evolucionar precozmente a enfermedad, si se lo relaciona con el no infectado por ese virus. En esa población es también más frecuente que la infección latente crónica se reactive. Además, a diferencia de lo que sucede en el huésped normal, con relativa frecuencia se observa la reinfección exógena. Aunque es difícil de probar, los pacientes infectados por VIH serían más vulnerables a adquirir la infección tuberculosa después del contacto con una forma de tuberculosis activa. (Barnes, 2011)

Con el advenimiento de la Epidemia de VIH/SIDA, tanto en países de bajos recursos como en países industrializados hubo un aumento en el número de casos de tuberculosis (TBC). Se calcula que de los 36 millones de pacientes con VIH, la tercera parte está co-infectada con tuberculosis. La mayoría viven en el África Sub-Sahariana. Así, en 1999 se calculó que había un total de más de 20 millones de personas co-infectadas con VIH/TBC, lo cual dio en ese año un número de 100,000 casos confirmados. En países pobres, hasta el 50% de lo co-infectados pueden llegar a hacer la enfermedad activa En estos países tuberculosis es la primera causa de mortalidad en pacientes infectados por VIE representando aproximadamente el 30% de las muertes en pacientes seropositivos. De hecho, la sobrevida al año de pacientes VIH infectados con tuberculosis se estima en 70 a 80% comparada con la sobrevida del casi 100% en pacientes VIH sin tuberculosis. (Murray, 2010)

En 1993, la OMS declaró la TB como una emergencia mundial en salud pública, por ello se creó la estrategia DOTS/TAES en 1995 con la consolidación de sus cinco elementos, para posteriormente implementarla en el continente americano en 1996, a partir de lo cual se obtuvieron grandes avances de hasta el 80% de la cobertura. No obstante, en esta investigación se halló que menos de la tercera parte de los estudiantes encuestados sabía el significado de la estrategia DOTS/TAES, a pesar de

que la literatura científica la documenta como la estrategia más efectiva en el control de la TB a nivel mundial. (OMS, 1993)

Se hace necesaria una acción coordinada para el diagnóstico, atención y tratamiento. En la mayoría de los lugares, sin embargo, estos servicios siguen siendo ofrecidos por programas independientes y a menudo con una atención fragmentada que da lugar a resultados subóptimos. La colaboración entre los programas de tuberculosis y de VIH para la integración del cuidado y tratamiento de ambas infecciones es una estrategia que mejora el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes con ambas enfermedades. En respuesta a esta situación y en el marco de las doce actividades de colaboración TB/VIH que el Programa Regional de Tuberculosis conjuntamente con el Proyecto Regional de VIH de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueven y apoyan en su implementación, se propuso elaborar con perspectiva de salud pública, una guía con el fin de proporcionar al clínico, ya sea coinfección TB/VIH: Guía Clínica en su práctica cotidiana o en su proceso de formación, herramientas para enfrentar el binomio de manera integral y que asegure la calidad y continuidad de la atención para lograr menos morbilidad y mortalidad por tuberculosis y VIH. (OPS, 2010)

En Ecuador la dinámica no es muy diferente a los datos mundiales, ya que la posibilidad de que una persona con VIH presente tuberculosis es muy alta. Cuando una persona VIH positiva está infectada con tuberculosis, la facultad de desarrollar tuberculosis activa y ser contagioso para terceros, es 30 veces más alta que en personas no infectadas con VIH. (MSP, 2009)

II.-OBJETIVOS

2. 1.- OBJETIVO GENERAL

- Analizar cuáles son los nudos críticos acerca de VIH más Tuberculosis orientado en los cuidados de Enfermería mediante una revisión bibliográfica e historial clínico para mejorar la calidad de vida del paciente y promover actividades de atención de Enfermería basados en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

2. 2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los resultados y actividades que contribuyen a mejorar la calidad de vida y concluir en el estado de salud actual del paciente.

- Fortalecer el vínculo familiar para acelerar la recuperación del paciente

- Estructurar un plan de intervención de enfermería adecuada dirigida al paciente y a la familia sobre conductas y cuidados a seguir para mejorar las condiciones de vida del paciente.

III.- DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

3. 1.- RECOPILACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE

La información que se detalla a continuación se obtuvo de la Historia Clínica del paciente, la cual reposa en el Centro de Salud de Totoras; a través de ello se ha logrado obtener información valiosa e importante que detalla la evolución del problema de salud del paciente. Otra fuente de información fueron los libros de la biblioteca de la facultad , sitios web donde encontramos información de la patología que nos ayudó para realizar un análisis e interpretación adecuada de la patología; y nos fue de mucha ayuda también los protocolos disponibles del Ministerio de Salud Pública.

16 de Enero del 2015

Paciente con cuadro de VIH en fase de SIDA con múltiples enfermedades incluyendo meningitis, tuberculosis y dermatitis por VIH es referido a esta casa de salud para control de Tuberculosis miliar, paciente desorientado, deterioro del estado de la conciencia en tiempo espacio y persona, debe permanecer en aislamiento por considerarse un paciente de alto riesgo.

Para lo cual se prescribe una nutrición adecuada, higiene personal adecuada, nutrición adecuada, rifampicina 1200mg + isoniacida 600 mg VO cada día, por 6 días a la semana.

Paciente que asiste a esta casa de salud transferido de Quito del Hospital Eugenio Espejo con diagnóstico de Tuberculosis y VIH positivo con tratamiento, para lo cual el personal de enfermería se hace cargo de ir a dejar la medicación antituberculosa todos los días de lunes a sábado.

24 de Marzo del 2015

Se realiza visita domiciliaria, se observa al paciente en malas condiciones, se educa al familiar acerca de medidas de protección, higiene personal, nutrición adecuada. Se procede a la entrega de medicación antituberculosa.

T/A: 100/60 T°:36 °C F.R: 18 X´ F.C: 78 X´
Peso: 55 Kg. Talla: 163 cm

15 de Junio del 2015

Paciente en regular estado general, poco desorientado, facies pálidas, se indica acerca del consumo de una alimentación hiperproteica y fraccionada, actividad física, higiene personal. Se entrega medicación antituberculosa.

T/A: 110/70 T°:36 °C F.R: 20 X´ F.C: 82 X´ Peso: 51 Kg. Talla: 163 cm.

13 de Agosto del 2015

Se realiza visita domiciliaria, se observa al paciente en iguales condiciones, manifiesta ligero mareo repentino, se prescribe complejo B cada día por 30 días, se brinda interconsulta con psicología y nutrición.

T/A: 90/60 T°:36.5 °C F.R: 18 X´ F.C: 76 X´
Peso: 49 Kg. Talla: 163 cm.

26 de Agosto del 2015

Paciente de 33 años acude a consulta a Psicología, se puede observar que el paciente se encuentra desorientado en tiempo, discurso repetitivo, se recolecta información, se manifiesta que debe asistir una vez por semana a realizar terapia física.

Paciente con diagnóstico de VIH acude a consulta con Nutrición, presenta bajo peso (IMC: 18.2), se prescribe dieta hipercalórica, nuevo control en un mes.

Peso: 48.4 Kg Talla: 1.63 cm.

14 de Octubre del 2015

Se acude a visita domiciliaria, no se encuentran familiares que puedan recibir la medicación pero se constata de que el paciente se encuentra cerrado con candado en su cuarto, razón por la cual se procede a dejar la medicación en la puerta interior de su casa.

21 de Diciembre del 2015

Paciente en regular estado general, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación, tono muscular disminuido, se indica acerca del consumo de la alimentación, higiene personal. Se entrega medicación antituberculosa.

T/A: 100/60 T°:36 °C F.R: 19 X´ F.C: 76 X´ Peso: 48 Kg. Talla: 163 cm.

3. 2.- RECOPILACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE

Ya que no se pudo obtener toda la información requerida de las historias clínicas se procedió a la elaboración y aplicación de un cuestionario de preguntas basado en los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon. La valoración por Patrones Funcionales tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad.

PATRON 1: PRECEPCION DE LA SALUD

El paciente refiere que su situación actual de salud es muy crítica que las patologías que presenta difícilmente se podrá comprender; es así que lo único que sabe de su enfermedad es que es muy grave; razón por la cual le pone mucho interés en cada uno de los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios, ha sido sometido a muchos tratamientos farmacológicos; no es alérgico a ninguna sustancia. Debido a la complejidad de su enfermedad ha vivido momentos críticos de salud, para lo cual ha tenido que ser hospitalizado por cinco ocasiones en diferentes casas de salud; el pilar fundamental de apoyo es su madre, es quien le ayuda diariamente con sus actividades. Se ha evidenciado una carencia de aseo personal, ya que se baña una vez por semana con ayuda de su madre y tampoco existe un aseo de las manos antes de cada comida y después de ir al baño; para lo cual se educa al paciente y familiar la importancia del aseo personal. El estado de salud del paciente y la falta de transporte impiden visitar el Centro de Salud para un mejor manejo de sus enfermedades; pero el personal de salud es consciente de ello y es así que diariamente se acerca a dejarle en la casa el tratamiento antituberculoso y una vez a la semana le realizan visitas domiciliarias.

Según el TEST LEVANTATE Y ANDA (GET UP AND GO), luego de haber aplicado se evidencia un resultado de tres; es decir moderadamente a normal, ya que

por su estado de salud le es imposible movilizarse solo, es fundamental y necesaria la ayuda de su madre. (ANEXO 1)

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO

El estado nutricional – metabólico no es el adecuado; a pesar que se alimenta tres veces al día, por falta de recursos económicos no consume suplementos nutricionales que serían de vital importancia para reponer su estado físico que decae diariamente por su enfermedad. Últimamente su apetito cada vez va disminuyendo, por lo que su peso ha disminuido notablemente. Para su alimentación es necesaria la ayuda de su madre, pero por cuestiones de trabajo ella no puede estar a la hora adecuada para alimentar a su hijo. A pesar de todo ello existen problemas al momento de alimentarse, ya que por presentar ulceras a nivel bucal le es difícil el proceso de masticación y deglución por presentar dolor de moderada intensidad a nivel de mandíbula y encías; últimamente después de cada comida empieza a sentir nauseas acompañado de regurgitación gastrointestinal.

Según el TEST CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL, se puede observar un resultado siete respuestas positivas y mediante la interpretación del Test se puede descifrar como un riego nutricional alto, debido a sus múltiples problemas de salud. (ANEXO 2)

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

El paciente no mantiene de un patrón de eliminación adecuado; realiza aproximadamente una deposición diaria: las características son: blandas, con presencia de mal olor hace aproximadamente cinco meses, hasta hoy no se ha presenciado características sanguinolentas en las deposiciones. Presenta dolor de moderada intensidad en cada deposición hace aproximadamente cinco meses, le es imposible movilizarse desde el cuarto hasta el baño, por lo que es de fundamental importancia la ayuda de su madre para la movilización. Existe la presencia de incontinencia urinaria hace aproximadamente dos meses, realiza cuatro eliminaciones

urinarias como promedio durante el día; para lo cual también necesita la ayuda de su madre.

Según el TEST DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA, luego de haber sido aplicado se evidencia la presencia de dos respuestas afirmativas, dándonos como resultado una incontinencia urinaria de urgencia leve. (ANEXO 3)

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO

El estado de salud actual le impide tener fuerza suficiente para afrontar sólo, las actividades de la vida diaria. Antes de enfermarse era una persona muy activa y realizaba ejercicio físico diariamente ya que trabajaba como profesor de Cultura Física en una Unidad Educativa y también se encargaba de realizar rumba-terapias; pero en la actualidad por su estado de salud no realiza ningún tipo de ejercicio físico, ya que cuando realiza una actividad de mínimo esfuerzo se fatiga rápidamente. Su situación económica actual y la falta de socialización y amigos le impiden realizar salidas o paseos; es por eso que pasa sólo en su cuarto, las actividades que realiza es mirar televisión por un tiempo aproximado de tres horas diarias. Últimamente su respiración ha sido un poco más rápido con la presencia de periodos de tos durante el día y presentaba también en ocasiones dificulta respiratoria.

Según el TEST DE BARTHEL, luego de haber sido aplicado se obtiene un resultado de 34 puntos, lo cual nos indica un déficit e incapacidad de poder realizar sólo las actividades básicas de la vida diaria.

Según el TEST DE BARBER, luego de haber sido aplicado se obtiene un resultado de cinco respuestas afirmativas y cinco respuestas negativas; lo cual nos indica que el paciente es una persona es una persona frágil y necesita de alguien que esté pendiente al cuidado del paciente y ayudándole en sus actividades diarias. (ANEXO 4)

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

Actualmente el paciente duerme aproximadamente doce horas diarias, presentando con mucha frecuencia los problemas diversos problemas; razón los la cual no concilia bien el sueño; en acciones se despierta a lo largo de la noche, frecuentemente por pesadillas. Su situación económica actual le impide consumir alguna sustancia para poder conciliar bien el sueño; regularmente se acuesta a dormir a las ocho de la noche y por lo general al siguiente día luego de dormir se levanta cansado. El cuarto en el que habita el paciente es muy humilde y de bajos recursos económicos; sin embargo el paciente manifiesta que el medio ambiente es el adecuado para lograr descansar y conciliar el sueño.

Según la ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH, luego de haber sido aplicado se obtiene una puntuación de 14 puntos; dando como resultado una alteración a nivel del sueño (somnolencia de moderada intensidad). (ANEXO 5)

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTIVO

En el aspecto cognitivo – perceptivo también presenta alteraciones; como es el problema con el lenguaje, ya que últimamente le es un poco dificultoso el poder expresarse con normalidad. Las alteraciones táctiles van en aumento, ya que manifiesta que anteriormente tenía diferentes sensaciones táctiles que las actuales. A pesar de que escucha perfectamente y con normalidad, le es difícil concentrarse y frecuentemente presenta estados de desorientación más dificultad para recordar sucesos pasados. Generalmente presenta malestar físico debido a su enfermedad, pero eso no es una barrera para leer y escribir, a pesar que presenta varias dificultades al hacerlo, con ayuda de su madre lo hace frecuentemente.

Según la ESCALA DE PFEIFFER, luego de haber sido aplicada se obtiene cinco puntos de resultado; lo cual es un indicador de un deterioro cognitivo moderado, para ello se recomienda un cuidado especial por parte de su familiar. (ANEXO 6)

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO

El autoconcepto y autopercepción que tiene el paciente es muy bajo, ya que se autocalifica como alguien que no es importante en la vida, para lo cual se brinda consejos y la importancia de la vida. Debido a sus graves problemas de salud se han producido notables cambios en su cuerpo, por lo que el paciente no se siente conforme consigo mismo, frecuentemente se enfada con facilidad por cosas sin importancia, la mayor parte del tiempo pasa aburrido y presenta episodios de depresión y desesperanza; los cambios de su estado de ánimo son muy frecuentes en su vida cotidiana. Finalmente por falta de información acerca de la enfermedad que el paciente tiene, familiares y personas cercanas se han alejado y notablemente ha sentido el rechazo por parte de las personas.

Según la ESCALA DE DEPRESION – TEST DE YESAVAGE, luego de haber sido aplicada y comparadas las respuestas con el test se obtiene un estado de depresión grave. (ANEXO 7)

PATRÓN 8: ROL – RELACIONES

El único apoyo que tiene el paciente es su madre, es con única persona con la que vive; por ende ella es el núcleo familiar y quien sustenta los gastos de la casa a través de su trabajo. En la actualidad debido a sus problemas de salud no tiene amigos, ni pertenece a ningún grupo social; pese a eso tiene una aceptable relación con su madre; pero también existen grandes problemas familiares con su hermana, los demás familiares no le vistan con frecuencia, pero las veces que han ido ha sido para darle ánimos y decirle que pronto se va a recuperar. También manifiesta que para él es muy difícil el tratar de relacionarse con las demás personas, ya que nadie quiere hablar con él.

Según el TEST ZARIT, luego de haber sido aplicado se obtiene el puntaje total de 53, dando como resultado una sobrecarga leve para el familiar que está a cargo del paciente, es decir su madre. (ANEXO 8)

PATRÓN 9: ROL – RELACIONES

El patrón de la sexualidad – reproducción también se encuentra alterado y es el mayor responsable del contagio de la enfermedad que actualmente tiene y por ende su mal estado de salud y el paciente está consciente de ello. Su primera relación sexual la tuvo a sus 17 años de edad, durante su adolescencia tuvo relaciones sexuales con 2 mujeres, en un promedio de 5 relaciones sexuales, pero mientras fue madurando, sus gustos sexuales cambiaron y empezó a relacionarse con personas de su mismo sexo, con aproximadamente 4 compañeros sexuales; pese a que utilizaba métodos anticonceptivos como los condones, no fue suficiente para evitar el contagio de una enfermedad viral. Actualmente su estado de salud le impide tener relaciones sexuales e incluso una pareja estable.

Según el TEST DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL PARA VARONES, luego de haber sido aplicado se obtiene un puntaje total de 11, es un valor muy bajo de acuerdo a los parámetros normales; pero es razonable debido a que su estado de salud actual no le permite tener relaciones sexuales. (ANEXO 9)

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRÉS

Un estado de salud deteriorado da cabida a la producción de estrés; pese a que tiene cerca a su madre para contarle sus problemas con confianza, no es suficiente ya que se estresa con problemas poco importantes y experimenta cambios de humor con mucha frecuencia. En ocasiones se muestra un poco inquieto y estresado, su estado económico bajo no le permite el consumo de algún medicamento para su relajación.

Según el MINI – TEST DEL ESTRÉS, luego de sido aplicado se evidencia un puntaje total de 18, dando como conclusión de que empieza a tener un problema y conviene que empiece a plantearse que debe cambiar algo en su estilo de vida, porque el estrés comienza a ganarle la batalla. (ANEXO 10)

PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS

La religión es algo muy importante en su vida, proviene de una familia Católica, razón por la cual profesa la misma, es muy creyente en su religión y manifiesta que cuando surgen dificultades, la fe que él tiene lo ayuda a solucionarse. Su estado actual de salud no le impide asistir todos los domingos a la iglesia de su parroquia a ser partícipe de la misa. Tiene un muy mal concepto acerca de la enfermedad y la muerte; ya que manifiesta que es lo peor que puede existir, pero pese a ello se ha planteado planes a futuro que son el sanarse y volver a trabajar.

Según la ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO, luego de haber sido aplicada se puede llegar a concluir que existe claramente una confusión de emociones y sentimientos; ya que debido a su estado de salud le es imposible contar con amigos o personas cercanas con las que pueda conversar y liberar sus emociones y sentimientos que lleva dentro. (ANEXO 11)

IV. DESARROLLO

4.1.- DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO

Paciente masculino 32 años nacido en Cuenca y residente en Quito, soltero, ex profesor de educación física, ORH positivo, antecedentes quirúrgicos negativo, alergias negativo, presenta absceso a nivel de glúteo hace 10 meses, código B24 hace 10 meses.

Paciente despierto, afebril, hidratado, pupilas isocóricas normoreactivas, fosas nasales permeables, mucosas orales húmedas, presencia de lesión ulcerosa atrófica de aproximadamente 0.3 cm. En región lateral derecha de la punta de la lengua; corazón rítmico normofonético; pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos; abdomen: blando, depresible, no doloroso; a la palpación extremidades no edemas, atrofia muscular.

Paciente código B24 en fase sida con diagnóstico de tuberculosis miliar en tratamiento antifímico se mantiene con fluconazol por vía oral por criptococo, buena respuesta al tratamiento, se mantuvo medicación por vía oral en hospitalización por varias semanas ya que paciente no tenía familiares y se esperó tramite de trabajo social. No ha vuelto a presentar episodio convulsivo, sin embargo por demencia asociada al virus tiene periodos de desorientación, se mantendrá esquema antiretroviral y se solicita nueva carga viral para control por consulta externa.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Se realizó una serie de exámenes y procedimientos diagnósticos, dando como resultado alteraciones en los valores de: carga viral ligeramente elevada debido a que el virus ha ido avanzando rápidamente, presencia de leucopenia (valores bajos de leucocitos) es un indicador de infección, debido a la presencia de estomatitis a nivel bucal, hematocrito por debajo de los niveles normales debido a las deficiencias nutricionales de hierro, folato, vitaminas B12 y B6, urea disminuida por el consumo

de una dieta pobre en proteínas, disminución de los niveles de creatinina en sangre causada por la disminución de la masa muscular**,** glucosa bajo los niveles normales debido al consumo de tratamientos farmacológicos y una alimentación insuficiente y a destiempo. (TABLA 1)

Tabla # 1: RESULTADO DE EXAMEN DE SANGRE (18 de Diciembre del 2014), MÁS COMPARACIÓN CON VALORES NORMALES

EXÁMENES	RESULTADO	VALOR NORMAL
Hepatitis C y E	no reactivo	no reactivo
TAC de cráneo	normal	normal
Hemocultivo: staphylococo epidermis IGM CMV	negativo	negativo
Carga viral	17485	≤ 10000
Leucocitos	1.840/µl	4.000-11.000/µl
Neutrófilos	56.1%	40 a 70 %
Hematocrito	35,8 %	42-52%
Plaquetas	380.000/mcL	150.000 - 400.000/mcL
Urea	13.5 mg/dl	18-55 mg/dl
Creatinina	0,62 mg/dL	0.7 a 1.3 mg/dL
Glucosa	65 mg/dL	70 - 100 mg/dL
Sodio	137 mEq/L	135 – 145 mEq/L
Potasio	3.74 mEq/L.	3.7 - 5.2 mEq/L.
Magnesio	1.87 mg/dL.	1.7 - 2.2 mg/dL.

Autor: Angel López
Fuente: Historia clínica

Tabla # 2: ESQUEMA DE DOSIS INGERIDAS

TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

Mes /2015	DÍAS DEL MES																														
	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
Enero	HOSPITAL											14	15	16	17	18	19	D	20	21	22	23	24	25	D	26	27	28	29	30	31
Febrero	D	32	33	34	35	36	37	D	38	39	40	41	42	43	D	44	45	46	47	48	49	D	50	51	52	53	54	55	-	-	-
Marzo	D	56	57	58	59	60	61	D	62	63	64	65	66	67	D	68	69	70	71	72	73	D	74	75	76	77	78	79	D	80	81
Abril	82	83	84	85	D	86	87	88	89	90	91	D	92	93	94	95	96	97	D	98	99	100	101	102	103	D	104	105	106	107	-
Mayo	108	109	D	110	111	112	113	114	115	D	116	117	118	119	120	121	D	122	123	124	125	126	127	D	128	129	130	131	132	133	D
Junio	134	135	136	137	138	139	D	140	141	142	143	144	145	D	146	147	148	149	150	151	D	152	153	154	155	156	157	D	158	159	-
Julio	160	161	162	163	D	164	165	166	167	168	169	D	170	171	172	173	174	175	D	176	177	178	179	180	181	D	182	183	184	185	186
Agosto	187	D	188	189	190	191	192	193	D	194	195	196	197	198	199	D	200	201	202	203	203	204	D	205	206	207	208	209	210	D	211
Septiembre	212	213	214	215	216	D	217	218	219	220	221	222	D	223	224	225	226	227	228	D	229	230	x	x	x	x	D	x	231	232	-
Octubre	233	x	234	D	235	236	237	238	239	240	D	241	242	243	244	245	246	D	247	248	249	250	251	252	D	253	254	255	256	257	258
Noviembre	D	x	x	259	260	261	262	D	263	264	x	x	x	x	D	x	x	x	x	x	x	D	x	x	x	x	x	x	D	x	x

D → DOMINGO

X → NO ADMINISTRADO

– → DIA DEL MES INEXISTENTE

Autor: Angel López
Fuente: Historia clínica

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Gozar de una buena vida sexual es fundamental para vivir al máximo la relación de pareja, sin embargo, existen algunos factores de riesgo que ponen en peligro la salud de las personas, al detonar enfermedades como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen diversos factores de riesgo para contraer el VIH, enfermedad que daña la vida sexual de las personas.

Salud mental. Un estudio de la Universidad de Pennsylvania, publicado en el American Journal of Public Health**,** las personas que padecen trastornos de salud mental tiene hasta cuatro veces más probabilidades de contraer VIH que la población en general.

Sexo sin protección. La OMS detalla que practicar relaciones sexuales anales o vaginales sin protección es un factor de riesgo.

Infecciones de transmisión sexual. Las personas que padecen sífilis, herpes, clamidia, gonorrea o vaginosis bacteriana son más propensas a contraer VIH.

Compartir objetos contaminados. El préstamo de agujas, jeringas y drogas son grandes factores de riesgo para el VIH.

Transfusión de sangre. Cuando las personas se someten a este tipo de práctica sin garantías de seguridad, es decir, con material no esterilizado. (Sánchez, 2012)

Las personas infectadas por el VIH tienen entre 25 y 35 veces más probabilidades de enfermar de tuberculosis (la coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH). El riesgo de desarrollar tuberculosis activa también es mayor en las personas aquejadas de otros trastornos que deterioran el sistema inmunitario. (Medina, 2010)

Hay dos razones principales por las que el VIH y la Tuberculosis farmacorresistente pueden estar vinculadas: la infección por el VIH o su tratamiento

podrían dar como resultado una menor absorción de los fármacos antituberculosos o una resistencia adquirida a dichos medicamentos. Además, los pacientes infectados por el VIH y los pacientes con Tuberculosis farmacorresistentes pueden tener factores de riesgo similares, tales como la historia de hospitalización. También es posible que los pacientes infectados por el VIH sean más susceptibles a la infección una vez expuestos a ella, aunque no hay datos que apoyen esta conclusión. (Medina, 2010)

Familia constituida desde 1981, procrean 2 hijos y una hija; años más tarde fallece el padre del hogar, Ana la madre del hogar se queda a cargo de su familia. El hijo menor constituye su propio hogar distanciándose a convivir con su nueva familia; su segunda hija por problemas familiares decide alejarse de la familia; mientras el hijo mayor se queda a vivir junto con su madre; sus problemas de salud le impiden trabajar, razón por la cual la madre es el núcleo familiar y quien solventa los gastos económicos. (ANEXO # 13)

La familia actualmente no dispone de un trabajo estable lo cual no les permiten cubrir completamente sus necesidades, alimentación y problemas de salud; son de religión Católica y cada domingo asisten a la iglesia de su parroquia; el entorno que los rodea es muy bueno, pero no gozan de los servicios básicos completos, ya que no poseen línea telefónica. Para esta corta familia es muy difícil socializarse con sus vecinos, ya que por falta de una buena información de su problema de salud todos se han alejado. Los servicios de salud son inestables, ya que la falta de transporte les impide visitar con mayor frecuencia el Centro de Salud; pero el personal de salud realiza frecuentemente visitas domiciliarias. (ANEXO # 14)

TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN DOROTEA OREM

Paciente

Paciente masculino de 33 años de edad orientada en espacio tiempo y persona que modifica su forma de sentir y de pensar a causa de su enfermedad; se encuentra aislado de la sociedad, tan solo se moviliza en su cuarto y hacia el baño con ayuda de

su madre, lo que le obliga a llevar una vida sedentaria por presentar incapacidad de movilizarse debido a debilidad muscular acompañado de dolor intenso en músculos. El paciente desconoce de su patología y tratamiento por lo cual se la hace vulnerable a sus autocuidados y a las medidas de bioseguridad que debe tomar para cuidar a la persona que está en su entorno. Su madre es el pilar fundamental de apoyo ya que es la única persona que está pendiente para ayudarle en sus actividades diarias.

Salud

El paciente percibe su salud como una falta de bienestar físico que no le permite desarrollarse de manera adecuada en su entorno y gracias al personal de salud que le ha dado la información pertinente sobre su patología quiere seguir con el método terapéutico para lograr su estado físico adecuado, seguir con su estilo de vida, volver a trabajar y llevar la vida normal que tenía.

Entorno

El entorno que le rodea al paciente no es el adecuado ya que no hay la ventilación necesaria, no existe una adecuada higiene del cuarto del paciente y en general de la casa, lo cual es un factor de riesgo para producir infecciones, por otro lado la única persona que está pendiente de las necesidades del paciente es su madre; pero su trabajo le impide estar todo el tiempo al cuidado, razón por la cual esta propenso a tener accidentes.

Enfermera

El personal de enfermería es el encuentro con el paciente y su familia, durante el cual, ayuda, comunica, atiende y enseña y contribuye la conservación de un buen estado de salud, y proporciona el cuidado durante la enfermedad hasta que el paciente sea capaz de asumir la responsabilidad de sus propias necesidades básicas como ser humano; no solo cuidamos personas, les brindamos, nuestra amistad, nuestro amor, nuestra confianza, elaboramos un vínculo con él, a veces nos convertimos en el único ser humano con el que tienen contacto.

Enfermera/o es cuidado y es presencia:

El "cuidado" es un arte que consiste en ser capaz de reducir el malestar de una persona, es estar junto a esa persona en un momento vulnerable, gracias al contacto humano y a las técnicas sanitarias, es cuidar al paciente durante su estado de enfermedad, y posteriormente proporcionarle los conocimientos necesarios para su autocuidado.

La "presencia" es una conexión entre la enfermera y el paciente que puede ser lograda sólo cuando todas las distracciones y pensamientos son eliminados, y los sentimientos y necesidades del paciente pasan a ser la prioridad. Es una conexión recíproca, ofrece bienestar a enfermera y paciente y en ella descansa la capacidad terapéutica de la enfermera.

4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

En este punto podemos hacer hincapié en el estado del paciente sus condiciones de vida y papel que debe desempeñar el organismo de salud, hablamos de un paciente inmunodeprimido, que necesita un cuidado especial por parte de su familia y por parte de los organismos de salud que les corresponda, aparte el paciente y su madre necesitan de mucho apoyo psicológico y a través de ello poder superar sus problemas de salud, aceptar sus cambios físicos y poder acogerse a su nuevo estilo de vida.

El MSP en el nivel de atención primaria debe tener en cuenta a este tipo de pacientes, y realizar visitas domiciliarias de forma frecuente, administrar medicación para VIH y Tuberculosis, realizar interconsultas con los servicios psicología y nutrición brindar un apoyo incondicional tanto al paciente como a su familia.

4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

Tabla # 3: PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW

PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW		
NECESIDADES	**ÍTEMS**	**ARTÍCULO CIENTÍFICO**
NECESIDADES FISIOLÓGICAS	**Respiración** ✓ Disnea grado 1 ✓ Tos improductiva ✓ Dolor torácico ✓ Taquipnea	**Manifestaciones pulmonares en pacientes con SIDA** El pulmón es uno de los órganos más afectados en el huésped inmunocomprometido, por causas infecciosas (75%) o neoplásicas (25%). El amplio espectro de enfermedades infecciosas pulmonares que afectan a los pacientes con SIDA es una causa importante de morbilidad y mortalidad, dado que casi el 70% sufre una complicación respiratoria durante el transcurso de su enfermedad. (Afione, 2013)

	Alimentación ✓ Riesgo nutricional alto ✓ Dieta inadecuada para paciente ✓ Falta de apetito ✓ Horarios de comida no establecido ✓ Ulceras en la cavidad bucal ✓ Nauseas	**Sobre nutrición en el paciente con infección por VIH** Como conclusión podemos decir que la intervención nutricional debe iniciarse de forma precoz, desde el momento del diagnóstico de la infección VIH, ya que los déficits y carencias nutricionales pueden aparecer en cualquier momento de la evolución. Esta intervención nutricional debe ser distinta e individualizada en cada paciente, y va a depender principalmente de su situación clínica e inmunológica, influyendo de manera directa los tratamientos a los que esté sometido, sus hábitos alimenticios, su situación socio-económica y su estado psicológico. (Polo, 2008)

	Eliminación ✓ Incontinencia urinaria ✓ Disuria ✓ Nicturia	**<u>Diagnóstico, tratamiento y prevención de las alteraciones renales en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.</u>** Los pacientes infectados por el VIH pueden presentar una amplia variedad de nefropatías tubulares e intersticiales y puede ser la causa principal para desarrollar incontinencia urinaria. Nefropatía asociada al VIH (NAVIH). Este tipo de afección glomerular es la nefropatía mejor caracterizada en pacientes infectados por el VIH. La manifestación central de la NAVIH es un síndrome nefrótico (proteinuria superior a 3,5g/día) La proteinuria es masiva en muchos casos (superior a 8–10g/día), aunque su repercusión clínica y analítica es menor que en pacientes con otras causas de síndrome nefrótico. (Aldeguer, 2012)

	Descanso ✓ Insomnio ✓ Dificultad para conciliar el sueño. ✓ Preocupación ✓ Debilidad ✓ Falta de energía ✓ Ulceras por presión	**<u>Insomnio en personas con VIH</u>** El insomnio ha sido descrito en múltiples estudios sobre el VIH. Se ha sugerido que puede aparecer en cualquier fase de la infección y conducir a una reducción general de la calidad de vida de las personas con el virus; no obstante, existía una clara necesidad de un estudio sobre la relación entre VIH e insomnio. El factor que evidenció una asociación más importante con el insomnio en personas con VIH fue la presencia de una enfermedad psicológica. La ansiedad y la depresión tienen una incidencia elevada en personas con VIH (55 y 32%, respectivamente). El análisis multivariable de los datos mostró a la depresión como un factor de riesgo de sufrir insomnio en personas con VIH. (Martínez, 2013)

	Higiene ✓ Falta de higiene ✓ Aseo personal inadecuado	**Manual de atención al paciente VIH/SIDA** La higiene corporal es importante para protegerte de posibles infecciones. Ducharse a diario si es posible o más veces si es necesario y lavarse las manos con frecuencia. Además, es muy importante recordar que un baño o una ducha, dependiendo de la temperatura del agua, es una manera de relajarse o estimularse. Después del baño o ducha secarse la piel correctamente. Utilizar jabón con pH que sea parecido al de nuestra piel (5,5), de esta forma evitaremos que nos produzca irritaciones. La higiene del pelo se hará siempre que sea necesario o deseable y como mínimo una vez por semana. También es importante secarlo correctamente. (Jiménez, 2012)

NECESIDADES DE SEGURIDAD	**Seguridad física** ✓ Dependencia moderada ✓ Limitación del movimiento ✓ Dificultad para caminar ✓ Paciente aislado	**La prevención de caídas como indicador de un buen cuidado en paciente con VIH** Las caídas durante la presencia del virus en un paciente con VIH representan un problema frecuente, un 84 % de los eventos adversos en pacientes encamados están relacionados con ellas. Especialmente en pacientes mayores, presentan consecuencias graves, tanto físicas (fracturas y otras lesiones) como psicológicas (pérdida de seguridad y miedo). También tienen una repercusión social y económica importante provocada por la atención sanitaria de las mismas. El familiar o cuidador del paciente tienen un papel de vital importancia y responsabilidad en la prevención de las caídas. (Bulechek, 2012)

	Seguridad de Empleo ✓ No trabaja ✓ Bajos recursos económicos	**<u>Estigma y discriminación hacia las personas con VIH y sida</u>** Los avances en los tratamientos y en la calidad y esperanza de vida de las personas con VIH han puesto de manifiesto la necesidad de reforzar el trabajo para dar respuesta a las demandas y necesidades que las personas con VIH manifiestan con respecto a su incorporación al mercado laboral y al mantenimiento de sus puestos de trabajo. A pesar de que existe un marco legislativo que protege el derecho de todos los trabajadores y trabajadoras (en el sentido amplio), y de las recomendaciones internacionales en lo que se refiere al VIH y el mundo del trabajo, en especial la última recomendación de la OIT. (Arango, 2014)

NECESIDADES DE AFILIACIÓN O SOCIALES	**Amistad y afecto** ✓ Depresión y ansiedad ✓ Bajo autoestima ✓ Poco comunicativo ✓ Desconocimiento de la patología	**<u>Depresión en pacientes con VIH/SIDA</u>** Respecto a la depresión total, nuestros resultados indican que tanto los pacientes asintomáticos como los pacientes sintomáticos no se diferencian estadísticamente en la sintomatología de depresión que comunican, aunque los pacientes asintomáticos tienden a ubicarse en el nivel de "depresión leve", esto nos indica que el paciente que se encuentra infectado por el VIH/ SIDA desarrolla o tiene asociada una sintomatología no muy intensa; considerándose que en el caso de la presente muestra esto puede deberse a la preparación del paciente mediante consejería pre-test, anterior a ser notificado de su diagnóstico así como la consejería post-test. (Pimental, 2012)

NECESIDADES DE RECONOCIMIENTO	**Auto reconocimiento** ✓ Acercamiento a Dios	**<u>La creencia religiosa para resignificar y dar un nuevo sentido al VIH</u>** La creencia religiosa de las personas puede ser un recurso para enfrentar la angustia que trae consigo el diagnóstico de alguna enfermedad. Una publicación del Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en Sida (ICASO, 2007) pone énfasis en el fuerte apoyo que la creencia religiosa otorga ante los problemas de salud. Existen aspectos de la religión que sirven como recursos sociales para enfrentar el estigma asociado al VIH/sida: la creencia en Dios, por ejemplo, es un apoyo para sobrellevar los problemas cotidianos, mientras que los argumentos religiosos contribuyen a explicar la enfermedad y las dificultades que se presentan en la vida. (Arteaga, 2011)

NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN	**Aceptación de los hechos, resolución de problemas** ✓ Falta de interés por la salud ✓ Reservado por su patología	**Nivel de autoestima en pacientes con VIH/SIDA** Las personas ven limitada su fuerza para continuar trabajando en detrimento de su ingreso; además de vivir el rechazo, lo que impacta en su autoestima y aislándolo de su familia y su entorno social, creando una autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma, también un sentimiento de culpabilidad por la que se acusa y se condena al haber contraído la enfermedad, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo, esto depende también del ambiente familiar, social y educativo en el que se desenvuelva y los estímulos que este pueda brindar. (Mendoza, 2014)

Autor: Angel López

Fuente: Base de datos

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla # 4: CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

DIAGNOSTICOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disfunción neurornuscular de los músculos respiratorios manifestado por disnea, taquipnea y uso de los músculos accesorios para respirar.	• Respuesta cardiovascular/ pulmonar	❖ Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea al máximo posible. ❖ Realizar fisioterapia respiratoria ❖ Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión. ❖ Fomentar una respiración lenta y profunda. ❖ Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos patológicos. ❖ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ❖ Observar el color de la lengua, la mucosa oral y la piel.

		❖ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. ❖ Monitorizar la saturación de oxígeno.
Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para ingerir y digerir los alimentos manifestado por ulceras en la cavidad bucal, bajo tono muscular e incapacidad subjetiva para ingerir alimentos.	• Ingestión	❖ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. ❖ Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. ❖ Pesar al paciente a intervalos adecuados y calcular el índice de masa corporal. ❖ Valorar la habilidad del usuario para alimentarse. ❖ Facilitar la higiene bucal después de las comidas. ❖ Enseñar al cuidador la forma adecuada para darle de comer al paciente evitando la mezcla de alimentos. ❖ Fomentar el aumento de la ingesta de calorías ❖ Analizar con el paciente y la familia la percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer. ❖ Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un sitio estratégico.

Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo-motor manifestado por incontinencia urinaria, disuria y nicturia.	❖ Función urinaria	❖ Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. ❖ Realizar una valoración sistemática rutinaria para detectar incontinencia urinaria o síntomas de ITU. ❖ Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario. ❖ Enseñar al usuario a reconocer síntomas de hematuria y solicitar atención médica. ❖ Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate). ❖ Mantener una adecuada hidratación ❖ Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
Insomnio relacionado con malestar físico: dolor manifestado por dificultad para conciliar el sueño,	❖ Reposo y sueño	❖ Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. ❖ Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del "sueño, vías aéreas

disminución en la calidad de vida, debilidad, falta de energía.		obstruidas, dolor molestias y frecuencia urinaria) y o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. ❖ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. ❖ Mantener tranquilo el entorno. ❖ Valorar la presencia de signos de depresión en la paciente. ❖ Proporcionar una cama limpia, cómoda. ❖ Limitar las visitas.
Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física m/p deterioro de las capas de la piel, zonas de prominencias óseas eritematosas.	❖ Lesión física	❖ Valorar la zona de deterioro cutáneo y determinar la causa. ❖ Monitorizar la zona de deterioro cutáneo al menos una vez al día para detectar cambios de color, enrojecimiento, hinchazón, calor, dolor u otros signos de infección. ❖ Vigilar con especial atención zonas de prominencias óseas. ❖ Minimizar la exposición de la zona de deterioro cutáneo a humedad, sudoración, líquido de incontinencia. ❖ En pacientes con limitación de movimiento valorar escala de NORTON. ❖ Cambios de posición cada 2 horas y evitar presión y

		fricción. ❖ Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de integridad de la misma. ❖ Proporcionar como medida alternativa masaje circular en el paciente para fomentar la circulación en zonas de mayor riesgo a formar UPP.
Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro rnusculosquelético y fuerza muscular insuficiente manifestado por limitación de las actividades motoras, limitación de movimiento e inestabilidad postural.	• Actividad y ejercicio	❖ Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física. ❖ Aplicar medidas anti embolia, elevar gradualmente la cabecera de la cama, enseñar al paciente permanezca sentado unos minutos antes de ponerse de pie para evitar hipotensión ortostática. ❖ Animar al paciente a ponerse de pie y caminar con frecuencia. ❖ Fomenta la deambulación diaria con periodos de descanso. ❖ Valorar la presencia de balanceo excesivo, equilibrio escaso y corta longitud en el primer paso.

		❖ Recomendar actividades diarias que impliquen apoyo del peso corporal, caminar. ❖ Recomendar la ingesta de suplementos de vitamina D.
Gestión ineficaz de la propia salud relacionada con déficit de conocimientos manifestado verbalmente por el paciente no saber nada de la patología.	• Gestión de la salud	❖ Establecer una buena relación enfermero usuario. ❖ Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables / observables. ❖ Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. ❖ Responder a las preguntas de una forma clara y concisa ❖ Potenciar el estado hemodinámico del paciente para facilitar la oxigenación cerebral (ajustes de posición y medicación). ❖ Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente (hambre, sed, calor y oxígeno). ❖ Vigilar el estado emocional del paciente. ❖ Lograr la participación de la familia/ seres queridos, si resulta oportuno.

Autor: Angel López

Fuente: Base de datos

4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Tabla # 5: PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON VIH MAS TUBERCULOSIS MILIAR					
	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO 4: Actividad/ reposo **CLASE 4:** Respuesta cardiovascular/pulmonar **CÓDIGO DE DX 00032:** Patrón respiratorio ineficaz	**RESULTADO(S)**	**INDICADOR (ES)**	**ESCALA(S) DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR**	
DEFINICIÓN: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada. **DIAGNOSTICO:** Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disfunción neurornuscular de los músculos respiratorios manifestado por disnea, taquipnea y uso de los músculos accesorios para respirar.	ESTADO RESPIRATORIO: permeabilidad de las vías respiratorias (0410) **Dominio:** Salud fisiológica II **Clase:** Cardiopulmonar (E)	Facilidad respiratoria (041009) Frecuencia respiratoria (041004) Ritmo respiratorio (041005)	**1:** Gravemente comprometido **2:** Sustancialmente comprometido **3:** Moderadamente comprometido **4:** Levemente comprometido	**3** **2** **2**	**4** **4** **4**

			5: No comprometido		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES • MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS (3140)		**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES** • MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA (3350)	
ACTIVIDADES	**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**	**ACTIVIDADES**	**FUNDAMENTO CIENTIFICO**
❖ Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea al máximo posible. ❖ Realizar fisioterapia respiratoria ➢ Respiración de los labios profundos. ➢ Practicar la percusión.	✓ La posición elevada permite la máxima expansión pulmonar, permanecer acostado hace que los órganos abdominales se desplacen hacia el tórax lo que produce presión en los pulmones, dificultando la respiración. (Collard, 2003) ✓ La fisioterapia	❖ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ❖ Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). ❖ Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.	✓ Cuando el tracto respiratorio se mantiene con secreciones mediante las vías aéreas; el ritmo y frecuencia respiratoria aumenta. (Salazar, 2013) ✓ La fatiga muscular diafragmática generalmente es causada por una disfunción neurornuscular de los músculos respiratorios. (Monte, 2004) ✓ Un estudio en la sala de urgencias, la escala de Borg

❖ Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión. ❖ Fomentar una respiración lenta y profunda. ❖ Enseñar a toser de manera efectiva. ❖ Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos patológicos.	respiratoria comprende una serie de ejercicios de reeducación de los músculos respiratorios y técnicas destinadas a aprovechar mejor la capacidad pulmonar y facilitar la eliminación de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio con el fin de lograr una ventilación adecuada (Villalba, 2010) ✓ La respiración con los labios provoca un aumento del uso de los músculos intercostales, disminución de la frecuencia respiratoria, aumento del volumen corriente, y aumento de los niveles de la saturación de oxígeno. (Collins, 2001)	❖ Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. ❖ Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran. ❖ Observar el color de la lengua, la mucosa oral y la piel.	modificada se correlaciona bien con medidas clínicas de la función respiratoria, y tanto las enfermeras como los usuarios las encontraron útil. (Kendrick, 2000). ✓ El esputo normal es trasparente o gris y mínimo; el esputo anómalo es verde, amarrillo o sanguinolento; y a menudo copioso. (Flores, 2001) ✓ La cianosis de la lengua y la mucosa oral (cianosis central) generalmente presenta una urgencia médica. La cianosis periférica de los hechos ungueales o de los labios puede ser grave o no. (Kasper, 2005).

	✓ Ayudar al usuario a respirar profundamente, aguante la respiración varios segundos, y tosa dos o tres veces con la boca abierta logrando contraer los músculos abdominales superiores. Esta técnica puede ayudar a incrementar la eliminación de esputos y reducir los espasmos de la tos. La tos controlada emplea los músculos diafragmáticos, logrando que sea más potente y efectiva. (Donahue, 2002). ✓ Los sonidos son normalmente limpios o base perciben crepitantes finos por las bases, que desaparecen con la respiración profunda. La presencia		

	de crepitantes groseros durante el final de inspiración indica líquido en las vías aéreas; las sibilancias señalan una obstrucción de la vía aérea. (Kasper, 2005).		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES • OXIGENOTERAPIA (3320)		**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES** • MANEJO DEL DOLOR (1400)	
ACTIVIDADES	**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**	**ACTIVIDADES**	**FUNDAMENTO CIENTIFICO**
❖ Eliminar las secreciones bucales, nasales. ❖ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. ❖ Administrar oxígeno suplementario según órdenes ❖ Vigilar el flujo de litro de oxígeno ❖ Instruir al paciente	✓ Se ha demostrado que el oxígeno corrige la hipoxemia, pero que puede causar la retención de secreciones respiratorias, razón por la cual es indispensable la eliminación de secreciones. (Santander, 2007) ✓ La oxigenoterapia ayuda a disminuir la disnea a través de la reducción del impulso central mediado de los quimiorreceptores	❖ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor. ❖ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, y falta de conocimientos).	✓ La valoración y registro del dolor iniciales proporcionan dirección para el plan de tratamiento del dolor. Una valoración completa del dolor incluye todas las características del mismo que el usuario pueda proporcionar .la información de este sobre el dolor se considera como el conjunto de datos más fiables (Caho, 2004) ✓ Las interacciones farmacológicas son los pilares angular del tratamiento del dolor moderado a grave

acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido. ❖ Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. ❖ Monitorizar la saturación de oxígeno. ❖ Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras	periféricos en el cuerpo carotideo (Mek, 2009) ✓ El oxígeno, como cualquier fármaco, debe ser administrado en la dosis y por el tiempo requerido, con base en la condición clínica de la persona afectada, según prescripción médica y en lo posible fundamentado en la medición de gases arteriales. (Villalba, 2010) ✓ El objetivo de la oxigenoterapia consiste en mantener unos niveles de oxigenación adecuados a fin de que eviten una hipoxia tisular. Esto se consigue cuando la presión parcial de O_2 en sangre arterial alcanza valores	❖ Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. ❖ Fomentar períodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor. ❖ Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.	(American Pain Sociely, 2004). ✓ La combinación de analgésicos puede producir un alivio del dolor aceptable con dosis menores de cada uno de ellos, lo cual no serio posible con la administración de un agente analgésico único. Las dosis menores pueden causar efectos secundarios menores y numerosos. (American Pain Sociely, 2004) ✓ Uno de los pasos más importantes hacia la mejora del control del dolor consiste en una mejor comprensión de la naturaleza del mismo y su tratamiento por parte del usuario, además del papel que este debe asumir para controlarlo. (Pasero, 2003)

come. ❖ Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.	superiores a los 60 mm/Hg, lo cual corresponde a una saturación de la hemoglobina del 90% aproximadamente. (Villalba, 2010) ✓ Es recomendable revisar frecuentemente la que la administración de oxigeno sea la indicada ya que si se excede de los niveles que necesita el paciente se producirá una atelectasia por toxicidad de oxigeno dando origen a una insuficiente expansión pulmonar. (Freire, 2008)		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON VIH MAS TUBERCULOSIS MILIAR					
	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO 2: Nutrición **CLASE 1:** Ingestión **CÓDIGO DE DX 00002:** Desequilibrio nutricional por defecto	**RESULTADO(S)**	**INDICADOR (ES)**	**ESCALA(S) DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA MANTENER**	**AUMENTAR**
DEFINICIÓN: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. **DIAGNOSTICO:** Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para ingerir y digerir los alimentos manifestado por ulceras en la cavidad bucal, bajo tono muscular e incapacidad subjetiva para ingerir alimentos.	ESTADO NUTRICIONAL (1004) **Dominio:** Salud fisiológica II **Clase :** Nutrición (K)	Ingestión de nutrientes (100401) Ingestión alimentaria (100402) Tono muscular (100410)	**1:** Desviación grave del rango normal **2:** Desviación sustancial del rango normal **3:** Desviación moderada del rango normal **4:** Desviación leve del rango normal **5:** Sin desviación del rango normal	**2** **3** **2**	**4** **5** **4**

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES • MANEJO DE LA NUTRICIÓN (1100)		**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES** • ALIMENTACION (1056)	
ACTIVIDADES	**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**	**ACTIVIDADES**	**FUNDAMENTO CIENTIFICO**
❖ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. ❖ Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina *e,* si es el caso. ❖ Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. ❖ Ajustar la dieta al estilo	✓ Un aporte alimenticio adecuado puede ser muy indispensable en la persona, ya que de cierta forma puede contribuir con aportes para el cuerpo; como es el caso de las proteínas, minerales, vitaminas, fibra, lácteos, hierro, etc. (Fray, 2011) ✓ El consumo de proteínas como las almendras se ha asociado a un riesgo reducido de enfermedad coronaria. (Huler, 2008.)	❖ Identificar la dieta prescrita. ❖ Facilitar la higiene bucal después de las comidas. ❖ Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito. ❖ Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos. ❖ Acompañar la comida con agua, si es	✓ Las normativas dietéticas están escritas por expertos nutricionistas y basadas en investigaciones sobre el aporte nutricional necesario para la persona. (Ludwig, 2005). ✓ La ingesta de comida aumenta cuando existe una buena concentración en la persona. Midwifery, 2010). ✓ La incidencia de la neumonía disminuye cuando los usuarios reciben cuidados orales después de cada comida (Yoneyama, 2002). ✓ Las barreras del paciente para

de vida del paciente, según cada caso. ❖ Pesar al paciente a intervalos adecuados y calcular el índice de masa corporal. ❖ Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas. ❖ Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales. ❖ Determinar la causa de las náuseas y vómitos (medicación, intoxicación). ❖ Mantener el ambiente	✓ El aumento de la calidad de fibra en la dieta se asoció a menor peso corporal y menor relación cintura caderas como la aproximación al peso teórico que con el consumo de grasas (Ludwig, 2005). ✓ Un IMC normal es de 20 a 25, de 26 a 29 es sobrepeso y mayor de 30 es obesidad (Nix, 2005). ✓ Los principios para guiar la garantía de la nutrición incluyen la satisfacción de las necesidades de los usuarios y el aumento de la calidad de vida. (Castellano, 2004). ✓ Las náuseas y vómitos que puede enfrentar una persona son por múltiples etiología; pero	necesario. ❖ Registrar la ingesta, si resulta oportuno. ❖ Evitar disimular los fármacos con la comida. ❖ Proporcionar al paciente un lugar agradable para comer. ❖ Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible. ❖ Evitar distraer al paciente durante la deglución. ❖ Realizar la alimentación sin prisas/lentamente. ❖ Posponer la	comer son el disgusto respecto a los alimentos sentir que la comida no es apetecible y que no valoran los gustos del paciente respecto a la comida. (Crogan, 2001). ✓ La insistencia enfermera para las actividades de la vida diaria va a conservar la energía del paciente para actividades que el usuario valora. (Midwifery, 2000) ✓ La mezcla de alimentos disminuye el atractivo de la comida y por ende la ingesta de alimentos. (Midwifery, 2000)

libre de olores, perfumes, productos de limpieza. ❖ Evitar los movimientos bruscos, mantener en una sola posición al paciente. ❖ Valorar la habilidad del usuario para alimentarse. ❖ Observar la causa de la incapacidad para alimentarse. ❖ Preguntar al paciente las preferencias de los alimentos y proporcionarlos. ❖ Proporcionar un ambiente tranquilo y agradable para comer.	casi siempre son evitables: movimientos bruscos pos-ingesta, olores fuertes, medicación, etc. (Garrett, 2003). ✓ La valoración funcional proporciona datos de importantes de las actividades diarias para equiparar la habilidad del usuario para alimentarse con el nivel de ayuda del cuidador. (Phillys, 1995) ✓ Cuando en el usuario existen preferencias nutricionales; la ingesta y calidad de vida aumentan notablemente. (Grader, 2006)	alimentación si el paciente estuviera fatigado. ❖ Enseñar al cuidador la forma adecuada para darle de comer al paciente evitando la mezcla de alimentos.	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES • ASESORAMIENTO NUTRICIONAL (5246)		**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES** • AYUDA PARA GANAR PESO (1240)	
ACTIVIDADES	**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**	**ACTIVIDADES**	**FUNDAMENTO CIENTIFICO**
❖ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. ❖ Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. ❖ Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. ❖ Discutir las necesidades nutricionales y la	✓ Si el usuario ingiere una dieta sana, los suplementos no suelen ser necesarios. Sin embargo es necesario e indispensable el consumo de suplementos vitamínicos en caso de edad avanzada o enfermedad, se recomienda consumir mínimo una vez al día para fortalecer el sistema inmunitario. (Therton, 2004) ✓ Es muy importante	❖ Observar si hay nausea y vomito después de la administración de medicación. ❖ Fomentar el aumento de la ingesta de calorías ❖ Reconocer que la baja de peso puede formar parte del progreso natural de una enfermedad. ❖ Analizar con el paciente y la familia la	✓ Las náuseas se encuentran entre los efectos secundarios más molestos de la administración de medicamentos. Prevenir y anticiparse a la aparición de náuseas es una buena estrategia para el resto del tratamiento del paciente. (Garrett, 2003). ✓ En la combinación de alimentos de la dieta diaria es importante incluir productos calóricos; ya que las calorías son las encargadas de producir energía en el cuerpo humano.

percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. ❖ Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.	dialogar con el usuario, conocer sus hábitos alimenticios, sus preferencias alimenticias, la percepción de la dieta encomendada; y así poder educar acerca de la importancia de una correcta alimentación y así podernos plantear metas para así beneficiar la salud del usuario. (Lutz, 2001) ✓ Las necesidades de energía disminuyen un 5% de década después de los 40 años, pero a menudo de los patrones de la alimentación no han cambiado desde la juventud. (Przytulski, 2001)	percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer. ❖ Enseñar al paciente y a los miembros de la familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso. ❖ Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un sitio estratégico.	(Francis, 2011) ✓ La educación siempre será importante en los usuarios, es por ello que se recomienda realizar charlas educativas y así poder explicar acerca de la importancia de una buena alimentación para así reponerse de su enfermedad y no perder peso. (Bristol, 2007) ✓ Las consecuencias de la mala nutrición conducirán a un deterioro de la enfermedad del paciente que entonces se autoperpetúa si no se reconoce y se trata casos extremos de mal nutrición pueden llevar a la septicemia, insuficiencia multiorgánica y la muerte. (Arrowsmith, 2000).

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON VIH MAS TUBERCULOSIS MILIAR					
	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO 3: Eliminación/intercambio **CLASE 1:** Función Urinaria **CÓDIGO DE DX 00016: :** Deterioro de la eliminación urinaria	**RESULTADO(S)**	**INDICADOR (ES)**	**ESCALA(S) DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA MANTENER**	**AUMENTAR**
DEFINICIÓN: Disfunción en la eliminación urinaria. **DIAGNOSTICO:** Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo-motor manifestado por incontinencia urinaria, disuria y nicturia.	ELIMINACION URINARIA (0503) **Dominio:** Salud fisiológica **Clase:** Eliminación	Patrón de eliminación (050301) Quemazón al orinar (050330) Nicturia (050333) Incontinencia urinaria (050312)	**1:** Gravemente comprometido **2:** Sustancialmente comprometido **3:** Moderadamente comprometido **4:** Levemente comprometido **5:** No comprometido	**3** **3** **3** **3**	**4** **4** **4** **4**

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES • MANEJO DE LA ELIMINACIÓN (0590)		**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES** • CUIDADOS EN LA INCONTINENCIA URINARIA (0610)	
ACTIVIDADES	**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**	**ACTIVIDADES**	**FUNDAMENTO CIENTIFICO**
❖ Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. ❖ Realizar una valoración sistemática rutinaria para detectar incontinencia urinaria o síntomas de ITU. ❖ Realizar ejercicios para entrenamiento vesical y del suelo pélvico.	✓ La incontinencia urinaria y disfunción vesical son problemas prevalentes en la tercera edad; pero se ha evidenciado múltiples casos en adultos. Es importante la valoración de la incontinencia para así poder evidenciar la gravedad del problema de salud (Gray, 2002). ✓ La ingesta de líquido, no consumir cafeína, y el entrenamiento vesical y del suelo pélvico redujo la frecuencia urinaria, el uso de	❖ Enseñar al usuario a reconocer síntomas de hematuria y solicitar atención médica. ❖ Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate). ❖ Mantener una adecuada hidratación	✓ La hematuria en presencia de síntomas miccionales irritativos indica, en ausencia de ITU sugiere el riesgo de tumor en el Tracto Urinario que necesita investigación adicional (Mazhary, 2002). ✓ Una adecuada higiene y limpieza de la zona genital impide la irritación de la piel e infecciones a nivel del tracto urinario. (Sánchez, 2003) ✓ La incontinencia urinaria y la disfunción vesical sobreactiva constituyen problemas prevalentes, particularmente

❖ Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario. ❖ Si el paciente presenta dolor crónico en el tracto urinario inferior derivarlo al urólogo o especialista en el tratamiento del dolor pélvico.	absorbentes y la gravedad de STUI. (Borrie, 2002) ✓ El dolor vesical y síntomas de almacenamiento en ausencia de infección pueden indicar cistitis intersticial que requiere tratamiento prolongado. (Gray, 2002)	❖ Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. ❖ Realizar una valoración sistemática rutinaria en el usuario para detectar incontinencia urinaria o STUI incluyendo urinaria molesta.	en la tercera edad; pero se ha evidenciado múltiples casos en adultos. (Gray, 2002)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON VIH MAS TUBERCULOSIS MILIAR					
	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO 4: Actividad y Reposo **CLASE 1:** Reposo y Sueño **CÓDIGO DE DX 00095:** Insomnio	**RESULTADO(S)**	**INDICADOR (ES)**	**ESCALA(S) DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA** **MANTENER** **AUMENTAR**	
DEFINICIÓN: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. **DIAGNOSTICO:** Insomnio relacionado con malestar físico: dolor manifestado por dificultad para conciliar el sueño, disminución en la calidad de vida, debilidad, falta de energía.	SUEÑO (0004) **Dominio:** Salud funcional I **Clase :** Mantenimiento de la energía (A)	Patrón del sueño (000403) Calidad del sueño (000404) Duerme toda la noche (000418) Sueño interrumpido (000406)	**1:** Gravemente comprometido **2:** Sustancialmente comprometido **3:** Moderadamente comprometido **4:** Levemente comprometido **5:** No comprometido	**2** **2** **2** **2**	**4** **4** **4** **5**

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES • MEJORAR EL SUEÑO (1850)		**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES** • MANEJO AMBIENTAL: CONFORT (6482)	
ACTIVIDADES	**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**	**ACTIVIDADES**	**FUNDAMENTO CIENTIFICO**
❖ Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. ❖ Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del "sueño, vías aéreas obstruidas, dolor molestias y frecuencia urinaria) y o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.	✓ La valoración de la conducta y de los patrones del sueño son una parte importante de cualquier exploración del estado de salud. (Landis, 2002) ✓ El dolor conduce a la interrupción del sueño y la interrupción del sueño aumenta la percepción del dolor (Roehrs, 2005). ✓ Los voluntarios expuestos a niveles de ruido de cuidados	❖ Mantener un entorno tranquilo sin ruidos. ❖ Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. ❖ Fomentar actividad física durante el día. ❖ Proporcionar apoyo a la	✓ El ruido excesivo altera el sueño. (Floyd, 2000). ✓ La incomodidad o el dolor pueden interrumpir el periodo de sueño. (Roehrs, 2005). ✓ Aumento de actividades durante el día fomenta el sueño. (Richards, 2001) ✓ Puede alterar el patrón del sueño de la familia y aumentar el nivel de estrés. (Floyd, 2000) ✓ Las técnicas no farmacológicas como: relajación, masajes, intervenciones cognitivas y

❖ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. ❖ Mantener tranquilo el entorno. ❖ Valora el nivel del dolor y utilizar medidas farmacológicas disponibles para el manejo del dolor. ❖ Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. ❖ Disponer / llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. ❖ Ajustar el programa de	críticos experimentaron una mala calidad del sueño. El ruido excesivo deteriora el sueño. (Topf, 2002). ✓ La dificultad para dormir puede ser un efecto secundario de medicación como broncodilatadores; la cafeína también puede interferir en el sueño. (Benca, 2005) ✓ La práctica de un masaje en la espalda a demostrado que es efectiva para fomentar la relajación, lo cual probablemente conduce a mejorar el sueño (Richards, 2003). ✓ Las apneas del sueño pueden estar provocadas por cambios en el mecanismo	familia de la paciente con trastorno crónico del patrón del sueño ❖ Iniciar intervenciones no farmacológicas para el insomnio. ❖ Proporcionar una cama limpia, cómoda. ❖ Limitar las visitas. ❖ Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo. ❖ Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, tablillas	educativas ayudan a mantener la eficacia y continuidad del sueño. (Morin, 1999). ✓ Los pacientes que presentan enfermedades crónicas y/o adultos mayores se encuentran en disconfort por frio e hipotermia aun en entornos cálido, y pueden no ser capaces de satisfacer sus propias necesidades a través del agregado de una capa de abrigo (Worfolk, 1999). ✓ Los voluntarios expuestos a niveles de ruido de cuidados críticos experimentaron una mala calidad del sueño. El ruido excesivo deteriora el sueño (Topf, 2002).

administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente. ❖ Observar la dieta y la medicación prescrita. ❖ Valorar la presencia de signos de depresión en la paciente. ❖ Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso. ❖ Disminuir o eliminar el consumo de cafeína.	respiratorio del sistema nervioso central o puede ser obstructiva y estar asociado con obesidad (Foyt, 2002). ✓ Los periodos de depresión conduce a la interrupción del sueño. (Stiefel, 2004) ✓ La hiperactivación del sistema nervioso central produce alteración del patrón del sueño. (Sateia, 2000) ✓ La cafeína puede interferir en la conciliación del sueño. (Benca, 2005)	inmovilizadoras para la parte dolorosa del cuerpo).	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON VIH MAS TUBERCULOSIS MILIAR					
	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO 11: Seguridad y protección **CLASE 2:** Lesión Física **CÓDIGO DE DX 00043:** Deterioro de la integridad cutánea	**RESULTADO(S)**	**INDICADOR (ES)**	**ESCALA(S) DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA** **MANTENER**	**AUMENTAR**
DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis y/o la dermis. **DIAGNOSTICO:** Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física m/p deterioro de las capas de la piel, zonas de prominencias óseas eritematosas.	INTEGRIDAD: Piel y membranas mucosas (1101) **Dominio:** Salud fisiológica **Clase :** Integridad tisular	Perfusión tisular (110111) Coloración cutánea local (110502) Lesiones cutáneas (110115) Eritema (110121)	**1:** Gravemente comprometido **2:** Sustancialmente comprometido **3:** Moderadamente comprometido **4:** Levemente comprometido **5:** No comprometido	**2** **3** **2** **2**	**4** **4** **4** **4**

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES • CUIDADOS DE ULCERAS POR PRESIÓN (3520)		**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES** • CUIDADO DE LA PIEL: TRATAMIENTO TÓPICO (3584)	
ACTIVIDADES	**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**	**ACTIVIDADES**	**FUNDAMENTO CIENTIFICO**
❖ Valorar la zona de deterioro cutáneo y determinar la causa. ❖ Monitorizar la zona de deterioro cutáneo al menos una vez al día para detectar cambios de color, enrojecimiento, hinchazón, calor, dolor u otros signos de infección. ❖ Vigilar con especial atención zonas de prominencias óseas.	✓ Determinar la causa permite implementar acciones y cuidados apropiados. (Baranoski, 2003) ✓ La inspección sistemática puede identificar problemas tempranamente. (Baranoski, 2003) ✓ La humedad favorece la formación de UPP por maceración de la piel. (Wocn, 2003)	❖ Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. ❖ Proporcionar soporte a las zonas con prominencias óseas. ❖ Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de integridad de la misma. ❖ Enseñar al individuo o a los miembros de la	✓ El soporte en prominencias óseas impide la presión excesiva y prolongada y evita el deterioro de la integridad de la piel. (Baranoski, 2003) ✓ La inspección sistemática puede identificar problemas tempranamente. (Baranoski, 2003) ✓ Un plan de cuidados escrito permite que tanto el paciente como la familia tengan un sustento y ayuda, permite el cumplimiento de los cuidados

❖ Minimizar la exposición de la zona de deterioro cutáneo a humedad, sudoración, líquido de incontinencia. ❖ En pacientes con limitación de movimiento valorar escala de NORTON. ❖ Enseñar a la familia a no posicionar al paciente sobre el lado de deterioro cutáneo. ❖ Cambios de posición cada 2 horas y evitar presión y fricción. ❖ Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar signos y síntomas de infección.	✓ Nos ayuda a identificar el riesgo de erosión de la piel por inmovilidad. (Baranoski, 2003) ✓ Una adecuada ingesta nutricional favorece la cicatrización de heridas. (Russell, 2001) ✓ Ayuda a detectar tempranamente problemas y prevenir complicaciones. (Baranoski, 2003)	familia los procedimientos de cuidado de la herida. ❖ Proporcionar un plan de cuidados para UPP escrito al paciente y a la familia. ❖ Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida. ❖ Proporcionar como medida alternativa masaje circular en el paciente para fomentar la circulación en zonas de mayor riesgo a formar UPP.	determinados. (Russell, 2001) ✓ Un conocimiento apropiado del cuidado de las heridas por parte de los familiares ayuda a llevar un manejo adecuado de las mismas. (Baranoski, 2003) ✓ En pacientes encamados es de fundamental importancia realizarle cambios de posición y proporcionar masajes con en forma circular con cremas hidratantes para evitar la formación de ulceras por presión. (Russell, 2001)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON VIH MAS TUBERCULOSIS MILIAR					
	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO 4: Actividad y reposo **CLASE 1:** Actividad y ejercicio **CÓDIGO DE DX 00085:** Deterioro de la movilidad física	**RESULTADO(S)**	**INDICADOR (ES)**	**ESCALA(S) DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA** **MANTENER**	**AUMENTAR**
DEFINICIÓN: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades. **DIAGNOSTICO:** Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro rnusculosquelético y fuerza muscular insuficiente manifestado por limitación de las actividades motoras, limitación de movimiento e inestabilidad postural.	MOVILIDAD (0208) **Dominio:** Salud funcional **Clase:** Movilidad	020S06 Ambulación 020S14 Se mueve con facilidad 020S05 Realización del traslado 020801 Mantenimiento del equilibrio	**1:** Gravemente comprometido **2:** Sustancialmente comprometido **3:** Moderadamente comprometido **4:** Levemente comprometido **5:** No comprometido	**2** **2** **2** **2**	**4** **4** **4** **3**

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES • FOMENTAR MECANISMO CORPORAL (0140)		**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES** • ENSEÑANZA ACTIVIDAD/ EJERCICIO (5612)	
ACTIVIDADES	**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**	**ACTIVIDADES**	**FUNDAMENTO CIENTIFICO**
❖ Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física. ❖ Aplicar medidas anti embolia, elevar gradualmente la cabecera de la cama, enseñar al paciente permanezca sentado unos minutos antes de ponerse de pie para evitar hipotensión	✓ Una buena mecánica corporal permite la alineación de la columna vertebral con los miembros superiores e inferiores facilitando así el movimiento adecuado evitando así lesiones futuras. (Hoeman, 2002). ✓ Favorece la redistribución circulatoria para prevenir el estancamiento de sangre	❖ Ayudar a los usuarios a utilizar correctamente los dispositivos ortopédicos silla de ruedas caminadora antes de caminar. ❖ Conseguir el número adecuado de ayudantes para hacer caminar al paciente. ❖ Tomar el pulso antes de que el paciente empiece a caminar y luego cuando termine.	✓ Estos dispositivos mantienen la estabilidad, inmovilización y la alineación al momento de caminar (Hoeman, 2002). ✓ Previene el riego de caídas y disminuye la ansiedad, temor del paciente (Gee, 1998). ✓ El pulso indica la tolerancia cardiaca a la marcha (Radwanski, 1996). ✓ Este puede ser un problema que ayude a identificar problemas posturales (Mbourou, 2003).

ortostática. ❖ Animar al paciente a ponerse de pie y caminar con frecuencia. ❖ Fomenta la deambulación diaria con periodos de descanso. ❖ Fomentar la realización de ejercicios pasivos.	en las piernas. (Halm, 2001). ✓ El apoyo del peso y la contractura de las fibras musculares estimulan el crecimiento del hueso, absorción de calcio, previene la osteoporosis, y aumenta el transporte de oxígeno (Sims, 2002).	❖ Valorar la presencia de balanceo excesivo, equilibrio escaso y corta longitud en el primer paso. ❖ Recomendar actividades diarias que impliquen apoyo del peso corporal, caminar. ❖ Recomendar la ingesta de suplementos de vitamina D y lácteos.	✓ El consumo abundante de calcio incrementa su reserva en el hueso, previene su pérdida en ancianos reduce el riesgo fracturas (Heaney, 2000)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON VIH MAS TUBERCULOSIS MILIAR					
	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO 1: Promoción de la salud **CLASE 2:** Gestión de la salud **CÓDIGO DE DX 00078:** Gestión ineficaz de la propia salud	**RESULTADO(S)**	**INDICADOR (ES)**	**ESCALA(S) DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA** **MANTENER** **AUMENTAR**	
DEFINICIÓN: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud. **DIAGNOSTICO:** Gestión ineficaz de la propia salud relacionada con déficit de conocimientos manifestado verbalmente por el paciente no saber nada de la patología.	CONOCIMIENTO: Régimen terapéutico (1813) **Dominio:** Conocimiento y conducto de salud **Clase:** Conocimientos sobre salud	(181310) Descripción del proceso de la enfermedad (181302) Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual (181304) Descripción de los efectos esperados del tratamiento	**1:** Ninguno **2:** Escaso **3:** Moderado **4:** Sustancial **5:** Extenso	**1** **1** **1**	**4** **4** **4**

		(181305) Descripción de la dieta prescrita		**1**	**4**

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES • FACILITAR EL APRENDIZAJE (5520)		**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES** • POTENCIACIÓN DE LA DISPOSICIÓN DE APRENDIZAJE (5540)	
ACTIVIDADES	**FUNDAMENTO CIENTÍFICO**	**ACTIVIDADES**	**FUNDAMENTO CIENTIFICO**
❖ Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender. ❖ Establecer una buena relación enfermero usuario. ❖ Establecer metas realistas objetivas con el	✓ Una buena relación enfermera usuario es esencial para lograr satisfacer las necesidades clínicas, psicológicas y sociales del usuario, y para optimizar el tratamiento en los usuarios. En este contexto la importancia de la educación del	❖ Establecer la credibilidad del profesor, si es el caso. ❖ Potenciar el estado hemodinámico del paciente para facilitar la oxigenación cerebral (ajustes de posición y medicación). ❖ Satisfacer las	✓ La intervención mejor evaluada para ser el refuerzo verbal de las instrucciones personalizadas escritas. Las instrucciones personalizadas, generadas por ordenador , mejoraron el seguimiento en comparación a las instrucciones escritas a mano (Hayes, 2008) ✓ Lograr la participación de la

paciente. ❖ Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables / observables. ❖ Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. ❖ Proporcionar información adecuada al nivel de desarol1o. ❖ Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente. ❖ Asegurarse de que el material de enseñanza es actual y está al día.	usuario para mejorar sus conformidad desempeños un rol vital (Jenkins, 2012). ✓ Es necesaria una evaluación exhaustiva para determinar la capacidad de aprendizaje de una persona (Pryor, 2004). ✓ Los objetivos de la enseñanza estos estudios demostraron que los usuarios querían responsabilizarse para realizar lo necesario para optimizar lo necesario de su intervención. (Edwards, 2002).	necesidades fisiológicas básicas del paciente (hambre, sed, calor y oxígeno). ❖ Disminuir el nivel de fatiga del paciente, si procede. ❖ Vigilar el estado emocional del paciente. ❖ Tratar las inquietudes específicas del paciente, si existen. ❖ Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad, sí procede. ❖ Lograr la participación de la familia/ seres queridos, si resulta oportuno.	familia. Debe prestarse atención a los factores de adaptación de la familia. Por ejemplo las mujeres que se están recuperando de la adicción al alcohol se encuentran en riesgo de decaída sin su esposo continuo consumiendo alcohol. (Murphy, 2010).

❖ Fomentar la participación activa del paciente. ❖ Repetir la información importante. ❖ Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso. ❖ Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. ❖ Responder a las preguntas de una forma clara y concisa		❖ Ayudar al paciente a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad, si no sigue el tratamiento.	

Autor: Angel López

Fuente: Basé de datos

V. CONCLUSIONES

- Se determinó la manera práctica acerca de la coinfección VIH más Tuberculosis y todas las complicaciones que este puede ocasionar; y así con estas bases, se pudo individualizar que tipos de cuidados según las necesidades alteradas, necesitan los pacientes con este padecimiento, para que tenga menos impacto en su vida diaria y una mejor calidad en su estado de salud.

- La paciente recibió atención especializada para tratar los diferentes problemas de salud que se originaron durante la evolución de la enfermedad, además de diferentes medios de diagnóstico disponibles que ayudaron a determinar un diagnóstico y tratamiento adecuado basado en los protocolos que se manejan actualmente en el ministerio de salud.

- Se identificó que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema más utilizadas y consideradas en gran medida por estas familias fueron: confrontación, búsqueda de apoyo social, planificación, situación socioeconómica y aceptación de responsabilidades. De algunas de las anteriores categorías surgieron subcategorías tales como: cambio de roles, apoyo espiritual e independencia y vida personal.

- Se realizó un proceso de atención de enfermería (PAE) que es un conjunto de acciones intencionadas que nos permitirá la valoración, priorización, el planteamiento de objetivos y actividades para brindar cuidados individualizados a los usuarios y a si se aseguró que el paciente reciban una atención de calidad por parte del personal de enfermería.

VI.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Ackeley, B. (2007). Manual de Diagnosticos de Enfermeria. Enfermeria Basada en Evidencias. Barcelona: Elsevie.
- Gordon, M., (Madrid 1996). Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. Madrid. 3º Edición. Mosby/Doyma.
- Hehater, T. (2010). Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid. Elsevier.
- Auc, i. B. (2009). Principios de Medicina Interna. China: Mc- Hiil Interamericana .
- Fuchs, J. (2005). Hipertensión arterial. Acta Médica Costarricense, 47.
- Galvis, V.,(2012), "Guía de Atención de la Hipertensión Arterial", Folleto guía del Ministerio de Salud Pública, Vol. 38,(4),Pag.17-24.
- Cono, F., Ibarra, C., & Jose, y. M. (2006). Enfermedades Respiratorias Temas Selectos. Madril - España: Elsevier.
- MauK, K., (Madrid 2008). Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales. Gaap Editorial, S.L.
- Ilustre Colegio Oficial De Enfermería De Jaén. (2010). Proceso de enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. España: Sefarad
- Poter, A., Perry. G., (1994). En Fundamentos de enfermería. Madrid: Hancourt-Brace.

LINKOGRAFÍA

- Bastidas T., Ramírez L., (2011). Coinfección VIH más Tuberculosis. Recuperado: 14 de Marzo del 2016. Disponible en: http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Revistamedicina/article/view/1056/143http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Revistamedicina/article/view/105-6/143
- Cepero R Dr., Martínez J., (Panamá, 2010). Tuberculosis miliar. Recuperado 14 Marzo del 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/med/v37n3/med08398.pdf.
- Vernet A., (2007). Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el modelo de Virginia Henderson. Gerokomos. Madrid. Recuperado: 14 de Marzo del 2016. Disponible en: http://scielo.isciii.es.
- Álvarez J., Castillo F., (Asturias 2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Recuperado: 18 de Abril 2016. Disponible en: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf
- OMS. (4 de Marzo de 2015). Organizacion Mundial de la Salud. Recuperado el 18 de Abril de 2016, de Centro de Prensa, cifras y datos: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA

- **E. EBRARY**: Davies, Peter. (2008). Clinical Tuberculosis (4th Edition), CRCPress Publisher. Recuperado: 22 de Marzo del 2016. Disponible en: http://site.ebrary.com/lib/alltitles/search.action?p00=TUBERCULOSIS&searchbutton01=%C2%A0Search%C2%A0.
- **E. EBRARY:** Sekulich, Miloch. (2014). What Is Tuberculosis? : Its Control and Prevention. Butterworth-Heinemann Publisher. Recuperado: 22 Marzo

del 2016. Disponible en: http://site.ebrary.com/lib/alltitles/search.action?p00=TUBERCULOSIS&searchbutton01=%C2%A0Search%C2%A0

- **E. EBRARY:** by World Health Organization Staff (2002). El Cid Editor. Organización Mundial de la Salud Web. Recuperado: el 22 de Marzo del 2016 Disponible en: http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10062370.
- **EBSCO:** Chen, T. (09 de Junio de 2016). Ebsco. Recuperado el 22 de Marzo del 2016, de http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=056cbebd-164d-4cae-bb87-65d8934ecf69%40sessionmgr4004&hid=4114&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=110385691

- **EBSCO:** Engström, A. (7 de Junio de 2016). Ebsco. Recuperado el 22 de Marzo del 2016, de http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=056cbebd-164d-4cae-bb87-65d8934ecf69%40sessionmgr4004&hid=4114&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=110340544&db=a9h

- **EBSCO:**Li, Q. Z. (24 de Junio de 2016). Ebsco. Recuperado el 22 de Marzo de 2016, de http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=056cbebd-164d-4cae-bb87-65d8934ecf69%40sessionmgr4004&hid=4114&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=110385691&db=a9h

- **SCOPUS** Karma, A. M. (21 de Diciembre de 2015). Scopus. Recuperado el 22 de Marzo de 2016 , de http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84937197385&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=tuberculosis&st2=&sid=EDCC0AF154A41ED1628FCA38E32

0C4BC.kqQeWtawXauCyC8ghhRGJg%3a10&sot=b&sdt=b&sl=27&s=TITLE-ABS-KEY%28tuberculosis%29&relpos=8&relpos=

- **SCOPUS** Park, I. C. (1 de Diciembre de 2015). Scopus. Recuperado el 22 de Marzo de 2016, de http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84942608075&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=tuberculosis&st2=&sid=EDCC0AF154A41ED1628FCA38E320C4BC.kqQeWtawXauCyC8ghhRGJg%3a10&sot=b&sdt=b&sl=27&s=TITLE-ABS-KEY%28tuberculosis%29&relpos=18&relpos

- **E. EBRARY:** Macías, Juan; Álvarez, Joaquín. (2009). Dependencia en geriatría. Ediciones Universidad de Salamanca Publisher. Recuperado: 22 Marzo del 2016. Disponible en: http://site.ebrary.com/lib/alltitles/search.action?p00=geriatria&searchbutton01=%C2%A0Search%C2%A0
- **PROQUEST:** BY Oka, Christine. (2012). Infectious Diseases of Poverty. Instruction Specialist, Northeastern University Libraries. Recuperado: 22 de Marzo 2016. Disponible en: http://www.proquest.com/blog/mfl/2012/Infectious-Diseases-of Poverty.html.

ANEXOS

ENTREVISTA

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

OBJETIVO: Recoger información sobre el estado de salud de la paciente, mediante una valoración integral basada en los patrones funcionales de M. Gordon

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD	
¿Qué conocimientos tiene acerca de su enfermedad?	Que es muy grave
¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?	SI (X) NO( )
¿Es alérgico a alguna sustancia?	SI ( ) NO(X)
¿Cuántos ingresos hospitalarios ha tenido?	5 ingresos
¿Puede bañarse solo?	SI ( ) NO(X)
¿Con que frecuencia se baña?	Una vez a la semana
¿Se lava las manos antes de cada comida y después de ir al baño?	SI ( ) NO(X)
¿Visita el centro de salud?	SI (X) NO( )
¿Cada que tiempo le realizan visitas domiciliarias?	Una vez a la semana

Tabla # 6: Entrevista patrón percepción de la salud
Elaborado por: Angel López

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO	
¿Cuántas veces se alimenta al día?	Tres veces al día
¿Consume suplementos nutricionales por su enfermedad?	SI ( ) NO(X)
¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?	Disminuido
¿Tiene problemas con la masticación de los alimentos?	SI (X) NO( )

¿Qué problemas presenta con la masticación?	Dolor de la mandíbula y encías
¿Hay pérdida o ganancia de peso?	Pérdida de peso
¿Luego de cada comida presenta nauseas?	SI (X) NO( )
¿Necesita ayuda para su alimentación?	SI (X) NO( )
¿Presenta algún problema al momento de ingerir alimentos?	Dolor al deglutir

Tabla # 7: Entrevista patrón nutricional metabólico
Elaborado por: Angel López

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN	
¿Necesita ayuda para ir al baño?	SI (X) NO( )
¿Cuantas veces al día realiza la deposición?	Una vez al día
¿Cómo son las deposiciones?	Blandas
¿Existe la presencia de sangre en sus deposiciones?	SI ( ) NO(X)
¿Existe mal olor en la deposición?	SI (X) NO( )
¿Desde cuándo presenta mal olor en la deposición?	Hace 5 meses aproximadamente
¿Presenta dolor al defecar?	SI (X) NO( )
¿Desde cuándo presenta dolor al defecar?	Hace 5 meses aproximadamente
¿Existe incontinencia urinaria?	SI (X) NO( )
¿Desde cuándo presenta incontinencia urinaria?	Hace 2 meses aproximadamente
¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria?	Cuatro veces al día

Tabla # 8: Entrevista patrón eliminación
Elaborado por: Angel López

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO	
¿Tiene fuerza suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?	SI ( ) NO(X)
¿Realiza algún tipo de ejercicio?	SI ( ) NO(X)
¿Se fatiga rápidamente al realizar una actividad de poco esfuerzo?	SI (X) NO( )
¿Realiza paseos con su familia o amigos?	SI ( ) NO(X)
¿Cuantas horas diarias mira la televisión?	3 horas
¿Presenta tos en el transcurso del día?	SI (X) NO( )
¿Presenta dificultad respiratoria?	SI (X) NO( )
¿Cómo es su respiración lenta, rápida?	Rápida

Tabla # 9: Entrevista patrón actividad ejercicio

Elaborado por: Angel López

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO	
¿Cuántas horas duerme diariamente?	Doce horas
¿Concilia bien el sueño?	SI ( ) NO(X)
¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?	SI (X) NO( )
¿Tiene pesadillas?	SI (X) NO( )
¿Toma alguna sustancia para dormir?	SI ( ) NO(X)
¿Generalmente luego de dormir se levanta cansado?	SI (X) NO( )
¿Regularmente a qué hora se acuesta a dormir?	Ocho de la noche
¿El medio ambiente es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?	SI (X) NO( )

Tabla # 10: Entrevista patrón sueño descanso

Elaborado por: Angel López

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTIVO	
¿Presenta dificultad para escuchar correctamente?	SI ( ) NO(X)
¿Tiene alteraciones en las sensaciones táctiles?	SI (X) NO( )
¿Le es difícil concentrarse?	SI (X) NO( )
¿Existen problemas con el lenguaje?	SI (X) NO( )
¿Presenta estados de desorientación?	SI (X) NO( )
¿Tiene dificultad para recordar sucesos pasados?	SI (X) NO( )
¿Siente malestar físico?	SI (X) NO( )
¿Puede leer y escribir sin ninguna dificultad?	SI ( ) NO(X)

Tabla # 11: Entrevista patrón cognitivo perceptivo
Elaborado por: Angel López

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO	
¿Cómo se ve a sí mismo?	Que no soy importante en la vida
¿Se han producido cambios en su cuerpo?	SI (X) NO( )
¿Está conforme consigo mismo?	SI (X) NO( )
¿Se enfada frecuentemente?	SI (X) NO( )
¿Suele estar aburrido o con miedo?	Aburrido
¿Suele estar con ansiedad o depresivo?	Depresivo
¿Tiene periodos de desesperanza?	SI (X) NO( )
¿Siente rechazo por parte de las personas?	SI (X) NO( )
¿Presenta Cambios frecuentes en su estado de ánimo?	SI (X) NO( )

Tabla # 12: Entrevista patrón autopercepción autoconcepto
Elaborado por: Angel López

PATRÓN 8: ROL – RELACIONES	
¿Con quién vive?	Con mi madre
¿Quién es el núcleo familiar?	Mi madre
¿Existen problemas familiares?	SI (X) NO( )
¿Qué opinan sus familiares acerca de su enfermedad?	Que me voy a recuperar
¿Tiene amigos?	SI ( ) NO(X)
¿Pertenece a algún grupo social?	SI ( ) NO(X)
¿Qué problema tiene para relacionarse con las personas?	Nadie quiere hablar conmigo
¿Tiene problemas con algún integrante de la familia?	Con mi hermana

Tabla # 13: Entrevista patrón rol relaciones

Elaborado por: Angel López

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN	
¿A qué edad tuvo por primera vez relaciones sexuales?	A los 17 años
¿Con cuántas mujeres ha tenido relaciones sexuales?	Con dos mujeres
¿Cuantas relaciones sexuales tuvo aproximadamente?	
¿Piensa usted que su problema de salud está relacionado con la sexualidad?	SI (X) NO( )
¿Con que genero se relacionaba sexualmente?	Mujeres y Hombres
¿Cuantos compañeros sexuales tuvo?	Aproximadamente cuatro
¿Utilizaba métodos anticonceptivos?	SI (X) NO( )
¿Qué tipo de métodos anticonceptivos utilizaba?	Condones
¿Actualmente tiene relaciones sexuales?	SI ( ) NO(X)

Tabla # 14: Entrevista patrón sexualidad reproducción

Elaborado por: Angel López

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRÉS	
¿A quién puede contarle sus problemas con confianza?	A mi madre
¿Presenta cambios de humor con frecuencia?	SI (X) NO( )
¿Se estresa con problemas poco importantes?	SI (X) NO( )
¿Consume algún medicamento para su relajación?	SI ( ) NO(X)

Tabla # 15: Entrevista patrón tolerancia al estrés
Elaborado por: Angel López

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS	
¿Practica alguna religión?	SI (X) NO( )
¿Qué religión profesa?	Católica
¿La religión es importante en su vida?	SI (X) NO( )
¿La religión le ayuda cuando surgen dificultades?	SI (X) NO( )
¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?	SI ( ) NO(X)
¿Cuáles son los planes que se ha planteado a futuro?	Sanarme y volver a trabajar
¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?	Que es lo peor que puede existir

Tabla # 16: Entrevista patrón valores creencias
Elaborado por: Angel López

ANEXO # 1
TEST DE LEVÁNTATE Y ANDA (GET UP AND GO)

TEST DE LEVÁNTATE Y ANDA (GET UP AND GO)	
Sin evidencia de riesgo de caídas	1 ( )
Levemente anormal	2 ( )
Moderadamente anormal	3 (x)
Severamente anormal	4 ( )
Claro riesgo de caídas durante el test	5 ( )

Autor: D. Franois

ANEXO # 2
TEST "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"

PUNTUACION SEGÚN RESPUESTA	SI	NO
He tenido una enfermedad y/o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	**X**	
Como menos de dos comidas al día		**X**
Como poca fruta, vegetales y productos lácteos	**X**	
Tomo más de tres vasos de cerveza, vino o licor al día		**X**
Tengo problemas dentales que me hacen difícil comer	**X**	
No siempre tengo dinero para comprar la comida que necesito	**X**	
Como sólo la mayoría de veces		**X**
Tomo más de tres fármacos recetados o por mi cuenta	**X**	
Sin quererlo he perdido más de 5 kg en los últimos meses	**X**	
No siempre puedo comprar, cocinar o comer sólo por problemas físicos	**X**	
Total : RIESGO NUTRICIONAL MODERADO		

- 0 a 2: Bueno. Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.
- 3 a 5: Riesgo nutricional moderado.
- 6 o más: Riesgo nutricional alto.

Autor: D. Guevara

ANEXO # 3
TEST DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

TEST DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA		
Si oye ruido de agua o pone las manos en el agua fría, ¿nota ganas de orinar?	**SI**	**NO**
Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado se le escapa la orina?	**SI**	**NO**
Cuando abre la puerta de casa, ¿a de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	**SI**	**NO**
Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	**SI**	**NO**
Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	**SI**	**NO**
PUNTUACIÓN TOTAL:	**2**	**3**

Autor: P. Bonney

ANEXO # 4
TEST DE BARTHEL

TEST DE BARTHEL					
	INCAPAZ DE HACERLO	INTENTA PERO INSEGURO	CIERTA AYUDA NECESARIA	MINIMA AYUDA NECESARIA	TOTALMENTE INDEPENDIENTE
ASEO PERSONAL	**0**	**1**	**3**	**4**	**5**
BAÑARSE	**0**	**1**	**3**	**4**	**5**
COMER	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
USO DE BAÑO	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
SUBIR ESCALERAS	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
VESTIRSE	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
CONTROL DE HECES	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
CONTROL DE ORINA	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
DESPLAZARSE	**0**	**3**	**8**	**12**	**15**
MOVILIDAD	**0**	**1**	**3**	**4**	**5**
TRANSFERENCIA	**0**	**3**	**8**	**12**	**15**
TOTAL: **34**					

Autor: M. Barthel

ANEXO # 5
TEST DE BARBER

TEST DE BARBER		
¿Vive solo?	**SI**	**NO**
¿Se encuentra sin nadie si precisa ayuda?	**SI**	**NO**
¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	**SI**	**NO**
¿Necesita que alguien le ayude a menudo?	**SI**	**NO**
¿Su salud le impide salir a la calle?	**SI**	**NO**
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	**SI**	**NO**
¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus tareas habituales?	**SI**	**NO**
¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	**SI**	**NO**
¿Ha estado ingresado en el hospital durante el último año?	**SI**	**NO**
¿Durante el último año ha cambiado de domicilio más tres veces?	**SI**	**NO**
SI HAY UNA O MÁS RESPUESTAS AFIRMATIVAS: PERSONA FRÁGIL	**5**	**5**

Autor: E. Barber

ANEXO # 6
ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH				
PREGUNTA ¿Con qué frecuencia se queda Ud. dormido en las siguientes situaciones? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.				
SITUACION	**PUNTUACIÓN**			
Sentado y leyendo	**0**	**1**	**2**	**3**
Viendo la T.V.	**0**	**1**	**2**	**3**
Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)	**0**	**1**	**2**	**3**
En auto, como copiloto de un viaje de una hora	**0**	**1**	**2**	**3**
Recostado a media tarde	**0**	**1**	**2**	**3**
Sentado y conversando con alguien	**0**	**1**	**2**	**3**
Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)	**0**	**1**	**2**	**3**
En su auto, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico	**0**	**1**	**2**	**3**
PUNTUACION TOTAL : 14				
Utilice la siguiente escala y elija la cifra adecuada para cada situación. **0 =** nunca se ha dormido **1 =** escasa posibilidad de dormirse **2 =** moderada posibilidad de dormirse **3 =** elevada posibilidad de dormirse				

Autor: E. Borsini

ANEXO # 7
ESCALA DE PFEIFFER

ESCALA DE PFEIFFER	
PREGUNTA	**ERRORES**
¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año)	1
¿Qué día de la semana?	0
Nº teléfono o dirección	1
¿Dónde estamos ahora?	0
¿Qué edad tiene?	0
¿Cuándo nació? (día, mes, año)	0
¿Quién es el presidente del gobierno?	1
¿Quién era anterior presidente gobierno?	1
¿Cuál era 1º apellido de su madre?	0
Reste de 3 en 3 desde 20 (cualquier error hace respuesta errónea)	1
TOTAL:	**5**

SE ADJUDICA UN PUNTO POR CADA ERROR.

- Entre 0-2: se considera normal
- Entre 3-4: deterioro cognitivo leve
- Entre 5-7: deterioro cognitivo moderado
- Más de 8 errores: deterioro cognitivo severo

Autor: R. Pfeiffer

ANEXO # 8
ESCALA DE DEPRESIÓN –TEST DE YESAVAGE

ESCALA DE DEPRESIÓN –TEST DE YESAVAGE		
Versión de 15: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: • 0 - 4 : Normal • 5 ó +: Depresión		
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	**SI**	**NO**
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	**SI**	**NO**
3- ¿Siente que su vida está vacía?	**SI**	**NO**
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	**SI**	**NO**
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	**SI**	**NO**
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	**SI**	**NO**
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	**SI**	**NO**
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	**SI**	**NO**
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	**SI**	**NO**
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	**SI**	**NO**
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	**SI**	**NO**
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	**SI**	**NO**
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	**SI**	**NO**
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	**SI**	**NO**
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	**SI**	**NO**
PUNTUACIÓN TOTAL – V5	**1**	
PUNTUACIÓN TOTAL – V15	**0**	

Autor: B. Yesavage

ANEXO # 9
TEST ZARIT

TEST ZARIT					
Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Ud. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	**NUNCA**	**RARA VEZ**	**A VECES**	**FRECUENTE**	**SIEMPRE**
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?		X			
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?			X		
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?				X	
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?		X			
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?				X	
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					X
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		X			
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?		X			
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?			X		
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					X
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por	X				

mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	X				
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?		X			
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?		X			
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			X		
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	X				
			TOTAL:	**53**	

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:
- 1=Nunca
- 2=Rara vez
- 3=Algunas veces
- 4=Bastantes veces
- 5=Casi siempre

Los puntos de corte recomendados son:
- < 46 No sobrecarga
- 46 - 56 Sobrecarga leve
- > 56 Sobrecarga Intensa

Autor: R. Zarit

ANEXO # 10
TEST DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL PARA VARONES

TEST DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL PARA VARONES					
PREGUNTA	NUNCA 1	RARA VEZ 2	A VECES 3	FRECUENTE 4	SIEMPRE 5
¿Cuán frecuentemente te involucras en actividades sexuales (coito, masturbación, fantasías)?	X				
¿Cuán frecuentemente tienes deseo de mantener alguna actividad sexual?			X		
¿Cuán frecuentemente tienes pensamientos sobre el sexo?		X			
¿Disfrutas de libros, películas, videos, obras de arte o música con contenido sexual?		X			
¿Con qué frecuencia logras una erección?	X				
¿Logras la erección con facilidad?	X				
¿Eres capaz de mantener la erección?	X				
¿Con qué frecuencia tienes una eyaculación?	X				
¿Eres capaz de tener un orgasmo cuando lo deseas?	X				
				PUNTAJE TOTAL:	**11**

Autor: F. Villademoros

ANEXO # 11
EL MINI-TEST DEL ESTRÉS

EL MINI-TEST DEL ESTRÉS	
Contesta pensando en tus sensaciones durante las últimas dos semanas como máximo y gradúa tu respuesta del siguiente modo: **0-** Nada en absoluto **1-** De vez en cuando **2-** Dos a tres veces por semana **3-** A diario **4-** De manera continua	
PREGUNTA	**RESPUESTA**
• ¿Sientes taquicardias o palpitaciones?	1
• ¿Sufres dolor de cabeza?	2
• ¿Tienes problemas gastrointestinales?	2
• ¿Fumas?	0
• ¿Presentas falta o exceso de apetito?	3
• ¿Tienes dolor de espalda?	2
• ¿Duermes mal o de manera irregular?	3
• ¿Te sientes irritado?	1
• ¿Notas dificultades de concentración?	2
• ¿Tienes sensación de pérdida de control?	2
TOTAL	**18**
RESULTADOS: **0-10:** Enhorabuena, tienes el estrés controlado o al menos no te afecta en tu vida diaria. Pero recuerda, no bajes la guardia. **11-24:** Empiezas a tener un problema…Conviene que empieces a plantearte que debes cambiar algo en tu estilo de vida, porque el estrés comienza a ganarte la batalla… **Más de 24:** Alerta roja. Estás en zona de riesgo. Deberías controlar tu estrés YA.	

Autor: O. Pernalete

ANEXO # 12
ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

A: Muy en desacuerdo **B:** En desacuerdo **C:** Ligeramente en desacuerdo

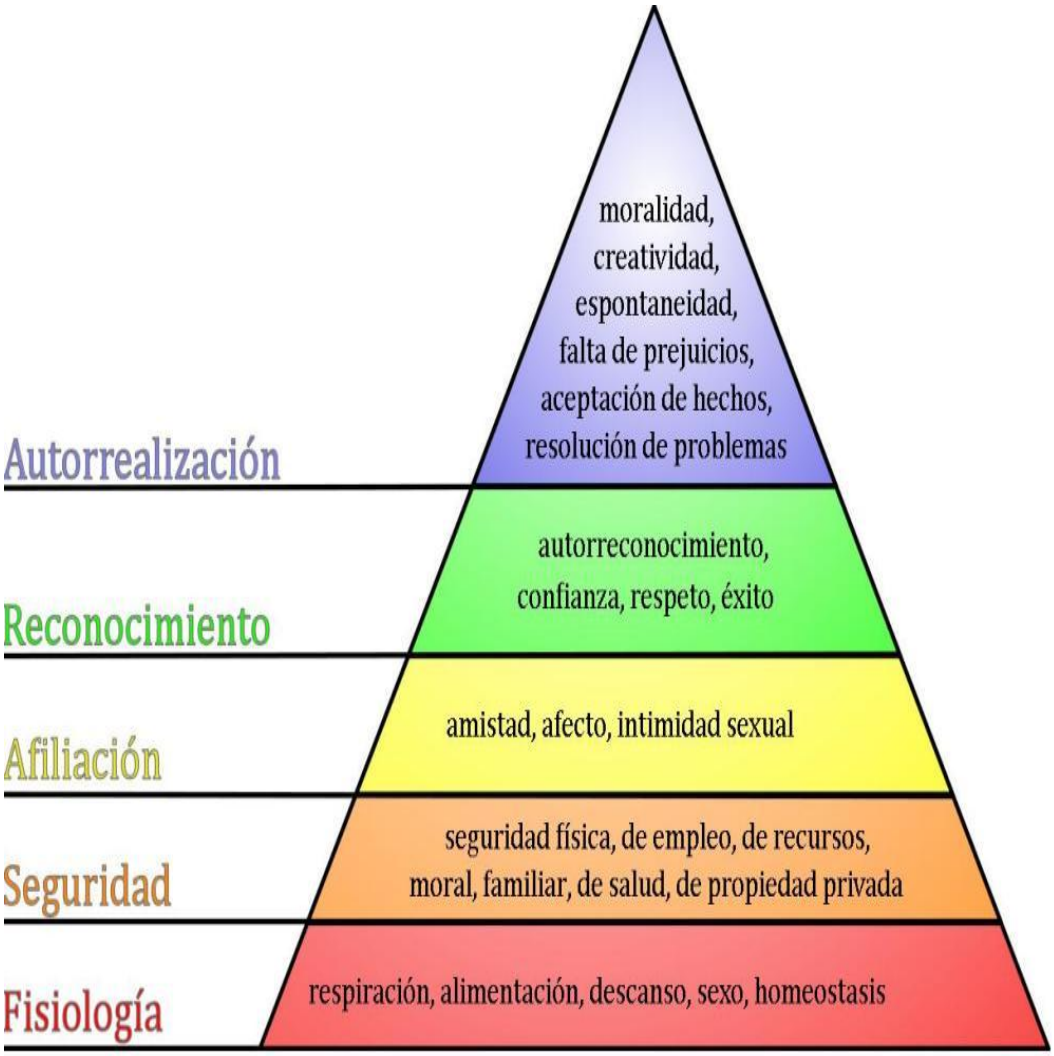
D: Ligeramente de acuerdo **E:** De acuerdo **F:** Muy de acuerdo

PREGUNTAS	A	B	C	D	E	F
1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.			X			
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.				X		
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.				X		
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.					X	
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.				X		
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.					X	
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.						X
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.					X	
9. Tengo sentimientos que casi no puede identificarle.				X		
10. Estar en contacto con las emociones es esencial.					X	
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.		X				
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos	X					

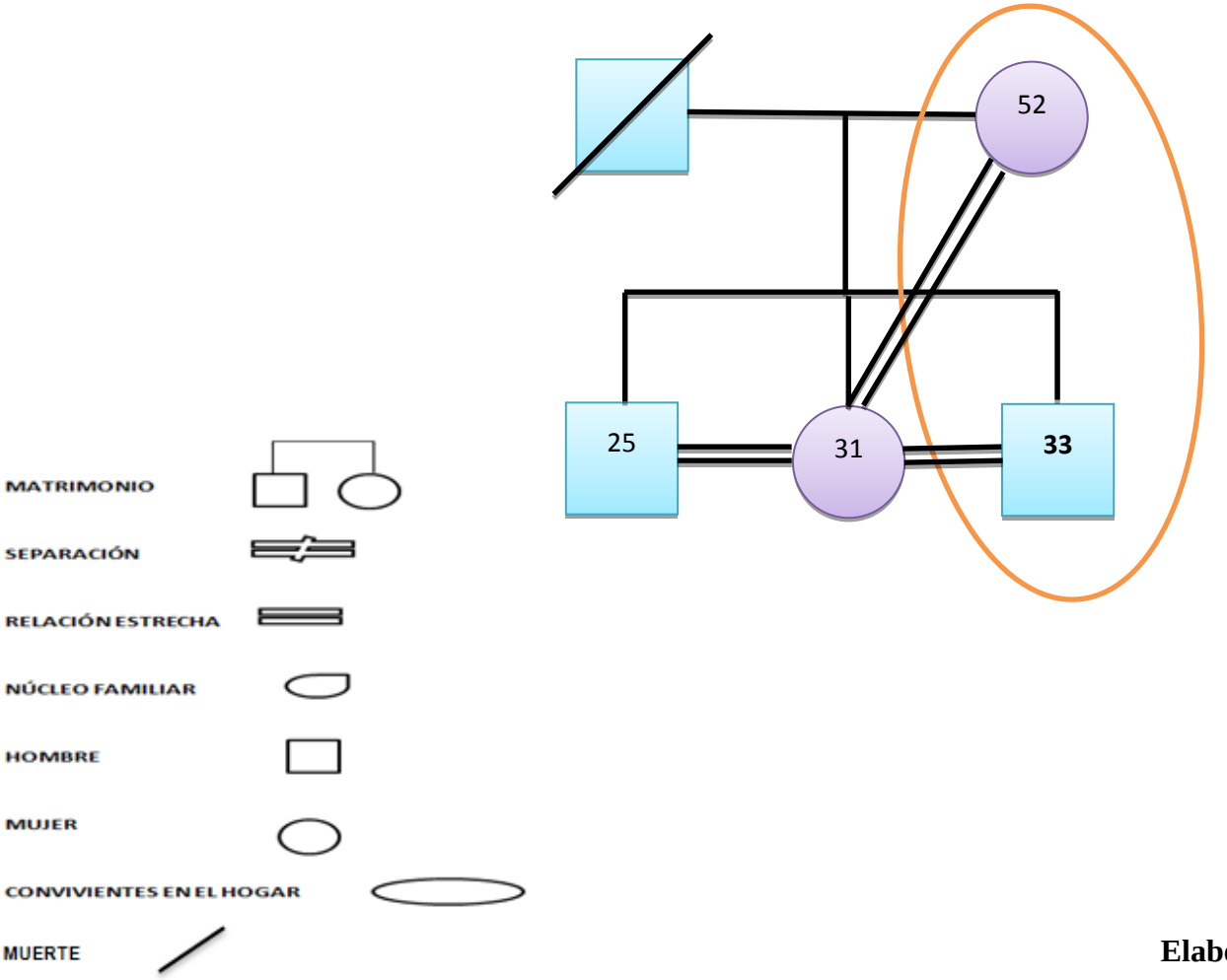
13. No sé qué pasa dentro de mí.						X
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado.				X		
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.				X		
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.					X	
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.					X	
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.		X				
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.				X		
20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.	X					
TOTAL	**2**	**2**	**1**	**7**	**6**	**2**

Autor: J. Moral

ANEXO # 13
PIRÁMIDE DE MASLOW

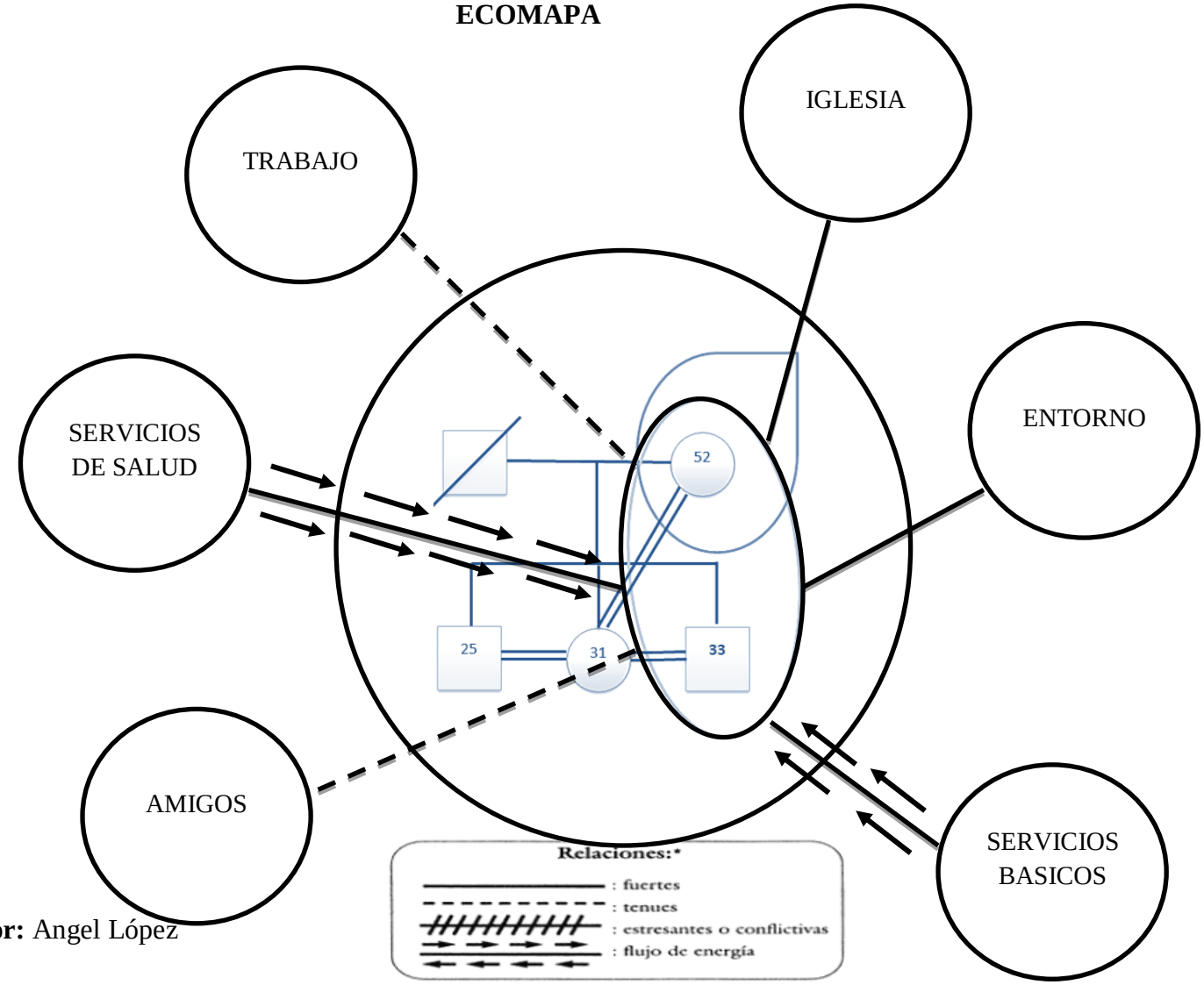


ANEXO # 13
FAMILIOGRAMA



Elaborado por: Angel López

ANEXO # 14
ECOMAPA



Elaborado por: Angel López

ANEXO #
15
FOTOS



SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA PARA VERIFICAR
EL PROGRESO DEL PACIENTE



SE REALIZA TOMA DE SIGNOS VITALES AL PACIENTE