



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

---

---

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO EN UN PACIENTE CON  
ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD  
DE OXIGENACIÓN**

---

---

**P R E S E N T A:  
HÉRNANDEZ GALLARDO BRENDA  
Nº CUENTA 301160856**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
L I C E N C I A D A  
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTORA:  
MCE MA. DEL PILAR ROSAS SOSA**

**SEPTIEMBRE 2008**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA.

*Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.*

*Agradezco a dios por permitirme llegar al término de mis estudios universitarios y por darme la oportunidad de realizar el presente proyecto de titulación y por la salud y dicha. Además de colmarme de gran paciencia a pesar de las inclemencias del tiempo. Gracias.*

*Por el esfuerzo realizado y dedicación quiero agradecerme el triunfo que he obtenido, gracias a la paciencia y los deseos de motivación que yo misma me imponía. Se que este es un pequeño principio en comparación de las grandes cosas que me quedan por hacer, pero para mi me parece algo muy especial de lo que he esperado mucho tiempo.*

*Un reconocimiento especial a la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Escuela Nacional de Enfermería y obstetricia por forjarnos a estudiar día con día y hacerme parte de una generación de personas con ganas de cambiar la situación de enfermería en nuestro país, México.*

## ÍNDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN.....	V
OBJETIVOS.....	VI
JUSTIFICACIÓN.....	VII
<b><u>1. MARCO TEÒRICO</u></b> .....	<b>1</b>
1.1 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	1
1.2 ANTECEDENTES DEL MÈTODO ENFERMERO.....	5
1.3 DEFINICIÒN DE PROCESO ATENCIÒN ENFERMERIA.....	6
1.4 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERIA.....	6
1.5 VENTAJAS DEL PROCESO ENFERMERO.....	7
1.6 ETAPAS DEL PAE.....	8
1.6.1 Valoraciòn.....	8
1.6.2 Diagnòsticos de enfermería.....	13
1.6.3 Planificaciòn.....	16
1.6.4 Ejecuciòn.....	19
1.6.5 Evaluaciòn.....	21
<b><u>2. PRESENTACIÒN DEL CASO</u></b> .....	<b>22</b>
2.1 ANÁLISIS DE LA VALORACIÒN EN BASE A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....	24
<b><u>3. JERARQUIZACION DE DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERÍA</u></b> .....	<b>29</b>
<b><u>4. PLAN DE ATENCIÒN ENFERMERÍA</u></b> .....	<b>30</b>
<b><u>5. EVALUACIÒN</u></b> .....	<b>70</b>
<b><u>6. CONCLUSIONES</u></b> .....	<b>71</b>
<b><u>7. GLOSARIO</u></b> .....	<b>72</b>
<b><u>8. BIBLIOGRAFÍA</u></b> .....	<b>83</b>

**ANEXOS**

<b>1. DEFINICIÓN DE SÍNDROME DE INMUDEFICIENCIA ADQUIRIDA.....</b>	<b>85</b>
<b>2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EPIDEMIA EN MÉXICO.....</b>	<b>85</b>
<b>3. TRANSMISIÓN DEL VIH.....</b>	<b>86</b>
<b>4. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA Y DE LAS INFECCIONES DE HIV.....</b>	<b>88</b>
<b>5. CUADROS DIVERSOS DE LA INFECCIÓN HIV Y SU TRATAMIENTO.....</b>	<b>90</b>
<b>5.1 Sistema de clasificación.....</b>	<b>91</b>
<b>5.2 Tratamiento más utilizado.....</b>	<b>93</b>
<b>6. ATENCIÓN DE ENFERMERIA A PERSONAS CON SIDA EN ETAPA AGUDA.....</b>	<b>96</b>
<b>6.1 Atención del paciente con deficiencia del sistema inmunológico.....</b>	<b>96</b>
<b>6.2 Precauciones estándar y aquellas basadas en la transmisión.....</b>	<b>97</b>
<b>6.3 Problemas en la atención de pacientes con SIDA.....</b>	<b>100</b>
<b>7. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.....</b>	<b>108</b>

## **INTRODUCCIÓN**

El proceso de atención de enfermería es un método que le permite al profesional de enfermería proporcionar cuidado con fundamentación científica, sin dejar de considerar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales de los pacientes, de ahí que sea una herramienta fundamental en la formación del licenciado en enfermería y obstetricia.

El presente Proceso Atención de Enfermería se enfoca a la alteración en la necesidad de oxigenación del paciente S. M. E., originario de Oaxaca, quién radica en el Distrito Federal, y se encuentra internado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”.

Este caso se ha seleccionado debido a que la enfermedad del que presenta la persona ocupa la primera causa de mortalidad en el grupo de 18 a 45 años de edad, y en lo que respecta a enfermería se encontró como principal necesidad alterada la de oxigenación.

En el primer capítulo del trabajo se desarrolla el marco conceptual, haciendo referencia al modelo de Virginia Henderson, antecedentes del método enfermero, definición del proceso atención de enfermería, características, ventajas, y etapas, del mismo.

En el segundo capítulo se da a conocer la presentación del caso, el análisis de valoración en base a las 14 necesidades de Henderson. En el tercero se incluyen la jerarquización de diagnósticos de enfermería. Capítulo cuarto se desarrolla el plan de cuidados. En el quinto capítulo se describe la evaluación de acuerdo a los objetivos planteados en el trabajo, continuándose en el sexto con las conclusiones, en el séptimo se muestra el glosario de términos, para facilitar la comprensión del trabajo y en el octavo se incluyen las referencias bibliográficas de las obras consultadas, los anexos en el noveno, que tratan de la enfermedad, cuidados de enfermería y el instrumento de valoración en el séptimo.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivos generales**

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a un paciente con alteración en la necesidad de oxigenación principalmente, a través de la aplicación de un instrumento basado en 14 necesidades, para favorecer el proceso-enseñanza aprendizaje y la integración de los conocimientos teóricos-prácticos. Haciendo mayor énfasis en aspectos emocionales y sentimentales.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las etapas del Proceso Atención de Enfermería y desarrollarlas con base a la información obtenida para poder brindar una atención de mayor calidad al paciente.
- Brindar los cuidados al paciente de acuerdo con las necesidades alteradas, y a los diagnósticos elaborados, de tal forma que puedan ser aplicados de manera individual, para mejorar su salud a través del cuidado, y si es necesario apoyar en el proceso de muerte.

## **JUSTIFICACIÓN**

La profesión de enfermería durante la etapa de formación nos permite tener contacto con seres humanos que presentan diversas enfermedades. En mi experiencia tuve la oportunidad de conocer e identificar a pacientes con SIDA. Es una de las patologías en donde el profesional de enfermería tiene mucho que hacer con el paciente, ya que no existe un tratamiento que le pueda curar, pero si existen cuidados que la enfermera puede brindar para una mejor vida al paciente con este padecimiento.

El Proceso Atención de Enfermería es realizado ya que es un instrumento importante para la enfermera con el cual lleva un plan de atención; donde se valoran las necesidades básicas del paciente, que en un momento dado pueden estar alteradas y deben ser motivo de cuidados específicos de enfermería; por lo tanto este trabajo esta enfocado en cubrir las necesidades de alteración de la oxigenación. Habiendo mayor énfasis en obtener una estabilidad emocional del paciente.

Es de esperarse que al realizar este Proceso de Atención de Enfermería se favorezca al paciente y a su familia. Además de que me permitirá brindar un cuidado integral y organización de los cuidados, para que puedan ser evaluados.



## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Para poder llevar a cabo los cuidados base de la enfermería es necesario seguir una guía que nos ayude a un adecuado ejercicio de la profesión es por ello que a partir de la Segunda Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio.

Un modelo conceptual enfermero es un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre si de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan.

El Modelo de Henderson esta influenciado por la corriente de pensamiento de integración y según Meleis (1977), se incluye dentro de la escuela de las necesidades. Las teorizadoras de esta escuela comparten dos características: la primera es basarse en teoría de las necesidades y el desarrollo humano (A Maslow, E.H. Eriksson, j. Piaget) para conceptuar a la persona, y la segunda característica común es lo que las impulso a desarrollar sus modelos, fue el deseo de clarificar la función propia de las enfermeras.

Con este trabajo se intentó responder a la pregunta ¿qué hacen las enfermeras? Y determinar su diferencia con otros miembros del equipo de salud, además de diseñar un currículo académico que les permitiera responder a esas expectativas. Henderson consideró la importancia de definir primero la enfermería, para que a partir de la definición pudiéramos clarificar las funciones.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Luis Rodrigo, Fernández Ferrin, Navarro Victoria. De la teoría a la practica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Segunda edición, Ed. Masson, Barcelona, 2000, Pág. 35,36.

Enfermería. La función de la enfermera es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyan a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápido posible.<sup>2</sup>

El rol profesional es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirlas cuando el pueda hacerlo o ayudarlo a desarrollar lo que falta (fuerza, conocimiento, o voluntad) para que logre su independencia y la satisfaga por si misma.

Salud. Se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, bien sea mediante acciones llevadas a cabo por la persona o por acciones realizadas por otros no es posible llevarlas acabo.

A su vez Virginia Henderson menciona algunos elementos importantes que representa el ¿que? De dicho modelo que son:

Objetivo de los cuidados, consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

Usuario del servicio, es la persona que representa un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, tiene un potencial que desarrollar.

Rol profesional, consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos. Fuente de dificultad, que en este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de las personas para satisfacer sus necesidades básicas.

Estas se definen a continuación:

Se entiende por conocimiento saber que acciones son las indicadas para manejar una situación de salud y como llevarlas a la práctica, es decir, saber ((que)) hacer y ((como)) hacerlo.

---

<sup>2</sup> Virginia Henderson. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años de después Ed. Interamericana Mc-Graw Hill, Madrid España, 1994; Pág. 21.

En consecuencia, consideraremos que el área de dependencia es la falta de conocimiento cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora como utilizarlos.

Fuerza, por su parte, puede ser física o psíquica. En el primer caso se refiere a los aspectos relacionados con el ((poder hacer)), y que incluyen la fuerza, tono muscular y la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica alude al cambio de valores y actitudes, esto es, a saber ((por que)) y ((para que)) actuar; y requiere que la persona tenga la capacidad de interrelacionar los conocimientos con su situación de salud.

La voluntad, finalmente, implica comprometerse a hacer las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades básicas y mantener la conducta mediante el tiempo necesario y con la frecuencia e intensidad, es decir, ((querer hacer)).

Por lo tanto, para identificar como área de dependencia la falta de voluntad es preciso asegurarse de que la persona ha tomado la decisión adecuada y desea ponerla en práctica.

Henderson señala que la intervención enfermera a su vez incluye dos elementos que son:

Centro de intervención. Son las áreas de dependencia de la persona, es decir, la falta de conocimientos (saber que hacer y como hacerlo), de fuerza (por que y para que hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacer).

Modos de intervención. Se dirigirán a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, teniendo en cuenta que no todos esos modos son aplicables a todas las áreas de dependencia.

#### Necesidades Básicas

Su principal influencia en la aportación de un modelo que permite el trabajo enfermero por necesidades del cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico la elaboración de un marco de valoraciones de enfermería basándose en las catorce necesidades básicas las cuales son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con su religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, describir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.<sup>3</sup>

La enfermera debe ocuparse en primer lugar de una necesidad cuya insatisfacción, ponga en peligro la vida del usuario, comprometa la seguridad de la persona, ocasione un nivel importante de dependencia que se refleje en las necesidades.

A su vez el concepto de necesidades básicas derivan un concepto, "cuidados básicos" y se refiere al conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigido a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requiera, o ayudando a desarrollar su fuerza, conocimiento o voluntad para que pueda satisfacerlas por si mismo de modo adecuado, estos a su vez derivan tres sub-conceptos básicos en el cual se observará el estado de salud del paciente, observando su grado de dificultad o de bienestar óptimo.

---

<sup>3</sup> Luis Rodrigo Fernández Ferrin. Op. Cit. Pág. 38.

Independencia. Se define como nivel óptimo de desarrollo de potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida.

Dependencia. Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida, a causa de una falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

Autonomía. Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permita satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

## **1.2 ANTECEDENTES DEL MÉTODO ENFERMERO**

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión.” Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jonson 1959, Orlando y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yuca y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describían un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Bach, Roy, Munding, Jauron y Aspinall añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.

Para la Asociación Americana de Enfermería el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, su importancia a exigidos cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en nuestro país, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y su aplicación durante la práctica; sin embargo el camino apenas empieza nos falta mucho por recorrer este terreno, ya

que todavía puede resultar desconocido para muchas compañeras en nuestros días.<sup>4</sup>

### **1.3 DEFINICIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA**

El PAE es un método para realizar algo, que abarca 5 pasos, y que intenta lograr un resultado particular. El proceso es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados. Las fases del proceso de enfermería se han definido de diferente manera por diversos autores, tal vez debido a que a menudo se interrelacionan y a veces se sobreponen.

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

### **1.4 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permitan organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la posibilidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es intencionado por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo;

---

<sup>4</sup> Berta Alicia Rodríguez Sánchez. Proceso Enfermero, Ed. Cuellar, México, 2006, Pág. 19.

al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en diferentes contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

### **1.5 VENTAJAS DEL PROCESO ENFERMERO**

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número y factores que caracterizan la formación y práctica de enfermería en nuestro país.

Y que la ubica en una situación de desventaja en relación con la de otros países; sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera (o) que busque el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso se delimitan el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera(o) profesional realizan diversas funciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana.

Las enfermeras (os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas(os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas(os) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo.

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

## **1.6 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Las etapas del proceso son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación.

### **1.6.1 Valoración.**

Es la primera fase del proceso de enfermería. Antes que la enfermera pueda planear los cuidados que brindará al paciente debe de identificar y definir los problemas de dicho paciente. En consecuencia, esta fase incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería, el cual es un informe de los problemas que aquejan al paciente.

La información se reúne de varias fuentes para ayudar a la enfermera a comprender la situación del paciente. Tres métodos básicos de información son: la observación y la entrevista y exploración física con el paciente y sus familiares, entendidas como formas de comunicación.

#### Observación

Observar es un proceso deliberado, que incluye la atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo para obtener información.

En la enfermería es una actividad esencial para:

- Descubrir los cambios físicos y emocionales del paciente.
- Diferenciar lo importante del superfluo.

Tipos de observación; directa e indirecta:



Directa, no requiere el uso de instrumentos.

Indirecta, requiere instrumentos (termómetro, esfigomanómetro, etc.)

Las características de la observación científica, y por lo tanto fiable, son:

- Selectiva: de la gran cantidad de información posible, saber que buscar y buscar lo importante.

- Objetiva: entendida como la adecuación a la realidad, imparcial y fiable, independiente, sin que intervenga la subjetividad del observador.

- Ilustrada: debe partir de un cuerpo de conocimientos amplios y de un sistema de referencia que determine la información que hay que recoger.

- Ordenada: realizada siguiendo un orden lógico.

La observación se realiza a través de los sentidos:

- Vista. Se utiliza para observar: características físicas, estado de pelo, dientes uñas, parpadeo, coloración de piel, aspecto, nerviosismo, forma de caminar o sentarse, posición, gesticulación, lesiones cutáneas, quemaduras, heridas, abrasiones, callosidades, edemas, cicatrices, etc.

- Oído. Se utiliza para escuchar: tensión arterial, tos, llanto, palabras, tonos, quejidos, gemidos suspiros, ruidos respiratorios intestinales, frecuencia y ritmo cardíaco.

- Tacto. Se utiliza para observar: temperatura y humedad de la piel, dureza, textura, suavidad, pulsos, etc.

- Olfato. Se utiliza para valorar: olor corporal, sudoración, pus, orina, vomito y demás olores que puedan rebelar determinados procesos patológicos.

Entrevista. Es la conversación dirigida entre dos personas con dos objetivos: de dar y obtener información.

Se utiliza en todas las fases del proceso enfermero, no solo en la valoración. Su finalidad se resume en cuatro puntos fundamentales:

- Recoger información para identificar los problemas de salud del cliente.

- Iniciar la relación enfermera- paciente, creando un clima de confianza respeto, una relación terapéutica.
- Disminuir la ansiedad del cliente proporcionando la información necesaria.
- Motivar al paciente a participar activamente en todo el proceso de cuidados.

#### Etapas de la entrevista

- Introducción: preséntese al usuario, explique el objetivo de la entrevista, concrete el tiempo, empiece con una pregunta abierta para darle la posibilidad de expresar lo que lo que mas le preocupa.
- Conversación: busque y de información, verifique los datos obtenidos, anótelos datos.
- Resumen: sintetizar la información en el orden de importancia que el la ha dado.
- Pregunte si quiere añadir algo y ofrézcase como recurso.

Desde la perspectiva de la relación asistencial, un buen entrevistador debe desarrollar habilidades como empatía, la calidez, el respeto y la concertación.

La entrevista es un proceso complejo con dos aspectos inseparables:

- Interpersonal, por que dos personas entran en relación, se comunican, intercambian ideas, opiniones, y sentimientos.
- Técnico, el profesionista utiliza sus conocimientos en la búsqueda de la información necesaria para identificar los problemas.

#### La exploración física.

Para que la valoración física sea completa debe ser ordenada. Cada profesional debe restablecer el orden que le resulte más fácil de asimilar y mantenerlo siempre para reforzarlo con la experiencia y la repetición. El tipo de exploración mas utilizadas es:

Piel	Senos	Extremidades superiores
Pelo	Boca	Abdomen

Uñas	Garganta	Abdomen y recto
Cabeza	Cuello	Genitales
Cara	Pecho y axilas	Extremidades inferiores
Oídos	Tórax/espalda	
Ojos	Corazón y circulación	
Nariz	Periférica	

Por aparatos y sistemas corporales:

- Respiratorio: ruidos respiratorios, frecuencia respiratoria y ritmo, simetría y profundidad de movimientos respiratorios, tos, expectoración, dolor, fatiga, etc.
- Cardiocirculatorio: frecuencia, ritmo cardiaco, tensión arterial.
- Neurológico: orientación en tiempo y espacio, integridad de los sentidos, marcha, coordinación de movimientos, etc.
- Gastrointestinal: estado de los dientes y encías, prótesis dentarias, ruidos intestinales, distensión abdominal, dolor, hemorroides, características de las heces (color, consistencia) frecuencia, etc.
- Genitourinario: características de la orina, cantidad, dolor, molestias asociadas a la micción, presencia de sangre, etc.
- Músculoesquelético: tono y fuerza muscular, amplitud de movimientos, posición adoptada, dolor, etc.
- Piel: coloración de piel, mucosas y uñas, temperatura, integridad, limpieza de piel, etc.

La valoración según el modelo de Virginia Henderson es el siguiente:

Signos vitales: TA, FC, FR, Temperatura, Talla. Peso

Dolor, localización, intensidad, duración, tipo, frecuencia.

Hábitos tóxicos: alcohol, hábito tabaquico.

Aparato neurológico: nivel de conciencia, nivel de orientación, estado emocional, déficit sensorial, déficit en el habla, mano dominante.

Aparato cardiorrespiratorio: tos, expectoración, dificultad para expectorar, disnea, pulsos periféricos.

Aparato locomotor: dificultar para moverse en la cama, deambular, transferencia cama- silla, silla-cama.

Aparato digestivo: dentición, dificultad para; masticar deglutir, eliminación intestinal, frecuencia de deposición.

Aparato renal: eliminación urinaria, frecuencia de micciones, aspecto, color, olor, molestias.

Aparato genital: fecha de última menstruación, frecuencia, duración olor, cantidad.

Sistema tegumentario: estado general de la piel, color, hidratación, textura, integridad, alteraciones, edema, cabello.

### Métodos de exploración física

El desarrollo de las capacidades necesarias para realizar una exploración física requiere práctica, conocimiento y tiempo.

Las técnicas básicas utilizadas en la valoración física son cuatro:

#### Inspección:

Es el examen visual que permite determinar las características físicas observables.

#### Palpación:

Consiste en la utilización de las manos, del tacto, para sentirle cuerpo. Con esta técnica se aprovecha la alta concentración de terminaciones nerviosas existentes en las yemas de los dedos.

Permite explorar todas las zonas accesibles del cuerpo: pulso cardiaco, características de la piel como temperatura turgencia, grosor y humedad. Es posible palpar órganos y masas corporales, su consistencia, tamaño y forma.

Durante la palpación se debe observar las expresiones faciales que nos informan del nivel de incomodidad que provoca la exploración.

#### Auscultación:

Técnica que consiste en escuchar los sonidos que se producen en distintos órganos del cuerpo como los ruidos cardiacos, pulmonares o intestinales.

### Percusión:

Consiste en golpear suavemente con los dedos sobre una superficie corporal, para producir un sonido audible. Permite determinar el tamaño y la forma de los órganos internos y si un tejido contiene líquido.

La percusión indirecta se interpone el dedo medio del índice entre el cuerpo y el dedo que golpea. Los ruidos obtenidos dependen de la densidad de los tejidos subyacentes.

Puede ser:

Mate: sonido que se produce al percutir en tejido sin aire, densos como son grandes masas musculares, huesos o cavidades ocupadas por líquido o sólido.

Timpánico: sonido que se produce al percutir en órganos que contienen aire es un ruido semejante al que produce un tambor.

## **1.6.2 Diagnóstico**

El diagnóstico de enfermería es el juicio que se define un problema identificado por la enfermera de forma independiente. Al diagnóstico llegamos tras analizar e interpretar los datos recogidos durante la valoración. En esta fase se identifican los problemas reales y potenciales del paciente y sus causas.

Otro aspecto importante del proceso diagnóstico es determinar las capacidades y los recursos con los que cuenta el paciente para establecer un plan de cuidados individualizado y realista.

Sobre la base del diagnóstico planificamos las actividades que serán ejecutadas y evaluadas posteriormente.

Actualmente, existe un consenso generalizado en considerar que el futuro de la enfermería como profesión, pasa por definir el servicio que ofrece a la sociedad, servicio que ninguna otra profesión pueda ofrecer y que hace insustituible y necesaria. Supone delimitar su aportación única y exclusiva dentro de las ciencias de la salud.

La enfermera debe de ser capaz de emitir juicios profesionales y tomar decisiones, o lo que es lo mismo, diagnosticar y tratar de forma independiente aquellos problemas para los que esta capacitada.

El diagnóstico es un paso esencial para la profesión porque:

- Define la dimensión independiente de la práctica enfermera, favoreciendo la autonomía profesional, al delimitar los problemas enfermeros de los problemas médicos.
- Proporciona una terminología común. En el proceso de construcción de una disciplina, el lenguaje es el elemento organizador de los conocimientos, uno de los criterios que permite evaluar el grado de desarrollo de una ciencia.
- Facilita la comunicación exacta entre las enfermeras y todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente.
- Son holísticos, se refieren a todas las dimensiones de la persona. Esta visión global orienta a todas las enfermeras más allá de la dimensión biológica tradicional y favorece una asistencia de calidad, integral, continuada e individualizada.
- Proporciona la estructura básica para la elaboración de trabajos de investigación que pruebe la eficacia de las intervenciones de las enfermeras, contribuyendo así al desarrollo de los conocimientos propios.

#### Tipos de diagnósticos

Los problemas que la enfermera puede identificar pueden ser reales de riesgo (potenciales).

##### 1.- Diagnóstico Real:

Un diagnostico real describe la respuesta actual de un individuo, familia o comunidad a problemas vitales/ estados de salud.

- Es un problema que existe, que está presente, en el momento de realizar la valoración enfermera.
- Está apoyado por características definitorias (los signos y síntomas clínicos que le dan validez).

## 2.- Diagnóstico de riesgo:

Describe las respuestas humanas a problemas vitales/ estados de salud, que puedan aparecer en un individuo, familia o comunidad, vulnerables de desarrollar el problema.

- Está apoyado los factores de riesgo que contribuyan al aumento de la vulnerabilidad.
- Detecta la existencia de uno a más factores de riesgo, pero aun no hay signos y síntomas que indiquen la aparición del problema.

## 3.- Diagnósticos de salud:

Es un enunciado que describe las respuestas humanas a niveles de salud en un individuo, familia o comunidad que presentan el potencial de avance a un nivel más elevado. A partir de un nivel aceptable de salud, el individuo desea mejorar su nivel de salud.

Formulación de diagnósticos.

Los diagnósticos enfermeros se formulan en función del tipo de problema identificado:

### 1.- Diagnóstico Real.

Se formula en tres partes:

Problema +Etiología +Signos y Síntomas

Problema: es el enunciado de la respuesta del cliente, la etiqueta.

Etiología: son los enunciados que contribuyen o son la causa del problema, los factores etiológicos.

Signos y síntomas: los datos objetivos y subjetivos las características definitorias.

Las tres partes se unen entre si con las frases “relacionado con” para establecer la relación existente entre la primera y la segunda parte, y “manifestado por” para identificar los datos que apoyan el diagnóstico.

### 2.- diagnóstico Real.

Es un problema potencial (de riesgo), no hay características definitorias (signos y síntomas) y por lo tanto se formulan en dos partes:

Problema + Etiología

En el diagnóstico Real:

- Controla los signos y síntomas
- Planifica intervenciones para reducir y/ o eliminar la causa del problema (etiología).

En el diagnóstico de Riesgo:

- Realiza valoración focalizada.
- Planifica intervenciones para prevenir/ reducir/ eliminar los factores de riesgo.

Y los diagnósticos de salud:

- Realiza actividades de educación para la salud.

### **1.6.3 Planificación**

Cuando hemos definido los problemas se elaboran las estrategias, el plan de acción para resolverlos, prevenirlos o reducirlos.

La planificación incluye a su vez varias etapas:

- Priorizar los problemas: establecer el orden de importancia de los problemas para diferenciar los que son importantes y requieren un abordaje inmediato , de los que no lo son y pueden ser tratados en segundo lugar.

Para jerarquizar es necesario profundizar en dos conceptos que han sido señalados por LEFEBVRE, quien establece la diferencia entre la importancia objetiva y la importancia subjetiva.

#### ➤ Importancia objetiva.

Es el orden de importancia que establece la enfermera en función de criterios profesionales, basados y fundamentados en conocimientos científicos sobre los cuidados y los diagnósticos de enfermería.

Todas las enfermeras deben saber que un problema que comprometa la función es la prioridad.



➤ Importancia subjetiva.

Es el orden de importancia que la persona le otorga a sus problemas en función de sus experiencias, deseos y sus sentimientos.

- Fijar los objetivos: formular los resultados esperados que indican que el problema identificado se ha resuelto.

Tipos de objetivos:

- Objetivos finales (a largo plazo).

Requieren un periodo de tiempo largo para su consecución. Generalmente coinciden con los objetivos al alta, lo que muchas autoras denominan “resultados esperados” o “criterios de resultados”. La formulación del objetivo final se relaciona con la primera parte del diagnóstico- el problema- y describe una respuesta saludable, positiva y medible, que indica que este problema se ha resuelto. Es el enunciado de la conducta opuesta al problema.

- Objetivos intermedios(a corto plazo).

Son los resultados que se pueden lograr en un periodo de tiempo corto (horas, turnos, días). Resultan muy útiles porque permiten medir cambios rápidos, permite medir el avance hacia el objetivo final, son muy gratificantes para el cliente y para la enfermera porque permiten conocer los logros hacia la resolución del problema.

Requisitos para formular los objetivos.

La redacción de los objetivos debe seguir los siguientes criterios:

- Centrados en el cliente.

Puesto que el objetivo describe una conducta o un comportamiento del paciente o una parte de él debe ser el sujeto del resultado esperado.

-Breves y claros.

La brevedad y la claridad en la redacción facilitan la comunicación entre los profesionales implicados en los cuidados. Deben evitarse los términos ambiguos como “mucho”, “poco”, “bien”, “bueno”, que pueden resultar vagos y confusos.

-Medibles.

Resulta difícil observar los cambios producidos en un comportamiento determinado si no se redactan de forma medible. La evaluación d un objetivo no medible es imposible.

-Realistas y alcanzables.

La enfermera debe de valorar el grado de motivación del cliente, sus recursos, capacidades, su nivel de independencia previo y sus limitaciones, para marcar objetivos realistas, teniendo en cuenta los recursos humanos disponibles y la congruencia con otras terapias a las que pueda estar sometido el paciente.

- Determinación de actividades: decidir que hacer, como, quien, cuando, y en que medida.

En función del nivel de independencia, las actividades que realiza la enfermera pueden ser propias y delegadas. Ambos tipos de actuación requieren el juicio clínico de la enfermera.

Propias o independientes.

Son las actividades prescritas por la enfermera independientemente para resolver los problemas independientes (diagnósticos de enfermería).

Delegadas o interdependientes.

Son las actividades que realiza la enfermera para resolver los problemas interdependientes; administración de medicamentos, terapias, tratamientos, sondajes.

- Documentar el plan de cuidados: la documentación escrita proporciona información actualizada a todo el equipo de salud y permite aunar todos los esfuerzos en una misma dirección.

Las órdenes de enfermería que se redacten en el plan de cuidados deben de ser claras y completas, especificando: sujeto, verbo, descripción, fecha y firma.

### 1.6.4 Ejecución

Es el momento de llevar a cabo las acciones que se determinaron en el plan de cuidados para lograr los objetivos propuestos.

La actividad de enfermería no son acciones rutinarias. Deben partir de un conocimiento profundo de los principios científicos en los que se basan, sus efectos deseados y los riesgos que conllevan.

La valoración vuelve a ser fundamental, en esta fase, para conocer las actividades que se planificaron ayer siguen siendo válidas hoy y para medir la respuesta del paciente a esa actividad. La enfermera valora antes durante y después de actuar.

Etapas de la ejecución:

#### 1. Preparación:

- Valorar antes, durante y después de actuar.
- Conocer el razonamiento científico y posibles complicaciones.
- Proporcionar un entorno seguro.
- Establecer recursos humanos, materiales, momento y orden.

#### 2. Ejecución:

- Lavado de manos.
- Explicar lo que se le va hacer.

#### 3. Documentación.

Las anotaciones de enfermería son la comunicación escrita la más actual de lo que le ha sucedido a un paciente a lo largo del día.

La importancia de la documentación escrita se deriva en sus funciones:

- Comunicar los cuidados que se esta proporcionando a todos los profesionales que utilizan la historia clínica del paciente.
- Crear un documento legal que pueda ser utilizado como prueba en un juicio.

- Proporcionar la base para la investigación enfermera.
- Controlar la calidad de los cuidados y la competencia del personal que los administra.

### **1.6.5 Evaluación**

Es la última etapa del proceso que nos permite medir el grado de consecución de los objetivos y la resolución de los problemas. Nos proporciona información sobre la eficacia de las actividades realizadas.

Con la evaluación se cierra el proceso, pero es una actividad que, como la valoración, esta presente en todas las intervenciones que realiza la enfermera.

Su importancia reside en el hecho que es fundamental para saber que hacemos, que no hacemos, porque y cómo lo hacemos. En consecuencia nos ofrece la oportunidad de aprender y perfeccionar sobre los aciertos y los errores, el único camino para afianzar la profesión enfermera dentro de las profesiones de la salud. Evaluar supone llevar a cabo las siguientes actividades:

#### 1. Medir el grado de consecución de los objetivos.

El punto de referencia para determinar si el plan de cuidados ha sido apropiado realista, o necesita ser modificado, son los objetivos o resultados esperados redactados en el plan de cuidados de forma medible y realista.

- El primer paso consiste en realizar una valoración para definir el estado de salud actual y juzgar la eficacia de los cuidados.
- Posteriormente, se comparan los datos actuales con los objetivos formulados.

Existen tres posibilidades:

- El objetivo se cumplió por completo.
- El objetivo se consiguió parcialmente.
- El objetivo no se consiguió.

2. identificar las variables que afecten el logro de los objetivos.

Antes de modificar el plan de cuidados, la enfermera determina porque no fue eficaz, realiza una revisión completa de las fases del proceso:

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planificación.
- Ejecución.

3. Actualizar el plan de cuidados.

Tras determinar las variables que han impedido los resultados esperados, se decide continuar el plan o modificarlo.

- Continuar el plan.

Cuando los objetivos intermedios se van alcanzando, pero no se ha logrado el objetivo final y por lo tanto no se ha resuelto el problema.

- Modificar el plan.
- Cuando los objetivos no se han alcanzado totalmente y se han identificado las variables que dificultan su consecución.

4. Finalizar el plan de cuidados.

5. Cuando se ha logrado los objetivos finales que indican que el problema se ha resuelto, finaliza el plan de cuidados, el proceso se cierra y finaliza la relación enfermera- paciente.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Pilar Almansa Martínez. Metodología de los cuidados de enfermería. Ed. Diego Martínez Librero-Editor, 1999;Pág. 25-39.

## **2. PRESENTACIÓN DEL CASO**

Se trata de paciente masculino de 34 años de edad originario del estado de Oaxaca residente en el Distrito Federal hace un año, casado, de religión católica y que estudió hasta la secundaria. Actualmente habitaron su esposa y dos hijos en un albergue religioso construido de cemento y mampostería con los servicios de luz, drenaje y agua potable. Niega la presencia de zoonosis.

Inicia padecimiento aproximadamente hace un año, diagnosticado en el Hospital General de México, con los siguientes antecedentes: pérdida de peso de aproximadamente 18 kilos, fiebre persistente de hasta 38.5° C, fatiga, anorexia, diarreas frecuentes, por lo que fue hospitalizado. Las pruebas realizadas; ELISA y WESTERN BLOT resultaron positivas, dando como diagnóstico definitivo VIH. Durante su estancia en el hospital adquiere tuberculosis pulmonar, y es referido al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

En el INER lo hospitalizan en la habitación 428; el día 19 de Mayo del 2008, lo valoran y encuentra conciente, orientado, cooperador al manejo, reactivo a estímulos externos; se mantiene con oxígeno por puntas nasales a tres litros por minuto, con dificultad respiratoria de medianos esfuerzos, la piel se observa seca, se encuentra en mal nutrición y con debilidad muscular.

A la valoración del paciente con la el instrumento de valoración de necesidades se encontró:

Alteración en la Necesidad de oxigenación: Refiere disnea de medianos esfuerzos, con puntas nasales, presenta tos con secreciones, blanquecinas no purulentas en pequeña cantidad, a la auscultación silbilancias en pulmón derecho.

Alteración de la nutrición e hidratación: come en poca cantidad ya que tiene malestar en general, suele comer despacio para que no le den, la cantidad de líquidos es deficiente, pierde peso consideradamente, su piel se nota seca, con

presencia de grietas y algunas abrasiones, cabello opaco y reseco, mucosas orales deshidratadas.

Alteración en la necesidad de movilidad y postura: Presenta debilidad muscular, no deambula solamente para ir al sanitario, permanece la mayor parte del tiempo en posición semifowler en cama. Su alimentación es independiente, menciona sentirse un poco torpe en cuanto a los movimientos.

Alteración de higiene y protección de la piel: Muestra falta de interés por mantenerse aseado, presenta halitosis, piel seca y agrietada, uñas largas y con presencia de suciedad en lechos ungueales, zonas en la piel (generalmente pliegues) donde se muestra suciedad.

Alteración en la termorregulación: esta propenso a que su temperatura suba por su enfermedad propia. En ocasiones hasta 38°.

Alteración en la necesidad de sueño y descanso: Presenta periodos de sueño interrumpido debido a factores externos, y en ocasiones insomnio por preocupaciones personales, destina par dormir aproximadamente 5 horas. Refiere fatiga y mal humor en ocasiones.

Alteración de la necesidad de evitar peligros: Presenta riesgo de sufrir caídas por la debilidad muscular que presenta, además contraer diferentes tipos de infecciones por ser un paciente inmunosuprimido. Y conocimientos escasos de las medidas preventivas para protegerse y proteger a los demás.

Alteración en la necesidad de distraerse y participar en actividades recreativas , comunicación.

No convive con sus compañeros de pabellón, la mayor parte la pasa leyendo la Biblia, muestra apático, siente culpa y posible rechazo por parte de sus compañeros de pabellón.

Alteración en la necesidad de creencias y valores

Es cristiano, manifiesta el deseo de hablar un sacerdote, para poder sentirse tranquilo.

## **2.1 VALORACIÓN EN BASE A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

Nombre del paciente: G. M .E.	Edad: 34 años.
Estado civil: Casado.	Sexo: Masculino.
Religión: Cristiano	Ocupación: Desempleado.
Originario: Oaxaca.	Escolaridad: Secundaria.
Fuente de datos: Entrevista directa.	Lugar de residencia: México D. F.

### **NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:**

Paciente conciente, orientado, aislado, en reposo, se encuentra ansioso, respira por la nariz, no deformidad nasal, menciona un ronquido leve cuando duerme, al momento presenta respiración regular por la presencia de oxígeno, refiere que a la falta de este se vuelve irregular en la mayoría de las veces, además de disnea de medianos esfuerzos, al momento utiliza puntas nasales a 3LX1 minuto, refiere que necesita de este dispositivo debido a que después de 30min sin oxígeno siente falta de este , con amplitud profunda de tórax a la auscultación de los campos pulmonares se detecta la presencia de sibilancias en el pulmón derecho, tos continua, con expectoraciones blanquecinas en pequeña cantidad y olor no fétido. El estado de la piel es seca sin presencia de cianosis tanto en uñas, lóbulo oreja, labios. El paciente refiere que comenzó a fumar desde los 14 años, dos cigarrillos al día, pero desde hace dos años eventualmente fumaba, por su situación actual en el hospital ha dejado de fumar, niega exposición a humo. Y las situaciones emocionales no le influyen de manera negativa para esta necesidad.

Sus signos vitales TA: 100/ 60 mm Hg FC: 78X1 FR: 24 X1

SatO2: 98% con Puntas Nasales.

Resultados de Gasometria

PH                7.44  
PCO2            42.0 mmHg  
PO2              98.5 mm Hg  
Bicarbonato    24 mEq



#### NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Refiere G. M. E que come tres veces al día, que la comida que le dan en el hospital no le desagrada, a veces no tiene buena presentación, pero come en poca cantidad ya que tiene malestar en general, dice que no come mucho para que no le den náuseas, tiene preocupaciones, no le gusta comer solo piensa mucho en su familia. Le gusta comer verduras, carne roja, frutas, pescados, no tolera la leche ya que le da asco, no presenta problemas para deglutir, pero ciertos alimentos le causan más tos, como, pan, cereales. La cantidad de líquidos que toma es deficiente aproximadamente 1 litro ya que no le apetece, en ocasiones le dejan Ensure como suplemento alimenticio.

Presenta piel y mucosas secas así como disminución de la masa corporal, no hidrata su piel con regularidad, además de que presenta múltiples áreas de abrasiones, presenta caries.

Talla 1.65 metros Peso: 54Kg glicemia capilar: 89mg/dl

#### NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Refiere que en el momento no a tenido problemas en la eliminación, pero que en semanas atrás, presento diarrea, pero que se le quito, las heces actuales son en consistencia semi-sólida, sin datos de sangrado o alteración; su diuresis es espontánea 6 veces al día, muy concentrada, olor un poco penetrante, no requiere, ni tampoco de algún dispositivo para esta necesidad.

#### NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA:

Su actividad física es limitada ya que ha sentido pérdida de fuerza, mantiene casi todo el tiempo en posición semifowler, solo camina cuando asiste al sanitario, no existe dolor, realiza sus actividades por el solo con movimientos lentos pero no requiere de ayuda, ha presentado pérdida de equilibrio en ocasiones, escribe con lentitud, come despacio sin tirar los alimentos de la cuchara. Esta manera de realizar las actividades ha influido en su estado de ánimo ya que se ha aislado se muestra antisocial con los demás pacientes, y refiere sentirse un poco torpe.

#### NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Se realiza el baño diario, por las mañanas, se lava los dientes una vez al día, halitosis, el aseo de manos no es muy frecuente ya que solo se las lava una vez por día, y con presencia de suciedad en lechos ungueales . Presenta piel seca, con áreas de abrasiones y descamación, las uñas se notan secas. Las condiciones de higiene en general no son muy buenas ya que no se encuentran lo suficientemente limpias las cavidades como oídos, ojos, boca, nariz y piel. Además muestra desinterés por mantenerse en buenas condiciones higiénicas.

#### NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

El prefiere los días cálidos, por su enfermedad, ya que los días lluviosos esta propenso a enfermarse con frecuencia menciona. Por su patología agregada esta propenso a que la temperatura corporal suba por las tardes. Comenta que en días anteriores subió hasta 38°, al momento de 36.9°.

#### NECESIDAD DE VESTIR PRENDAS

Su ropa se cambia diariamente, que es la que se le proporciona en el hospital, cuando el clima esta lluvioso, o hace frío utiliza otra prenda como suéter o chaleco, no necesita ayuda para vestir.

#### NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO:

Menciona G. M. E que el tiempo que destina para dormir es de aproximadamente 5 horas, refiere preocupaciones por su situación y la de su familia, agregado a que las interrupciones del sueño es constante por las noches, y que durante el día la luz le es impide dormir; ronca y tiene pesadillas. Despierta de mal humor, con fatiga.

#### NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Su actitud es aislada, confuso, utiliza cubrebocas de alta eficiencia, presenta riesgo de caída, ya que por su movilidad limitada, no tiende tendencia a responder a los estímulos de forma rápida. Escucha y oye de forma aceptable, cuenta con su

esquema de vacunación completa que aunque no se ha aplicado vacunas recientemente desconoce de su importancia que tienen y cuales son. No se realiza autoexploraciones, su vida sexual era activa hasta el momento de ingresar al hospital, con una sola pareja sexual, número de parejas sexuales que refiere son cinco, según refiere todas de tipo heterosexual. Conoce su enfermedad pero desconoce las medidas para prevenir infecciones oportunistas, también para la transmisión a los demás.

#### NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Tiene adecuada relación con su esposa que es la que se encuentra al pendiente de el y con quien vive, junto con sus dos hijas, pertenece a un grupo religioso quien se ha ofrecido a buscar padres adoptivos para sus dos hijas, cuando sus padres falte o en este momento. Con sus compañeros de pabellón no convive, por falta de interes personal, refiere culpa y nota triste .

#### NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Su nivel académico es secundaria terminada, refiere conocer lo básico de su enfermedad, pero tiene muchas dudas y se interesa en resolver sus problemas de salud, no tiene problemas en el aprendizaje, tampoco perdida de la memoria, aunque si presenta dificultad para concentrarse.

Cuestiona al personal enfermero y medico acerca de su tratamiento sigue lo que se le indica de manera rigurosa.

#### NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

G .M .E su estado actual es desempleado por su estado de salud y su estancia en el hospital es padre de dos hijas de tres y cinco años, vive con su esposa que es la que se a encargado de hacer trabajos en el hogar para solventar algunos de tantos gastos que tienen, su clasificación en el hospital baja por ello no pagan, dice que su preocupación es mas adelante que ya no pueda moverse y ser útil y deje a su esposa con toda la responsabilidad, aunque ha impulsado varias formas

de obtener ingresos mediante su esposa, como la venta de pay en el mismo instituto.

#### NECESIDAD DE DISTRAERSE Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Su tiempo en el hospital, la mayor parte de éste esta leyendo su Biblia menciona que esta lo entretiene y le da otro enfoque a su vida, su condición física no le permite mantenerse mucho tiempo ambulando, no convive con sus compañeros de pabellón por falta de interés. Antes fue una persona muy activa que no dependía de los demás y realizaba mucho ejercicio ya que en un tiempo perteneció al ejército.

#### NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Religión cristiano, vive su familia en el centro religioso, aquí las personas se ayudan entre todos, respetando su estado de salud, económico, su principal preocupación es su familia, el no poderles dar una vida digna. Piensa que su vida se esta acabando, que es como "morirse en vida", y que la muerte es algo que todos debemos vivir, pero cada uno de diferente forma, de la forma que se halla portado en vida. Manifiesta los deseos de hablar con un sacerdote, para poder sentirse tranquilo.

### **3. JERARQUIZACION DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución de la capacidad pulmonar manifestado por disnea de medianos esfuerzos, ligero dolor torácico.
- Déficit de la nutrición relacionada con menor ingesta de los requerimientos corporales manifestado por pérdida de peso, pérdida de apetito, náuseas y en ocasiones vómito.
- Alteración de la integridad cutánea relacionado con estado de deshidratación manifestado con múltiples áreas de abrasiones, resequedad, cambios de coloración.
- Fatiga relacionada con debilidad muscular, manifestada por movimientos lentos, intolerancia a la actividad.
- Alto riesgo potencial de contraer infecciones oportunistas relacionados a inmunodeficiencia
- Trastornos del patrón sueño relacionado por alteraciones respiratorias manifestado por fatiga, ansiedad y anorexia.
- Fiebre relacionada con alteraciones del sistema inmunológico, manifestado por temperatura corporal de 38° que se presenta solo en las tardes.
- Duelo anticipado relacionado con la pérdida inminentemente de la vida, manifestado verbalmente por expresar sentido de culpabilidad de su enfermedad, negación, enojo, llanto.
- Sufrimiento espiritual relacionado a las creencias religiosas, manifestado con deseos de hablar con un sacerdote y ansiedad.
- Aislamiento social relacionado con sentimientos de rechazo, manifestado por tristeza, culpa, falta de comunicación verbal.

#### **4. PLAN DE ATENCIÓN ENFERMERIA**

**Dx-** Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución de la capacidad pulmonar manifestado por disnea de medianos esfuerzos, tos, expectoración.

##### **Fundamentación**

La capacidad pulmonar es el volumen de aire que hay en el pulmón después de una inspiración máxima voluntaria. Cuando esto no ocurre el pulmón tiende a retener menos volumen de aire (menos de 1200ml), lo que implica que una persona presente dificultad respiratoria.

##### **Objetivo**

- Favorecer la entrada y salida de aire de los pulmones para brindar una mejor ventilación pulmonar.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de signos vitales. Principalmente la frecuencia respiratoria, estos van a hacer 2 veces por turno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los signos vitales constituyen un medio preciso y eficaz para el estado clínico del paciente. Presión arterial: ayuda a determinar el equilibrio de muchos factores hemodinámicos, respiración: el procedimiento comprende la observación de la frecuencia, la profundidad, y el ritmo de sus movimientos ventilatorios.<sup>6</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esto contribuyó a detectar factores de riesgo en ocasiones padeció taquicardia, lo cual se restableció, mediante oxígeno y control estricto. además de tener en ocasiones febrícula, que se controló mediante medios físicos y químicos.</li> </ul>

---

<sup>6</sup> Lise Riopelle, cuidados de enfermería: un Proceso centrado en las necesidades de la persona., Ed McGraw-Hill, Madrid España, 1993; Pág.252.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente en posición semifowler.</li>   <li>• Colocación de puntas nasales con oxígeno continuo 3lt X1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La posición semifowler mejora la ventilación, y el gasto cardiaco. aumenta la comodidad del paciente, mejorando la respiración.<sup>7</sup></li>   <li>• Las puntas nasales son un sencillo y cómodo dispositivo para administrar oxígeno a un paciente. Este se administra a través de la cánula a un volumen de 0.5 a 6 lt/m. Los volúmenes mas elevados resecan las mucosas de la vía aérea y no incrementan la concentración de oxígeno inspirado (FiO2).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con esta posición refería sentir que respiraba mejor, además de ser una posición más cómoda para él.</li>   <li>• El dispositivo le dio una mayor seguridad al paciente, además de que le eran más útiles porque se las retiraba por sí sólo cuando le llegaban a incomodar.</li> </ul>

<sup>7</sup> Patricia Potter Fundamentos de enfermería; Ed . Harcourt, sexta edición, Madrid-españa 1995.



INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar continuamente los cambios en el volumen flujo de oxígeno mediante el pulsometro.</li> <li>• Aspirar secreciones que impidan el flujo del aire hacia los pulmones del paciente.</li> <li>• Enseñar la técnica de toser. Para conseguir una tos controlada se instruye al paciente para que haga una respiración lenta y profunda, mantenga la respiración varios segundos y después tosa de dos a tres veces.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los registros continuos evitaran posibles complicaciones</li> <li>• Los líquidos ayudan a fluidificar las secreciones.</li> <li>• Con esta técnica de toser llamada controlada se pretende movilizar las secreciones desde la vía aérea más pequeña a la más grande porque la tos se realiza a diferentes volúmenes pulmonares.<sup>8</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este control me sirvió mi a detectar los niveles de saturación y el caso de alguna alteración en los parámetros a poder actuar de forma oportuna.</li> <li>• Con los líquidos se logró además de tener mayor permeabilidad y ayudar a la expulsión de las secreciones.</li> <li>• Se logró a que el paciente no refiriera dolor en espalda por su mala técnica de toser en la cual hacia mucho esfuerzo. En general no hubo alteraciones importantes en esta necesidad.</li> </ul>

<sup>8</sup> Patricia Gauntlett Beare. Enfermería Médico quirúrgica. Tercera edición, Ed. Harcourt, Madrid España 2001 ; Pág.116.

**Dx-** Déficit de la nutrición relacionada con menor ingesta de los requerimientos corporales manifestado por pérdida de peso, pérdida de apetito, náuseas y en ocasiones vómito.

### **Fundamentación**

En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales que promueven lo necesario para:

- La construcción, conservación y reparación de tejidos corporales.
- La síntesis de sustancias necesarias para la regulación de los procesos del organismo (enzimas y hormonas).
- La producción de energía.
- La síntesis de sustancias necesarias para la regulación de los procesos del organismo (hemoglobina y anticuerpos).

### **Objetivos**

- Motivar al paciente a que consuma una mayor ingesta de alimentos para que pueda mantener peso y recuperar fuerza muscular.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recopilar información acerca de antecedentes dietéticos pasadas y actuales.</li> <li>• Consultar con un dietista, para establecer las necesidades diarias del cliente en cuanto a calorías y tipo de alimentos.</li> <li>• Comentar con el paciente las posibles causas de inapetencia (paciente refería dolor en tórax posterior).</li> <li>• Aconsejar el descanso después de las comidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las deficiencias dietéticas están relacionadas con la cantidad y calidad de los alimentos y con la frecuencia que estos se ingieren.</li> <li>• Consultar a un dietista puede ayudar a asegurar que la dieta proporciona el aporte óptimo de calorías y nutrientes.</li> <li>• Factores como el dolor, fatiga los analgésicos y la inmovilidad pueden contribuir a la anorexia. Identificando la posible causa, se podrán establecer intervenciones que la eliminen o minimicen.</li> <li>• La fatiga disminuye aun más las ganas y la capacidad de comer del cliente anoréxico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esto nos ayudó a hacer una comparación de en que cantidad comía antes y la de ahora.</li> <li>• Las visitas de los dietistas no resultaron de ayuda, ya que el paciente hacia caso omiso a las instrucciones.</li> <li>• Con la administración de analgésicos y los cambios de posición constantes, el paciente mostró una mejoría considerable en el consumo de la dieta.</li> <li>• Después de la comida que para él significaba un poco de desgaste, lograba descansar, para conservar energía.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer comidas pequeñas y frecuentes en lugar de abundantes e infrecuentes; ofrecer alimentos fríos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La distribución uniforme de las calorías totales a lo largo del día, ayuda a prevenir la distensión gástrica y es posible que aumente de apetito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En ocasiones se les pedía dieta picada a los dietistas para que se ahorrara el paciente energía de estarla partiendo o triturando.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante la falta de apetito, disminuir los líquidos en las comidas y evitarlos una hora antes y después de comer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitando los líquidos ingeridos durante las comidas, se ayuda a prevenir la distensión del estómago.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trato de disminuir los líquidos para que el paciente tolerará más la comida, pero para el paciente eran más tolerables los líquidos que los sólidos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar y ayudar al cliente a mantener una buena higiene oral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mala higiene bucal provoca halitosis, caries y puede llagar a provocar algunas infecciones, las cuales pueden disminuir el apetito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mejoró la higiene bucal considerablemente a la que había tenido, se sintió muy bien y motivado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizarse para pedir alimentos hipercalóricos e hiperprotéicos, en los momentos que al paciente le apetece más comer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar alimentos hipercalóricos e hiperprotéicos cuando el cliente esta más predispuesto a comer, aumenta la probabilidad de que su consumo de calorías y de proteínas sea suficiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los alimentos siempre trataba de comer, en ocasiones en menor cantidad que otras pero cuando sentía preocupación por los demás en que el se alimentara se esforzaba.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoptar medidas que fomenten el apetito.</li> <li>• Medidas antropométricas, como el peso, la altura, el grosor de la piel y el perímetro braquial.</li> <li>• Análisis clínico para controlar la desnutrición por falta de calorías y proteínas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación agradable de los alimentos, temperatura adecuada al alimento, se eviten olores no gratos en los alrededores.</li> <li>• Ayudará en tener un control, sobre su estado de salud.</li> <li>• La desnutrición por deficiencia de calorías proteicas (DCP) es una situación potencial en cualquier enfermedad crónica que afecta a la ingestión oral y a la absorción gastrointestinal de los nutrientes. La DCP debe valorarse con frecuencia en los pacientes VIH. Deben de elaborarse planes nutricionales cuando haya signos de este trastorno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La presentación del alimento contribuyó a tener el deseo y antojo de comer.</li> <li>• Se pesaba y media una vez por semana el paciente mostraba interés en cuanto al control que se estaba llevando. Se logró que su peso no mostrara cambios significativos.</li> <li>• Al paciente se le evaluaba constantemente para el control de su peso y vigilar que la desnutrición no llegara a una etapa más avanzada.</li> </ul>
---	---	---

- Mediciones funcionales de la potencia muscular.
- Ofrecer la comida en un ambiente agradable y animar a la familia y amigos a estar presentes en la comida si es posible.
- Enseñar al paciente las intervenciones para controlar los factores que contribuyan al adelgazamiento / debilitamiento.
  - Cambios en el gusto, añadir especies a la comida.
  - Nauseas y vómito; comer poco en cada comida y con más frecuencia, comer alimentos bajos
- Valorar la fuerza en las actividades del paciente, ayuda para planear su alimentación.
- El entorno estimula mucho a la persona, ya que las personas pueden motivar por medio de palabras a comer.
- Es importante la detección de este tipo de factores, pero tiene gran importancia que el paciente los sepa detectar. Estos pueden ser:
  - Los cambios en el gusto no son infrecuentes con la medicación utilizada para tratar la infección por VIH y las infecciones oportunistas.
  - Las nauseas y vómitos pueden ser secundarios a la medicación o por una causa orgánica que precise tratamiento.
- Se realizaba algunos ejercicios que nos permitirá valora la fuerza muscular del paciente, desafortunadamente el paciente no ponía empeño a las actividades.
- La compañía de su esposa le permitió al paciente a mostrar un mayor interés al paciente para consumir sus alimentos.
- Con la educación sobre su alimentación y los cambios que puede sufrir por su misma enfermedad, el paciente empezó a tolerar con menos desagrado sus alimentos.

en grasa y azúcares.

° Diarrea; evitar la cafeína y los alimentos grasos, beber zumos de fruta para restituir los líquidos y minerales., comer alimentos bajos en lactosa.

- Informar al paciente sobre los posibles efectos secundarios gastrointestinales de la medicación (ejemplo: retrovirales).

Los vómitos persistentes pueden causar deshidratación, desequilibrio hídrico y electrolito y adelgazamiento.

° La diarrea se observa frecuente en la infección por VIH y los oportunistas asociadas al SIDA.

- Muchos medicamentos utilizados para tratar la infección por HIV y las infecciones oportunistas asociadas al SIDA tienen posibles efectos secundarios gastrointestinales. Estos efectos pueden limitar potencialmente la ingestión nutricional del paciente y la absorción de nutrientes.

- Se procuró que los medicamentos que favorecían que el paciente no tuviera hambre, se administraran de tal forma que no coincidieran con los horarios de las comidas, y con esto se favoreció a que el paciente ingiriera una mayor cantidad de alimentos.

**Dx-** Alteración de la integridad cutánea relacionado con estado de deshidratación manifestado con múltiples áreas de abrasiones, resequedad, cambios de coloración.

### **Fundamentación**

La piel es el órgano más grande del cuerpo. Cubre toda la superficie del cuerpo y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos de la vía digestiva, respiratoria y genitourinaria. La piel sana, limpia e intacta previene de: la pérdida de agua, desempeña un papel importante en la temperatura, es resistente a varios agentes químicos nocivos, aporta información sobre el ambiente exterior. Las uñas son placas córneas de queratina donde se pueden acumular microorganismos si no se asean adecuadamente (cortarlas y limpiarlas). Los dientes ayudan a la masticación, y si no se asean pueden causar caries y llegar hasta la pérdida de ellos.

### **Objetivos**

- Cuidar la piel para evitar zonas de abrasión.
- Motivar al paciente a que realice su higiene personal para evitar infecciones cutáneas y de las mucosas.



INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar el estado de la piel una vez por turno; buscar áreas de excoriaciones, lesiones, exantemas y cambios de coloración.</li> <li>• También valorar estado de deshidratación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La constante observación de la piel logra detectar y llevar un control estricto de las características de la piel, para que no haya una complicación más y tratarla.</li> <li>• Los signos y síntomas que acompañan a la deshidratación. Son lengua y mucosas secas, sensación de sed, piel escamosa, seca y falta de turgencia. Globos oculares hundidos, pulso débil, hipotensión, hipertermia, oliguria densidad urinaria aumentada, hipernatremia, gasto urinario menor de 30ml por hora. Si continua, se presentan alucinaciones, delirio, hipernatremia y coma.<sup>9</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se vigilo de manera constante el estado de la piel, y no se detectaron zonas de presión o enrojecimiento.</li> <li>• Se procuró mantener humectada la piel del paciente a través del baño diario y colocación de crema en el cuerpo, lo que previno la descamación de la piel.</li> </ul>

---

<sup>9</sup> Susana Rosales Barrera. Fundamentos de enfermería.; Segunda edición, Ed moderno. México D.F 1999; Pág. 556.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover el mantenimiento de la piel seca y limpia.</li> <li>Enseñar la forma de lavar el área lesionada de la piel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Piel seca porque cuando la piel permanece mojada, las células se debilitan y la epidermis se erosiona con facilidad y limpia para que no haya infección en la piel.</li> <li>Lavar suavemente con jabón neutro la zona enrojecida; aclarar bien la zona para eliminar el jabón y secar mediante golpecitos, mejorara el estado de la piel, también es importante el baño diario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Después del baño se secaba perfectamente la piel del paciente y se mantenía lubricada con crema para el cuerpo, se evito zonas de descamación en la piel del paciente.</li> <li>Después del baño se secaba perfectamente la piel del paciente y se mantenía lubricada con crema para el cuerpo, se evitó zonas de descamación en la piel del paciente.</li> </ul>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios de posición en caso necesario.</li> <li>• Cambio de ropa de cama según sea necesario si hay diaforesis o incontinencia, procurando no haya arrugas o dobleces.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La presión es una fuerza de compresión hacia abajo sobre una zona determinada. Si la presión ejercida sobre las partes blandas supera a la presión sanguínea intra capilar, los capilares pueden ser dañados y provocar hipoxia, lo que provocaría dañar a los tejidos. Por tal situación deben cambiarse los sitios de presión.</li> <li>• La fricción consiste en el desgaste fisiológico. Si la piel se frota contra las sábanas de la cama, la epidermis puede lesionarse por abrasión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cambios de posición que se le brindaron al previnieron las úlceras por presión y áreas de enrojecimiento.</li> <li>• El cambio de ropa se le proporcionaba diario después de baño, y en caso de que fuera necesario, además de que se procuraba mantener lo más estiradas posible las sábanas para evitar lesiones a la piel.</li> </ul>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar cremas para lubricar la piel, dando masaje al mismo tiempo y promover que el paciente haga lo mismo al salir del hospital.</li> <li>• Conocer volumen, concentración de líquidos y electrolitos en el cuerpo humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los movimientos lentos y circulares ayudaran a activar la circulación, las cremas ayudaran a lubricar la piel, a prevenir abrasiones, y un mejor aspecto de la piel.</li> <li>• El volumen hídrico en un ser humano es constante por la ingestión y equilibrada por la excreción. Este corresponde al 60% del peso corporal total y esta distribuido en espacio intracelular en un 40% y en el extracelular en un 20%; este a su vez lo conforma el plasma (5%) y el líquido intersticial (15%).  El agua constituye el 93% de volumen sérico.  Las pérdidas de líquido extracelular por piel y pulmones dependen de factores controlables (clima, ejercicio).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La aplicación de lubricantes a la piel favorecieron para que el paciente no tuviera lesionada su piel.</li> <li>• Se procuraba mantener hidratado al paciente a través de la administración de líquido parenterales y la motivación para que ingiriera líquidos orales.</li> </ul>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar si existe desequilibrio hidroeléctrico.</li> <li>• Estimule el consumo de líquidos adecuado al estado físico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las alteraciones requieren de la revisión en el expediente clínico, identificación de manifestaciones clínicas, exámenes de electrolitos y gasométricos entre otras. También es importante la frecuencia de la micción y el volumen urinario.<sup>10</sup></li> <li>• Mantener un aporte de líquidos suficiente para una hidratación adecuada (unos 2.500 ml al día, salvo contraindicaciones): comprobar la humedad de las mucosas en la boca, coloración de piel, y densidad de orina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diariamente se vigilaba el estado de la piel así como de las mucosas, sin mostrar datos de deshidratación.</li> <li>• Se motivaba al paciente a que consumiera líquidos, pero su consumo al día era de sólo 1000ml.</li> </ul>

<sup>10</sup> Rosales Barrera Susana. Op cit.; Pág. 225.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle líquidos administrados y eliminado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es importante el registro de control de líquidos, pues ayuda a valorar la homeostasis hídrica del organismo. Evitando así la deshidratación o la retención de líquidos.<sup>11</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El control se llevaba a través de la hoja de enfermería pero los balances de líquidos tendían a ser positivos a mayoría de las veces.</li> </ul>

---

<sup>11</sup> Hirose Higashida . Ciencias de la salud. Tercera edición, Ed. McGraw-Hill, México, 1996; Pág.123.

**Dx-** Fatiga relacionado con debilidad muscular, manifestado por movimientos lentos, intolerancia a la actividad.

### **Fundamentación**

El tono muscular (tensión parcial) permite a los músculos efectuar el trabajo mecánico. Cuando no se utilizan los músculos o se usan poco se atrofian. Un músculo de tamaño normal, puede reducirse a la mitad de su tamaño, después de dos semanas de no usarlo.

### **Objetivos**

- Ayudar al paciente a reducir la fatiga para que pueda realizar sus actividades la mayor parte independientemente.

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Valorar los aspectos etiológicos y relacionados como: falta de sueño, nutrición insuficiente, control inadecuado del estrés.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dependiendo de la causa se va ayudar al paciente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se procuraba que el paciente estuviera en reposo el mayor tiempo posible con cambios de posición constante, eso favoreció a disminuir la fatiga y el cansancio.</li></ul>

- Explicar la causas de la fatiga a el paciente

- Ayudar a la persona a identificar las tareas que puede delegar. Tratar de dividir las actividades o tareas vitales en sus componentes: delegar parte de la tarea, pero reservando determinados componentes.

- Analizando con el cliente las causas de la fatiga se facilita la planificación de las intervenciones por parte de la enfermera y el cliente.

- Es importante que el paciente realice algunas actividades, para sentirse útil.

- Con la información brindada al paciente sobre las causas que le ocasionaba la fatiga, permitió que el paciente cooperara de una forma más activa en cuanto a las intervenciones que se le realizaban.

- Se le proponían diferentes actividades para mantener entretenido al paciente, pero el paciente mostraba cierto desinterés al realizarlas.



- Explicar el propósito de establecer un ritmo y un orden de prioridades, como eliminar las actividades que no son necesarias, además de ayudarlo a organizar su unidad de manera que los artículos que necesite tenerlos al alcance de la mano.

- El cliente necesita periodos de descanso antes y después de ciertas actividades. la planificación puede proporcionar el descanso conveniente y reducir el gasto innecesario, posibilitando la continuación de las actividades y contribuyendo así a mejorar la autoestima.

- El paciente se mantenía el mayor tiempo en reposo, pero si se le informó que al egresar del hospital mantuviera una visión de las actividades realmente importantes para él y que no desgastara energía en otras.

**Dx-** Alto riesgo potencial de contraer infecciones oportunistas relacionados con inmunodeficiencia.

### **Fundamentación**

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una condición causada por un virus llamado VIH. Este virus ataca al sistema inmunológico, el cual representa a las "fuerzas de seguridad" que combaten las infecciones. Cuando el sistema inmunológico colapsa, pierdes dicha protección y podrías desarrollar muchas infecciones y cánceres severos; y a menudo mortales. Éstas se llaman "infecciones oportunistas" (IO) porque se aprovechan de un cuerpo con las defensas debilitadas. Quizás hayas oído decir que alguien "murió de SIDA". Esto no es completamente acertado, ya que las infecciones oportunistas son las que causaron la muerte. El SIDA, es la condición que permite que las IO se desarrollen.

### **Objetivos**

- Evitar infecciones oportunistas para evitar complicaciones de su enfermedad.
- Informar al paciente de los medios de transmisión de la enfermedad para prevención de posible infección a otras personas.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar los factores predisponentes del paciente con alto riesgo de infección.</li>   <li>• Valorar los factores de confusión en este caso:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermedades subyacentes (EPOC, diabetes, cardiovascular).</li> <li>-Toxicomanías.</li> <li>-Medicamentos que puedan modificar la respuesta inmunitaria.</li> <li>-Estado de nutrición.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los factores predisponentes son factores controlables que aumentan el riesgo de infección porque obstaculizan o alteran las defensas del huésped. Pueden realizarse intervenciones que disminuyan o modifiquen el grado de riesgo asociado a dichos factores.</li>   <li>• Los factores de confusión aumentan el riesgo de infección. No se pueden controlar mucho durante la hospitalización pero pueden aumentar notablemente el pronóstico de infección de la persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantuvo al paciente bajo estrecha vigilancia para prevenir infecciones intrahospitalarias, además de que todas las técnicas para procedimientos fueron realizadas cuidadosamente.</li>   <li>• Dentro del hospital se mantuvo al paciente en las condiciones adecuadas para prevenir la adquisición de una enfermedad o infección oportunista.</li> </ul>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la entrada de microorganismos patógenos en el cuerpo del paciente. Mediante, el lavado de manos antes y después de todo contacto con el cliente o cualquier muestra, manejar como potencialmente infecciosa la sangre de todos los clientes, utilizar guantes ante cualquier posible contacto con sangre y otros líquidos corporales, colocar inmediatamente las jeringuillas usadas en los contenedores impermeables más cercanos, utilización de bata, usar cubrebocas con los pacientes de tuberculosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El adoptar estas medidas de precauciones permitirá al paciente tener menos riesgos de contagio ante la entrada de microorganismos patógenos. Es importante que estas medidas se tomen por todo el personal de salud, familiares y pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procedimientos que se le realizaron al paciente fueron hechas las medidas necesarias para prevenir infecciones. Además a personal de salud que en ocasiones se les olvidaban sus medidas de precaución.</li> </ul>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteger al paciente inmunodeprimido de la infección               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ubicarle en una habitación individual</li> <li>- indicarle a todas sus visitas que se laven las manos antes de acercarse a él.</li> <li>- Restringir las visitas cuando sea necesario</li> <li>- Seleccionar las visitas para descartar infecciones conocidas</li> <li>- Enseñar al cliente y a los familiares los signos y síntomas de infección.</li> <li>- Analizar los hábitos de higiene personal del cliente.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El aislamiento sirve para proteger al paciente de agresiones del medio, y para proteger a los demás.</li> </ul> <p>El fomento de la salud del lavado de manos de las personas que entren a la unidad es para protección de paciente y de las mismas personas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantenía al paciente con aislamiento y durante su hospitalización no contrajo ninguna enfermedad infecciosa intrahospitalaria. Familiares comprendieron la importancia de las medidas de protección.</li> </ul>

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la sensibilidad del cliente a la infección mediante la dieta.</li> <li>-Promover y mantener el consumo de calorías y proteínas en la dieta.</li> <li>• Observar la aparición de manifestaciones clínicas de infección de alto riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales que proveen lo necesario para: <ul style="list-style-type: none"> <li>-la construcción, conservación y reparación de tejidos corporales.</li> <li>- La síntesis de sustancias necesarias para el correcto funcionamiento del organismo (por ej., hemoglobina y anticuerpos).</li> <li>- Producción de energía.<sup>12</sup></li> </ul> </li> <li>• La constante observación evitara actuar a tiempo ante las complicaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le proporcionaba la dieta adecuada para el estado nutricional que el paciente tenía, el paciente la fue tolerando poco a poco. Además de mantenerlo en observación continua.</li> </ul>

<sup>12</sup> Nordmark Madelyn T. Bases científicas de la enfermería Segunda edición, Ed. Prensa médica Mexicana ISA, México, 1997;Pag .512.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar la educación sanitaria y facilitar recursos si es posible.</li> </ul> <p>Enseñar al cliente y a la familia las causas, los riesgos y la contagiosidad de la infección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estas actividades ayudaran al paciente y familia, a tener un autocuidado y evitara la angustia por contagio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le daban pláticas acerca del estilo de vida ideal para el paciente, se le enseñaba la forma que debí de cuidarse para no contraer infecciones, él mostraba interés por escuchar.</li> </ul> <p>Paciente no presento enfermedades agregadas.</p>

**Dx-** Trastornos del patrón sueño relacionado por conflictos mentales y emocionales manifestado por fatiga, ansiedad, anorexia.

### **Fundamentación**

Cuando creemos que lo que hacemos esta mal, existe entonces un conflicto con nuestras ideas y de ahí proviene parte la infelicidad y las alteraciones metabólicas y funcionales del organismo, cuando uno esta de acuerdo con las acciones que realiza entonces estará satisfecho.

### **Objetivos**

- Ayudar al paciente a que satisfaga sus necesidades de sueño y descanso para mantenerlo sin ansiedad y mal humorado.



INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe interrogar, observar y examinar a los pacientes con el fin de determinar la cantidad y calidad de su sueño y su descanso.</li>   <li>• Se debe favorecer el sueño y el descanso mediante: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir el ruido.</li>   <li>-Organizar los procedimientos para proporcionar el menor número de molestias durante el periodo del sueño.</li>   <li>- Si la micción nocturna le interrumpe el sueño, limitar la</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cantidad y calidad del sueño y del descanso deben evaluarse en base a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los patrones usuales de descanso y de sueño.</li> <li>- La edad</li> <li>- El estado de la salud</li> <li>- El nivel de tensión actual.</li> </ul> </li>   <li>• Un ambiente carente de estimulantes propicia el sueño. <ul style="list-style-type: none"> <li>- El ruido ambiental causa insomnio y provoca estrés, ansiedad y falta de concentración o de comprensión</li> <li>- Las entradas y salidas del personal, provoca interrupción en el sueño del paciente.</li>   <li>- La disminución de la ingesta de líquidos provoca, menos producción de</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente descansa habitualmente durante el día teniendo periodos de sueño por las tardes y no ha referido molestias para conciliar el sueño por las noches, aunque por momentos se torna irritable e inquieto, ha mejorado su comunicación con el personal y compañeros.</li>   <li>• El paciente se mantenía en un cuarto aislado, y se procuraba que el ruido externo no afectara tanto, comento con enfermeras de la noche, que trataran de no despertarlo a entrar a cubículo. Durante el día se trato de mantenerlo ocupado, motivándolo a caminar, además de tratar de integrar con algunos de sus compañeros. El paciente lograba concluir sus periodos de sueño en</li> </ul>

cantidad de líquido por la noche y que orine antes de acostarse.

- Establecer con la persona una programación para las actividades diarias.

- Limitar la cantidad y duración de sueño durante el día si es excesiva.

- Enseñar métodos que favorezcan el sueño

orina.

- Esta programación logrará, mantenerlo ocupado durante el día, y durante la noche que duerma.

Valorar con la persona, familia la rutina habitual para irse a la cama-hora, higiene, rituales (leer) – y ajustarse a ella tan estricto como sea posible.

- El sueño por el día logrará, que durante la noche no tenga sueño, y que amanezca, cansado y de malas.

- Estos van a favorecer el sueño y algunos ejemplos son: baños de agua caliente, lectura tranquila y música suave.

la mayoría de las veces satisfactoriamente. Con estas actividades logro distraerse mas ,y volverse un poco mas activo.

**Dx-** Desequilibrio de la temperatura corporal (fiebre) relacionada con alteraciones del sistema inmunológico, manifestado por alteraciones de temperatura corporal de 38° en ocasiones, generalmente solo en las tardes.

### **Fundamentación**

La temperatura corporal normal es de 36° a 3.5°, cuando ocurre un desequilibrio en el organismo debido a factores externos e internos y la temperatura aumenta se le conoce como hipertermia.

### **Objetivo**

- El usuario mantendrá la temperatura dentro de los parámetros apegándose a los límites normales .
- Identificará los signos de hipertermia.
- Explicará las medidas necesarias para mantener la temperatura normal.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la temperatura corporal 3 veces por turno.</li>   <li>• Tomar la temperatura oral.</li>   <li>• Appreciar los cambios de los signos vitales asociados a la hipertermia: pulso rápido y galopante; frecuencia respiratoria aumentada; presión sanguínea disminuida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El control de la temperatura constantemente ayuda a identificar posibles complicaciones. La temperatura normal de un adulto es de 37°C, pero en realidad la temperatura normal fluctúa todo el día.</li>   <li>• Las temperaturas orales proporcionan una temperatura más exacta. las temperaturas axilares a menudo son inexactas.</li>   <li>• El control constante promueve la prevención y la intervención precoz en los usuarios cardiopulmonares asociadas a hipertermia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El control estricto de la temperatura logró, identificar pequeñas alteraciones y se tuvo la oportunidad de actuar oportunamente .</li>   <li>• Se le explicó al paciente la importancia de la forma de colocación y su importancia lo cual lo comprendió muy bien , además de colaborar.</li>   <li>• Se pudieron apreciar en ocasiones frecuencia respiratoria aumentada y pulso rápido , pero mejor.</li> </ul>

- controlar en el usuario la aparición de signos de hipertermia (p. Ej., dolor de cabeza, náuseas y vómito, debilidad, ausencia de sudor, delirio y coma).
- Mantener una temperatura ambiental adecuada.
- Promover la nutrición e hidratación adecuada.
- Adecuar las ropas para facilitar el enfriamiento pasivo apropiados.

- El control de las características definitorias de hipertermia permite la prevención y/o intervención precoz.
- Una temperatura ambiental adecuada limita los efectos ambientales en la termorregulación.
- Estas medidas ayudan a mantener una temperatura corporal normal.
- Esto ayudará a mantener una temperatura corporal adecuada.

- Se le dijo al paciente la importancia de recortar cualquiera de esos síntomas que lo reportara al personal, lo cual cooperaba muy bien, en ocasiones presento alguno de estos síntomas principalmente la debilidad.
- Logró mantener una temperatura ambiental adecuada, mediante apertura de ventanas y puertas en calor, y temperaturas bajas el cierre de estas. el paciente no presentaba molestia.
- Logró una mejora en la nutrición.
- Se le explicó el portar una playera de algodón, mangas cortas. por la importancia de mantenerse fresco y cómodo.

- Aplicación de paracetamol 500mg, en caso indicado.

- Analgésico y antipirético; utilizado en procesos febriles y dolorosos que acompañan a las infecciones respiratorias, de cualquier etiología.

- Con este medicamento, y con las medidas antes mencionadas se logró mantener en los límites normales.

**Dx-** Duelo anticipado relacionado con la perdida inminentemente de la vida, manifestado verbalmente por expresar sentido de culpabilidad de su enfermedad, negación, enojo, llanto.

### **Fundamentación**

Duelo es el estado en el que una persona o familia experimenta una respuesta humana natural que abarca reacciones psicosociales y psicológicas ante una perdida real o subjetiva (de una persona, objeto, posición social, relación).

### **Objetivos**

- Establecer una relación de confianza para que el paciente pueda expresar sus sentimientos, emociones y temores, para que pueda alcanzar una tranquilidad emocional y espiritual.

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Animar a el paciente a compartir sus preocupaciones, siempre escuchándolo con atención cuando el lo requiera.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La confianza en el personal de enfermería es de suma importancia para el paciente, quien en ocasiones el deposita sus emociones.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Para mi fue muy importante sentir que el paciente confiaba en mi, después de que era una persona que le era muy difícil compartir sus experiencias.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar el proceso de duelo con cada respuesta:</li> <li>-negación</li> <li>-aislamiento</li> <li>-depresión</li> <li>-ira</li> <li>-culpabilidad</li> <li>-miedo</li> <li>-rechazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber que la muerte es inminente puede despertar sentimientos de ira, profunda tristeza y otras respuestas de aflicción. Las conversaciones francas y sinceras pueden ayudar al cliente y a los miembros de la familia y aceptar y afrontar la situación y las reacciones ante ella.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le explicó cada una de las etapas y la importancia de saberlas para poderse ubicar y saber en que consiste cada una, esta actividad la tomo de manera positiva ya que se intereso en saber que ya existía algo escrito que le pudiera ayudar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a la persona a identificar sus cualidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La revisión de la vida es un proceso en el que la persona esta organizando recuerda su pasado, en especial los conflictos pendientes, para tratar de resolverlos. Esta revisión proporciona a la persona la oportunidad de valorar sus éxitos y sus fracasos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta actividad le hizo reflexionar y recordar de que había momentos buenos en su vida, que no todo fue malo y expreso que hubo momentos que valió la pena vivir.</li> </ul>



- Apoyarnos con la familia, para que exista mayor comunicación entre ellos y traten de solucionar pendientes.
- La familia es parte fundamental para el paciente cuando se encuentra en momentos difíciles y la solución de problemas ayudan a sentir mayor tranquilidad para el y la familia.
- Su esposa fue una persona con la que se contó siempre por su gran disposición para la mejora de su esposo. el paciente tenía unos asuntos pendientes de solucionar con su esposa que trataron de resolverlos juntos, según me dijo el paciente.

**Dx-** Sufrimiento espiritual relacionado a las creencias religiosas, manifestado con deseos de hablar con un sacerdote y ansiedad.

### **Fundamentación**

La religión para las personas tiene un significado de mucho valor, cuando sufren de acontecimientos de alto impacto como la enfermedad, tienden a profesar su fé para sentir alivio espiritual a través de personas que representativas como los sacerdotes, pastores, etc.

### **Objetivo**

- Mostrará satisfacción con la capacidad de expresar las costumbres religiosas.
- Expresará satisfacción al acceder a recursos y rituales religiosos.
- Demostrará equilibrio entre la práctica religiosa y los estilos de vida.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el deseo del paciente respecto a la expresión religiosa.</li>   <li>• Animar y/o coordinar el uso y participación y prácticas y rituales religiosos que no perjudiquen la salud (por ejemplo, leer la Biblia).</li>   <li>• Permitir la participación de personas externas que promuevan la religión (sacerdotes, pastores, monjas, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El respeto a las creencias del usuario facilita la confianza y el acercamiento. Los individuos con fe religiosa tienden a utilizarla en los momentos de estrés, pero los individuos sin fe religiosa no buscan la religión en los momentos de estrés.</li>   <li>• La religiosidad esta asociada a más apoyo social, menos síntomas depresivos, mejorar el estado cognoscitivo, más cooperación y mejor salud física.</li>   <li>• La ayuda de estas personas promueve el bienestar espiritual, emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente estaba con deseos de apegarse a su religión , ya que no lo había podido hacer de manera estrecha.</li>   <li>• El paciente dedico un buen tiempo a la Biblia, a la que le encontró agrado. Además de una forma de pasar el tiempo.</li>   <li>• En ocasiones cuando el paciente solicitaba a un sacerdote se hacia la intención de localizar a uno , para que el paciente pudiera estar tranquilo en lo espiritual.</li> </ul>

Dx- Aislamiento social r/c falta de interés personal y sentimientos de rechazo m/p por tristeza, culpa, falta de comunicación verbal.

### Fundamentación

A través de la socialización llega el individuo a ser miembro de una sociedad, dotado de las actitudes sociales y de las conductas comunes, propia a su sociedad particular y a su lugar dentro de ella. La socialización se da a través de la comunicación, si este circuito falla, empieza un proceso de desocialización, en el cual el individuo pierde toda comunicación con su entorno y este fenómeno puede llegar a ser perjudicial para su salud emocional.

### Objetivo

- Favorecer la comunicación con el resto de sus compañeros y con el personal de salud.
- Que el usuario pueda expresar sentimientos y emociones que le aquejen.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"><li>• Darle confianza para que se pueda expresar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La confianza permite al individuo que se comunique de una manera más efectiva ante otra persona, y proporciona sentimientos de tranquilidad y no estrés.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se logró que el paciente se expresara con mayor confianza.</li></ul>

- Platicar con el paciente.

- Ayudar al usuario a experimentar la naturaleza mirando por la ventana.

- Dar la oportunidad de conocer a sus compañeros de pabellón, se presento con ellos, para que el paciente tuviera mayor confianza de acercarse a ellos.

- La comunicación favorece que las personas puedan expresar sentimientos, temores.

- La exposición a un entorno natural puede ser útil para fomentar la relajación.

- Esta acción permite tener una mayor confianza.

- Se proporcionaron espacios en donde además de explicar dudas del paciente, me tomaba tiempo para escuchar su sentir, el escucharlo tuvo mejoría en cambio de actitudes.

- Actividades como esta promovió a la reflexión y al relajamiento según lo expreso el paciente.

- El paciente en ocasiones trataba de convivir con algunos de sus compañeros, al principio se presentaba temeroso pero poco después tomaba mayor confianza. Se observó mas activo, menos solo, ni triste.

## 5. EVALUACIÓN

Con el Proceso Atención de Enfermería de intervenciones anterior se logró mantener al paciente en adecuadas condiciones físicas, emocionales y espirituales lo cual contribuyó a que el paciente tuviera un mantenimiento en su estado de salud.

Cada una de las intervenciones fueron realizadas de manera que tuvieran una repercusión satisfactoria en el paciente, el paciente mostró interés, se le motivaba a que realizara actividades básicas como alimentarse, bañarse, hidratarse, en la mayoría de las respuestas por parte del paciente fueron positivas, por eso puedo decir que contribuyo mucho en la mejora de su salud y a que se le brinde un mejor cuidado

Se logró parcialmente la independencia, porque el paciente aprendió a cuidarse y protegerse de los diferentes riesgos, prevenir infecciones, expresar preocupaciones y comprendió aspectos importantes sobre su tratamiento. Además de expresar sentir una paz espiritual y una aceptación de el mismo.

La realización del PAE me resulto complicado, no es fácil la realización de este cuando en nuestra formación profesional se nos enseña de distintas formas y cuando la exigencia no es tal en cada una de las etapas del mismo, con el presenta trabajo queda claro la importancia de la elaboración de un plan de cuidados para cada uno de los pacientes y el impacto que tienen sus cuidados y el que estos se plasmaran en escrito y todas las enfermeras lo siguieran serian verdaderos cuidados de enfermería.

Me queda claro que la realización de un Proceso es complejo a medida que avanzamos en nuestra carrera profesional, porque a medida que pasa esto nuestros conocimientos cambian y las existencias para el van a ser mayores.

Quedo muy complacida por los conocimientos adquiridos del presente trabajo y me quedan muchas inquietudes para saber mas de el y al ejercer la profesión hacer una aplicación verdadera de lo que es un PAE.

## **6. CONCLUSIONES**

Con el presente Proceso de atención enfermería anterior se logro lo siguiente:

- La aplicación del PAE mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson, permitió darnos cuenta del estado físico, emocional y social , del paciente, además de detectar las necesidades alteradas y poder brindar cuidados específicos, además de atender las posibles complicaciones; con esto aprendí la gran importancia de la verdadera aplicación de un PAE, en donde siempre se tiene que tomar en cuenta al individuo y su sentir , el comprender al paciente como parte activa en su tratamiento me ayudo y le ayudo mucho para mantenerlo en mejores condiciones de salud.
- Los diagnósticos de enfermería fueron adecuados para satisfacer sus necesidades alteradas o de riesgo.
- A pacientes con enfermedades en donde a parte de un cuidado físico y estabilidad hemodinámica, hay que sembrarles un espíritu de lucha día con día. Uno de los logros significativos es que el paciente cambio de actitud, de animo y se sintió más motivado.

Actualmente no existe personal de enfermería lo suficientemente capacitado para la atención de este tipo de pacientes. Aunque en el INER existe personal sensibilizado que brinda atención de enfermería con humanismo, todavía la existencia de lo enfermos de SIDA casi siempre es dolorosa, pero mediante la atención profesional basada en conocimientos sólidos la enfermera puede mitigar la angustia y el dolor del paciente y su familia.

## **7. GLOSARIO**

**Acto de cuidar:** Expresión que representa el ((que)) y el ((como)) del cuidado. Es el cuidado tal como se da a la persona.

**Agente:** Son un conjunto de factores que se denominan factores etiológicos o factores causales, que están presentes en el medio ambiente y que pueden provocar enfermedades al huésped.

**Agente infeccioso:** Microorganismo capaz de producir infección o enfermedad infecciosa.

**Aislamiento:** Es la separación de las personas infectadas durante el periodo de transmisibilidad, en lugares y bajo condiciones que evitan la transmisión directa e indirecta del agente infeccioso, de las personas infectadas a personas que sean susceptibles o que a su vez puedan transmitir la enfermedad a otras, también se aplica acción de prevenir al paciente, seguridad personal.

**Alucinaciones:** Es una percepción falsa al no corresponder a ningún estímulo físico externo. Sin embargo, la persona siente esa percepción como real.

**Anemia:** Es una enfermedad de la sangre que es debida a una alteración de la composición sanguínea y determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina (ver los parámetros estándares). Rara vez se registra en forma independiente una deficiencia de uno solo de estos factores. La anemia es una definición del laboratorio que entraña un recuento bajo de eritrocitos y un nivel de hemoglobina o hematocrito menor de lo normal.

**Antisepsia:** Conjunto de procedimientos o practicas encomendadas a evitar al máximo la reproducción, diseminación y transmisión de microorganismos destruyéndolos por medios físicos y químicos.

**Antiséptico:** Sustancia que destruye o impide o inhibe la reproducción de microorganismos. Se caracteriza por ser aplicable a seres vivos.



**ARN:** Ácido nucleico que ayuda a sintetizar proteína en las células.

**Arte enfermero:** Utilización creadora de la ciencia enfermera que engloba la relación interpersonal, la designación del cuidado, la manera de ser de la enfermera y el recurso a la estética.

**Ascitis.** Es la presencia de líquido seroso en el espacio que existe entre el revestimiento membranoso del abdomen y los órganos abdominales (la cavidad peritoneal).

**Asepsia:** Ausencia de materia séptica; estado libre de infección. Método para prevenir infecciones por medios físicos.

**Autocuidado:** Es un constructor conceptual muy utilizado en la disciplina de La autora que ha desarrollado este concepto es y definió el autocuidado como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar". Según esta teorizadora el autocuidado es una acción que tiene un patrón y una secuencia y cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos.

**Bacterias:** Esquizomicetes de orden eubacteriales y de familia bacteriaceae, que incluye especies de forma bacilar, cocos y espirilos, son unicelulares y considerados como procariotes ya que carecen de núcleo organizado.

**Bacteriemia:** Es la presencia de bacterias en la sangre. La sangre es normalmente un ambiente estéril, por lo tanto la detección de una bacteria en la sangre (sobre todo con un hemocultivo) es siempre anormal.

**Biopsia:** Es procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra de tejido obtenida por medio de métodos cruentos para examinarla al microscopio.

**Candidiasis:** Constituyen un grupo de infecciones causada por un hongo oportunista que puede tener expresión cutánea, gastrointestinal, sistema respiratorio y genitales del género *Candida*, de los cuales *Candida albicans* es la más frecuente. Se puede transmitir por ropas, objetos y también por contacto sexual. Estos hongos están siempre presentes en la piel y en la mucosa del tracto digestivo, genitourinario y respiratorio de la mayoría de las personas, pero se encuentran controlados por otros microorganismos no patógenos.

**Caquexia:** Es un estado de extrema desnutrición, atrofia muscular, fatiga, debilidad, anorexia en personas que no están tratando activamente de perder peso. Puede ser un síntoma de algunas patologías; cuando un paciente presenta caquexia, los doctores generalmente consideran la posibilidad de cáncer, algunas enfermedades infecciosas como tuberculosis y SIDA y algunos desórdenes autoinmunes.

**Categorización:** En la evolución de las grandes corrientes del pensamiento, la categorización considera que los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos.

**Ciencia enfermera:** Conjunto de saber empírico, estético, personal y ético, resultado de diferentes enfoques metodológicos utilizados para profundizar en el campo del estudio de la disciplina enfermera.

**Cizallamiento:** Es una fuerza paralela en la que una capa de tejido se mueve en una dirección y otra capa se mueve en dirección opuesta.

**Concepción:** Operación por la cual la mente forma una idea o/y un concepto aplicados a un campo. Las concepciones enfermeras describen la disciplina enfermera y precisan así los lazos entre los conceptos ((cuidados)), ((persona)), ((salud)) y ((entorno)). Presentan los modos de expresar el servicio específico que las enfermeras dan a la sociedad.

**Concepto:** Representación intelectual, general y abstracta de un fenómeno, formando de un conjunto de atributos percibidos por la mente. Los conceptos son los componentes de la base de una teoría.

**Conocimientos:** Es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos. P. ej., un conocimiento ampliamente compartido en las sociedades actuales es el hecho de que la Tierra es redonda.

**Contaminación:** Es la presencia de un agente infeccioso en la superficie del cuerpo, objetos, sustancias o alimentos.

**Criptococosis:** Enfermedad parasitaria grave debida a la localización meníngea o pulmonar de un hongo levuriforme del género *Cryptococcus*.

**Cuidados integrales.** Método de prestación de cuidados según el cual la enfermera es responsable 24 horas por día del conjunto prodigada al cliente, desde la admisión hasta su vuelta al domicilio.

**Deglución:** Es el paso del bolo alimenticio desde la boca hacia la faringe. A este acto se le denomina vulgarmente como comer y si se hace de forma compulsiva, *engullir*.

**Delirio:** Proceso mental orgánico agudo caracterizado por confusión, desorientación, inquietud, obnubilación de la conciencia, miedo, ansiedad, excitación, a menudo, alucinaciones, ilusiones, normalmente de origen visual y a veces manías.

**Demencia:** Es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal. Característicamente, esta alteración cognitiva provoca incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria.

**Depresión:** Es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

**Desinfección:** Reducción del número de microorganismos presentes en una superficie inerte u orgánica como son los alimentos, mediante agentes químicos, físicos o ambos a un nivel que no dé lugar a contaminación.

Es la destrucción de los microorganismos patógenos en todos los ambientes, materias o partes en que pueden ser nocivos, por los distintos medios mecánicos, físicos o químicos contrarios a su vida y desarrollo.

**Desinfectante:** Sustancia que se emplea para destruir o neutralizar los agentes infecciosos en el medio ambiente, superficial y objetos; no es aplicable a seres vivos.

**Desnutrición:** Es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico. Puede ser primaria que también puede ser llamada desnutrición leve, o desnutrición secundaria, la cual si llega a estar muy grave puede llegar a ser otra patología como el cáncer o tuberculosis.

**Diaforesis:** Es el término médico para referirse a una excesiva sudoración profusa que puede ser normal (fisiológica), resultado de la actividad física, una respuesta emocional, una temperatura ambiental alta o síntoma de una enfermedad subyacente (patológica).

**Diarrea:** Es la evacuación frecuente de heces acuosas, lo cual conlleva una baja absorción de líquidos y nutrientes esta acompañada de dolor, fiebre, náuseas, vómito, debilidad o pérdida del apetito.

**Diseminación:** Acción de esparcir microorganismos.

**Disfagia:** Es el término técnico para describir el síntoma consistente en dificultad para la deglución (problemas para tragar). Esta dificultad suele ir acompañada de dolores, a veces lancinantes (*disfagia dolorosa* u *odinofagia*).

**Disnea:** Es de dificultad respiratoria o falta de aire.

**DNA:** Al ácido desoxirribonucleico, cuyas siglas en castellano son *ADN*; sin embargo, son muy utilizadas las siglas en inglés (*DNA*).

**Dolor:** Es una experiencia emocional (subjetiva) y sensorial (objetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso. Es una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.

**Duelo:** Proceso por el que pasa el ser humano tras la pérdida de un ser querido.

**Edema:** Es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial y también en las cavidades del organismo.

**Educación:** El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra: está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

**Enfermedad infecciosa:** Presencia, desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso principalmente microorganismo, dentro del organismo.

**Espujo:** Mucosidad que viene de los pulmones.

**Esterilización:** Proceso por medio de el cual toda forma de vida microbiana, contenidos en líquidos, instrumentos o utensilios, es completamente destruida. La palabra estéril, significa absoluta falta de, o ausencia de todo microorganismo vivo u otras formas de vida.

**Estreñimiento:** Es una defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente de heces escasas y duras. La frecuencia de defecación normal varía entre las personas, desde un par de veces al día hasta tres veces a la semana. Puede considerarse como un trastorno o una enfermedad según como altere la calidad de vida.

**Ética:** Rama de la filosofía que se interesa por los principios fundamentales y los conceptos de base que están o deberá estar en el pensamiento y la actividad humanos unidos a un campo particular; una de las formas de saber enfermero que corresponde al conocimiento moral.

**ETS:** Son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: de persona a persona a través de las relaciones sexuales.

**Fenómeno:** Representación de una realidad percibidos o sentidos de manera consciente, y bajo varias facetas.

**Fenomenológica:** Enfoque y método de investigación que permite explorar y describir un fenómeno que aparece en la conciencia de la persona que realiza la experiencia. El investigador toma conciencia de lo que es tenido como experiencia con relación al fenómeno y la coloca entre paréntesis con el fin de tener acceso a su esencia y significado.

**Fiebre:** es un aumento en la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal. La temperatura normal del cuerpo humano fluctúa entre 36'5° y 37'5°. La fiebre actúa como respuesta adaptativa que ayuda al cuerpo a combatir los organismos que causan enfermedades y surge en respuesta a unas sustancias llamadas pirógeno(s) que se derivan de bacterias o virus que invaden el cuerpo. Por eso mueren a los tres días de la enfermedad.

**Filosofía:** Orientación, manera habitual de abordar la vida: posición general con relación a la naturaleza de la naturaleza de las cosas y del mundo; disciplina teórica que comprende la axiología, la epistemología, la metafísica. La filosofía de una ciencia guía los valores que son la base del desarrollo de una disciplina.

**Halitosis:** Olor desagradable del aliento debido a mala higiene oral, existencia de infecciones dentales o bucales.

**Hematemesis:** Es la expulsión de sangre por la boca, en forma de vómito, procedente del aparato digestivo.

**Heterosexual:** Es una orientación sexual que se caracteriza por la atracción sexual, o el deseo amoroso o sexual hacia personas del sexo opuesto, en contraste con la homosexualidad, y que suele distinguirse de la bisexualidad.

**Higiene:** Es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo.

**Hipercalemia:** Concentración de calcio superior a lo normal en la sangre, a menudo resultado de resorción ósea excesiva con la consiguiente liberación de calcio.

**Hipernatremia:** Concentración de sodio en la sangre superior a lo normal, causada por pérdida excesiva de agua y electrolitos secundaria a poliuria, diarrea, sudoración excesiva y ingesta inadecuada de agua.

**Hiperpotasemia:** Concentración de potasio en la sangre caracterizada por: debilidad muscular, parestesias, disminución de reflejos, bradicardia, hipotensión, fibrilación auricular, paro cardíaco.

**Hipertermia:** Es un trastorno grave que se presenta cuando un organismo homeotérmico no alcanza a disipar más calor del que genera o absorbe, y generalmente ocurre por estar expuesto a una fuente de calor.

**Hiperventilación:** Respiración excesiva

**Hipervolemia:** Sobrecarga de volumen de líquidos; edema palpebral, disnea, estertores, aumento de peso, disminución de eritrocitos y del volumen de células y de la concentración de la hemoglobina. Puede ser causada por insuficiencia cardíaca congestiva, ingestión excesiva de cloruro de sodio o mezcla de electrolitos, administración de hormonas corticoadrenales, hiperaldosteronismo o nefropatía.

**Hipocalcemia:** Hormigueo en dedos, parestesias, calambres, tetania, convulsiones, edema capilar.

**Hipoglucemia:** Es una concentración de glucosa en la sangre anormalmente baja, inferior a 50 ó 60 mg por 100 mL. Se suele denominar shock insulínico, cuando se produce una pérdida del conocimiento.

**Hipomagnesemia:** Concentración plasmática de magnesio, normalmente baja que produce, náuseas, vómito, letargia.

**Hiponatremia:** Concentración de sodio plasmático, inferior a lo normal causada por excreción inadecuada de agua o por un exceso de agua circulante en el torrente sanguíneo.

**Hipotermia:** Es el descenso no intencional de la temperatura corporal por debajo de 35° C medida con termómetro

**Hipoxia:** Es un trastorno en el cual el cuerpo por completo (hipoxia generalizada), o una región del cuerpo (hipoxia de tejido), se ve privado del suministro adecuado de oxígeno.

**Hipovolemia:** Disminución anormal del volumen de sangre circulante.

**Homosexual:** Es una orientación sexual y se define como el comportamiento, la interacción sexual o atracción erótica hacia individuos del mismo sexo.

**Huésped:** A aquel organismo que alberga a otro en su interior o lo porta sobre sí, ya sea un parásito, un comensal o un mutualista.

**Humanismo:** Movimiento intelectual que ha caracterizado el renacimiento y que ahora se considera como un principio según el cual las dimensiones subjetivas de la experiencia humana son esenciales para el conocimiento de la persona y su valorización.

**Infección:** Invasión al microorganismo por agentes patógenos.

**Integración:** En la evolución de las grandes corrientes del pensamiento, la integración reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integra el contexto específico en el cual se sitúa este fenómeno.

**Leucoplasia:** Formación de manchas blancas en las mucosas.

**Limpieza:** Eliminación por medio del fregado o lavado de las superficies con agua y jabón.

**Maceración:** Es el mecanismo por el cual el tejido se ablanda al permanecer mojado o empapado de forma prolongada.

**Malnutrición:** Es la consecuencia de no cumplir con una dieta equilibrada en calidad y en cantidad.

**Microorganismo patógeno:** Agente que produce enfermedad.

**Mielopatía:** Cualquier enfermedad o lesión de la médula ósea.

**Modelo conceptual:** Representación abstracta que explica una perspectiva de las disciplina enfermera, es decir, una concepción que guía la práctica, la investigación, la formación y la gestión de los cuidados. El conceptual clarifica la contribución o razón de ser de las enfermeras y el objetivo del servicio que prestan a la población.

**Muerte:** Es en esencia la extinción del proceso homeostático, por ende el fin de la vida.

**Nutrición:** Es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición también es el estudio de la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta.



**Neumonitis:** *A la inflamación de la parenquima pulmonar. Esta inflamación es producida en ocasiones por reacciones alérgicas.*

**Neuropatía:** Es una enfermedad del sistema nervioso periférico. Un alto porcentaje de personas con diabetes desarrollará daños en su sistema nervioso en algún punto de su vida. Las tres principales formas de daños del sistema nervioso son: neuropatía periférica, neuropatía autonómica y mononeuropatía, aunque la forma más común es la neuropatía periférica que afecta principalmente a las piernas y a los pies.

**Paradigma:** Corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas.

**Peso:** Es la medida de la fuerza que ejerce la gravedad sobre un cuerpo.

**Profesión:** Servicio especializado, caracterizado por la competencia, la autonomía, la responsabilidad y la colaboración, y que responde a los objetos sociales.

**Séptico:** Que produce putrefacción o es causado por ella.

**SIDA:** Es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Se dice que una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones que aquejan a los seres humanos. Se dice que esta infección es incontrovertible.

**SK:** Es sarcoma de Kaposi es el tumor mas frecuente relacionado con enfermedad por VIH. Aparecen lesiones en la piel, cavidad oral, los pulmones y los intestinos. Suelen ser nodulares, palpables y habitualmente indoloras.

**Talla:** Hace referencia a la estatura.

**Teoría:** Conjunto de enunciados y proposiciones, formados por conceptos y relaciones entre estos conceptos, organizados, organizados de manera coherente y sistemática que tiende a describir, explicar o predecir un fenómeno. Las teorías enfermeras tienden a describir, explicar y predecir los fenómenos de interés para la disciplina.

**Toxoplasmosis:** Es un término médico dado a una enfermedad infecciosa humana y de muchos otros animales, ocasionada por un parásito de distribución mundial, el *Toxoplasma gondii*, un protista del filo apicomplejos que es un parásito intracelular obligado.

**Transformación:** En la evolución de las grandes corrientes del pensamiento, la transformación considera que un fenómeno es único, en interacción recíproca y simultánea con el mundo que lo envuelve y que, por eso mismo, lo puede transformar.

**Tuberculosis:** Es una enfermedad infecto-contagiosa frecuente y a menudo mortal, causada por diversas especies del género *Mycobacterium*, todas ellas pertenecientes al Complejo *Mycobacterium Tuberculosis*.

**VIH:** Es el agente infeccioso determinante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) el VIH se incluye en el género *Lentivirus*, encuadrado en la subfamilia *Orthoretrovirinae* de la familia *Retroviridae*. Puede ser detectado por la prueba de VIH.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- Ackley Betty J. Manual de diagnósticos de enfermería, Guía practica para la planificación de los cuidados. Ed. El Siever Mosby, Madrid España,
- Almansa Martínez Pilar. Metodología de los cuidados de enfermería. Ed. Diego Martínez Librero-Editor, 1999; Pág.239.
- Ann Marriner Tomex. Modelos y teorías en Enfermería. Cuarta edición, Ed. Harcourt Bruce, Madrid España, 1999; pp.555.
- Henderson Virginia. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años de después. Ed. Interamericana Mc-Graw Hill, Madrid España, 1994; Pág. 115.
- Gauntlett Beare Patricia. Enfermería Médico quirúrgica. Tercera edición, Ed. Harcourt, Madrid España 2001; Pág.286.
- Higashida Hirose. Ciencias de la salud. Tercera edición, Ed. McGraw-Hill, México, 1996; Pág. 533.
- Jerry P. Duchan. Pacientes con SIDA y cuidados de enfermería. Segunda edición, Ed. Manual Moderno, México DF, 1994; Pág. 566.
- Kerovack Zusanne. El pensamiento enfermero. Ed. El Sevier Massun, Barcelona España, 1996; Pág. 167.
- Luis Rodrigo, Fernández Feriin, Navarro Victoria. De la teoría a la Practica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo. Segunda edición, Ed. Masson , Barcelona , España, 2000, Pág.
- Martin Trucker Sausan. Normas de los cuidados del paciente. Guía de la planificación de la práctica asistencial conjunta. Sexta edición, Ed. Harcourt Bruce, Madrid, 1997; pag. 147.
- Nordmark Madelyn T. Bases científicas de la enfermería. Segunda edición, Ed. Prensa médica Mexicana ISA, México, 1997; Pág.712.
- P. Atkinson Leslie. Guía clínica para los cuidados. Ed. Interamericana Mc-Graw Hill, México DF, 1995; Pág. 518.

- Ponce de León Samuel. SIDA aspectos clínicos y terapéuticos. Ed. McGraw Hill Interamericana, 2000, México DF, Pág. 537.
- Potter Patricia Fundamentos de enfermería Ed . Harcourt, sexta edición, Madrid-españa 1995; 565.
- Riopelle, Lise. cuidados de enfermería: un Proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed McGraw-Hill, Madrid España, 1993; Pág. 352.
- Rodríguez Sánchez Berta Alicia. Proceso Enfermero. Ed. Cuellar, México, 2006, Pág. 320.
- Rosales Barrera Susana. Fundamentos de enfermería. Segunda edición, Ed moderno. México D.F 1999; Pág. 556.

## **ANEXOS**

### **1. DEFINICIONES**

SIDA se define como presencia de enfermedad clínica consiste en la infección por oportunistas (como neumonía), neoplasias o ambos padecimientos; relacionada con inmunodeficiencia y ocasionada por el virus de inmunodeficiencia humana.

Con el propósito de establecer una vigilancia, se definió el SIDA como presencia de una enfermedad moderadamente pronosticable provocada por defecto de la inmunidad celular en personas, sin causa aparente, de disminución de su resistencia a dicha enfermedad. Entre dichas enfermedades se incluyeron el SK, linfoma limitado al cerebro, neumonía por neumocystis carinii, e infecciones graves por oportunistas. En aquel momento las infecciones por oportunistas en la lista comprendieron neumonía, meningitis o encefalitis.

### **2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EPIDEMIA EN MÉXICO**

En 1993 fue diagnosticado el primer caso de SIDA en México. Se trató de un varón de origen haitiano atendido en el Instituto Nacional de Nutrición. Según lo anterior, y al saber el tiempo que transcurre tras la infección por el VIH y el desarrollo del SIDA es promedio de unos 10 años, puede afirmarse que el virus de Inmunodeficiencia Humana fue introducido a México en el decenio de 1970.

El seguimiento epidemiológico del SIDA en México se inició en 1983 y se ha mantenido constantemente; a partir de 1987 se sintetizó en el "Registro Nacional de Casos de SIDA" como base de datos electrónicos.

En México, en 1992, el SIDA constituyó la decimonovena causa de muerte en población general, mientras que en 1998 pasó a ocupar el decimosexto lugar. En

1996, contuvo la tercera causa de muerte en hombres de 25 a 34 años y la sexta en mujeres del mismo grupo de edad.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el SIDA es la principal causa de mortalidad hospitalaria en personas de 18 a 45 años de edad y ocupa, desde hace varios años, una de las 5 primeras causas de mortalidad general de los pacientes hospitalizados

Por lo consiguiente, al pensar sobre algunas de las múltiples condiciones que favorecen la existencia de esta enfermedad, se pensó en realizar un proceso de atención enfermería a fin de estudiar con mayor profundidad esta enfermedad y proporcionar ayuda eficaz a los pacientes con este padecimiento.

### **3. TRANSMISIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

En la práctica existen tres modos fundamentales de transmisión del VIH:

Transmisión sexual, transmisión parenteral por el uso compartido de agujas o jeringuillas, instrumentos contaminados, transfusión sanguínea, etc. y transmisión vertical o de la madre al feto.

A ello se unen unas condiciones que modifican la transmisión: El virus de SIDA es débil y sobrevive mal fuera del cuerpo por lo que debe penetrar en el interior del organismo.

Parece que la transmisión requiere una cantidad mínima de virus por debajo de la cual el organismo podría liberarse del VIH y explicaría el por qué algunos líquidos orgánicos que contienen el virus no lo transmiten.

Transmisión sexual

Las relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, heterosexuales u homosexuales, pueden transmitir el virus del SIDA. Los contactos oro-genitales

(contacto boca-órgano genital) pueden transmitir el VIH si hay lesiones en cualquiera de las dos zonas.

- Todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones aumentan el riesgo de transmisión.
- Las relaciones anales son las más infecciosas porque son las más traumáticas y la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal.
- El riesgo aumenta si la mujer tiene la regla (a causa del flujo de sangre)

#### Transmisión sanguínea

En México, la transmisión sanguínea ha mostrado un importante descenso a partir del segundo semestre de 1991. En 1989, la cifra más elevada de casos transmitidos por esa vía fue de 17%, y en 1998 disminuyó a solo 8.6% del total informado en adultos con factor de riesgo. La presencia de VIH entre donadores sanos es de 0.04% en todo el país, pero cabe destacar que el 50% de las entidades federativas en 1996 la prevalecía en donadores fue de 05. Si se siguen practicando las disposiciones legales vigentes en cuanto a la sangre y hemoderivados, podría esperarse que la epidemia de SIDA por transfusión desaparezca en México en un futuro cercano.

#### Uso de drogas inyectables.

En México aun son pocos los pacientes con SIDA por este medio. Sin embargo es de esperar que esta vía de contagio tenga mayor importancia en los años subsecuentes, en particular en ciertos estados de la República Mexicana, como los de la frontera y aquellos en donde el tráfico de drogas es ya un problema social importante.

#### Transmisión madre - hijo

Puede producirse durante el embarazo, a través de la placenta, o en el momento del parto.

- Se desaconseja a la mujer seropositiva que se quede embarazada.

Amamantar al recién nacido es una potencial vía de transmisión; por lo tanto también se desaconseja la lactancia materna cuando la madre es seropositiva.

#### **4. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH.**

##### Prevención de la transmisión sexual

No existe ningún signo exterior que permita conocer si una persona es seropositiva o no.

Por lo tanto ante personas no conocidas, con las que se vaya a establecer una relación sexual, puede ser positivo valorar las consecuencias que puede tener la relación.

1.- Usar preservativo o hacer que lo usen.

El preservativo es eficaz en la prevención de todas las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

##### El preservativo masculino

1. Comprobar su fecha de caducidad y retirarlo de su envoltorio con precaución de no deteriorarlo.
2. Colocárselo en el pene en erección antes de cualquier penetración.
3. Si carece de depósito, crearlo dejando un espacio libre de 2 cm a lo largo de la punta del pene y apretar la punta del depósito para expulsar el aire.
4. Desenrollar el preservativo hasta la base del pene.
5. Para evitar que el esperma se derrame hay que retirarse y retirar el preservativo sujetándolo por la base antes del que pene se quede flácido.
6. El preservativo se debe utilizar sólo una vez y tirarlo a la basura con cuidado.



7. Evitar utilizar lubricantes de base grasa, como la vaselina, ya que pueden deteriorar el látex.

### El preservativo femenino

Consiste en una fina bolsita plástica con un anillo flexible en sus extremos; el anillo más pequeño se introduce en la vagina apretándolo para darle una forma alargada y con un dedo se empuja hacia el interior con el fin de adherirlo al cuello del útero. El otro anillo queda fuera de la vagina.

Al igual que el preservativo masculino sólo debe utilizarse una vez.

### 2.- Evitar la penetración vaginal o anal.

Escoger actividades sexuales sin riesgo como pueden ser las caricias o la masturbación mutua.

### Prevención de la transmisión parenteral.

La forma más importante en la actualidad de transmisión del SIDA por la sangre es el uso compartido de los objetos que se utilizan para preparar e inyectarse drogas.

1. Abandonar las drogas o en su defecto su uso por vía parenteral (inyectadas).
2. Si a pesar del riesgo de transmisión del VIH se sigue siendo UDVP se debería:
  1. No compartir nunca los objetos utilizados para preparar e inyectarse la droga.
    - Utilizar agujas y jeringuillas desechables
3. No recibir ninguna sesión de acupuntura ni realizarse ningún tatuaje si las condiciones de esterilidad del material empleado ofrece pocas garantías.

4. No utilizar objetos de aseo personal de personas desconocidas.
5. No donar sangre si en los tres meses anteriores se ha estado expuesto a un comportamiento o situación de riesgo.

#### Prevención de la transmisión madre - hijo

Al menos una quinta parte de los hijos de madres seropositivas pueden presentar riesgo de transmisión del SIDA.

1. Debería desaconsejarse el embarazo si alguno de los padres es seropositivo.
2. Se debería solicitar la prueba de detección en todos los embarazos especialmente cuando los padres han tenido o tienen comportamientos de riesgo.
3. caso de estar embarazada y ser seropositiva se puede acoger al supuesto de interrupción voluntaria del embarazo (aborto).

### **5. CUADROS CLINICOS DIVERSOS DE LA INFECCIÓN HIV Y SU TRATAMIENTO**

Los efectos del HIV en el sistema inmunológico incrementan la susceptibilidad de la persona a una gran variedad de neoplasias e infecciones oportunistas. En esta etapa se pueden manifestar tres etapas una fase temprana o aguda,, una fase intermedia o crónica con alteraciones patológicas y una etapa final o crisis.

Los signos y síntomas de los pacientes con HIV dependerán de la naturaleza de las neoplasias o de la infección oportunista subyacente y de los órganos y sistemas directa e indirectamente afectados. A veces los pacientes con SIDA declarado tienen una mezcla de trastornos dermatológicos, gastrointestinales, respiratorios, neurológicos y oftalmológicos, acompañados o no, de padecimientos del aparato locomotor.

## 5.1 Sistema de clasificación para VIH

Grupo I: Infección aguda.

Grupo II: infección asintomático.

Grupo III: Linfadenopatía generalizada persistente (infección asintomático).

Grupo IV: Otras enfermedades por HIV.

Subgrupo A. Enfermedad constitucional.

Subgrupo B. Enfermedad neurológicos.

Subgrupo C. Enfermedad infecciosa secundaria.

Categoría C-1. Enfermedades infecciosas secundarias específicas en la lista de vigilancia CDC para definición del SIDA.

Categoría C-2 Otras enfermedades infecciosas secundarias específicas.

Subgrupo D. Cáncer secundario.

Subgrupo E. Otros padecimientos.

### **Grupo I. Infección aguda**

Se define como síndrome parecido a mononucleosis con o sin meningitis aséptica acompañada de seroconversión de anticuerpos HIV. Luego de la resolución de la infección aguda se espera que se reclasifique a los pacientes de este grupo.

### **Grupo II. Infección asintomático**

Incluye pacientes sin síntomas ni signos, de la infección HIV. Pacientes ya clasificados dentro de los grupos III Y IV no deben agruparse en este grupo.

### **Grupo III. Linfadenopatía generalizada persistente (infección asintomática).**

Incluye pacientes con linfadenopatías palpable persistente, hipertrofia de ganglios linfáticos hasta 1 cm. o mas en dos o mas sitios fuera de la ingle, que persisten mas de tres meses en ausencia de enfermedad concurrente distinta de HIV.

#### **Grupo IV .Otras enfermedades por HIV.**

Abarca pacientes con datos clínicos de infección HIV diferentes, o además, de linfadenopatía. Cada uno de los subgrupos mencionados puede incluir pacientes enfermos de gravedad o síntomas leves y estos subgrupos no son mutuamente excluyentes.

##### **Subgrupo A. Enfermedad constitucional.**

Definida como una o más de las siguientes: fiebre persistente durante más de un mes, pérdida involuntaria de peso mayor de 10% del peso basal o diarrea persistente por más de un mes y ausencia de enfermedad concurrente o padecimientos diferentes de la infección HIV para explicar estos datos.

##### **Subgrupo B. Enfermedad neurológica.**

Esta integrada por una o más de las siguientes: demencia, mielopatía, neuropatía periférica y ausencia de enfermedad concurrente o padecimiento diferente de infección HIV para explicar estos datos.

##### **Subgrupo C. Enfermedad infecciosa secundaria.**

Constituye el diagnóstico de enfermedad infecciosa relacionado con infección de HIV y al menos de manera moderada indicadora de un defecto en la inmunidad mediada por células. Los pacientes de este subgrupo se dividen en dos categorías.

##### **Categoría C-1. Enfermedades infecciosas secundarias específicas en la lista de vigilancia CDC para definición del SIDA.**

Comprende a pacientes con enfermedad invasiva o asintomática debido a una de las doce enfermedades infecciosas secundarias específicas en las listas de vigilancia para definición del SIDA: NPC, criptosporidiosis crónica, toxoplasmosis, estrongiloidiasis, extraintestinal, isosporiasis, candidiasis, criptococosis, histoplasmosis, infección micobacterina, infección por CMV, infección por herpes simple mucocutáneo crónico o diseminada

##### **Categoría C-2 Otras enfermedades infecciosas secundarias específicas**

Abarca pacientes con enfermedad invasiva o sintomática debida a una de las seis enfermedades infecciosas secundarias especificadas: leucoplasia vellosa oral,

herpes zoster en múltiples dermatomas, bacteriemia recurrente por salmonella, nocardiasis, tuberculosis o candidiasis bucal.

#### **Subgrupo D. Cáncer secundario.**

Definido como el diagnóstico de uno o más tipos de cáncer, que se sabe relacionado con la infección de HIV según la lista de vigilancia para definición de SIDA y que indique, cuando menos de manera moderada, defecto en la inmunidad mediada por células: SK, linfoma no Hodgkin o linfoma primario de cerebro.

#### **Subgrupo E. Otros padecimientos**

Estos consisten en la presencia de otros datos clínicos o enfermedades, no clasificadas arriba, atribuibles a infección por HIV e indicativos de defecto en la inmunidad mediada por células, comprende pacientes con neumonitis intersticial linfocítica crónica y también quienes tienen signos y síntomas atribuibles a la infección por HIV o a otra enfermedad coexistente no clasificada en otra parte y paciente con otra enfermedad clínica cuya evolución o tratamiento, la infección HIV puede complicar o alterar.

### **5.2 Tratamiento**

Los conocimientos de la virológica subministran vías posibles para crear medicamentos dirigidos a las etapas vulnerables del ciclo de la vida.

Hay que valorar el efecto terapéutico contra el tipo y grado de daño provocadas a quien recibe el medicamento. Los aspectos importantes de HIV que deben considerarse son su capacidad para atravesar la barrera hematoencefálica, sitios donde pueda ser atacado por diferentes fármacos, capacidad genética de mutación y presencia de alguna de la fase durante la cual se integra el material genético del huésped. Los puntos limitantes para la valoración comprenden objetivos clínicos, comunicaciones subjetivas, indicadores de laboratorio como incremento en CD4 sérico, cifras de células y reducción en valores séricos de antígenos HIV p24 y otros. Se han desarrollado agentes activos contra HIV en diversas etapas de su ciclo vital.

Algunas etapas principales en el ciclo vital del HIV y ejemplos de agentes que interfieren estas etapas comprenden, 1) unión, fisión y entrada del HIV a la célula. 2) denudamiento de RNA viral; transcripción inversa de RNA viral a DNA por medio de transcriptasa reversa; 4) migración e inmigración del HIV al núcleo de la célula; 5) transcripción-traducción del RNA viral en proteínas; 6) maduración viral, transporte y empacamiento y 7) germinación viral de células del huésped.

La terapia antirretroviral, estos medicamentos se usan específicamente para combatir la infección por VIH y actúan de forma directa sobre el virus mismo. Los análogos de los nucleosidos actúan incorporándose en el DNA del virus, y deteniendo el proceso de replicación. DNA resultante es incompleto y no puede crear un nuevo virus.

Los inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleosidos detienen la producción del VIH gracias a que se unen a la enzima transcriptasa reversa e impide la conversión del RNA a DNA.

Los inhibidores de la proteasa en la última etapa del ciclo de reproducción viral. Impide el ensamblaje apropiado del HIV y su liberación del linfocito CD4.

Los nucleosidos inhibidores de la transcriptasa reversa son los primeros medicamentos que se usan en el tratamiento de la infección por HIV. Si no funcionan o si el paciente no los tolera, pueden cambiarse o añadirse los inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa. Una tercera clase de medicamentos, los inhibidores de la proteasa, están demostrando ser muy prometedores porque reducen la carga viral y parece que permite que el sistema inmunológico se repare o construya según se evidencia por un aumento en el recuento de linfocitos CD4. Si este recuento aumenta por encima de 200 células/mm<sup>3</sup> deberá continuarse la profilaxis de acuerdo con las guías de los CDC. En la actualidad, el tratamiento más efectivo parece ser una combinación de medicamentos. Cada vez es más fácil conseguir los nuevos antirretrovirales y los inhibidores de la proteasa. Una desventaja es que la terapia puede costar más de 16 mil dólares al año y que el paciente tiene que tomar muchos comprimidos a horas fijas durante todo el día y la noche.

## Medicamentos más usados para VIH-SIDA

Nombre genérico	Dosis usual
<b>NUCLEOSIDOS INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA</b>	
Zidobudina	200MG C/8H V.O
Didanosina	200mgc/12 h V. O
Zalcitabina	0.75mg c/8 h V. O
Stavudina	20-40mg c /12 h V.O
Lamivudina	150mg c/12 h V. O

## **INHIBIDORES NO NUCLEOSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA**

Nevirapine	200MG/DIA por semanas; después aumentar dosis a 400mg
Delavirine	400mg c/8 h

## **INHIBIDORES DE LA PROTEASA**

Saquinavir	600mg c/8 h V.O
Ritonavir	600mg c/12 h V. O
Indinavir	800mg c/8 h V.O tómese mucha agua 1,5 L
Nalfinavir	750mg c/8 h V. O

## **6. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PERSONAS CON SIDA EN ETAPA AGUDA**

La atención de personas con Sida en etapa aguda requiere aplicar los conocimientos mas especializados de enfermería. El conocimiento básico para la atención especializada de enfermos muy graves de SIDA se deriva de manera principal sede los campos de la ontología e inmunológica, pediatría, psiquiatría y control de infecciones entre otras. Para el cuidado de estas personas durante el cuatro agudo se necesita gran parte de habilidades y conocimientos indispensables para atender pacientes con SIDA son similares a los requeridos para la atención de otros pacientes.

El enfermo de padecimientos relacionados con SIDA rara vez se interna por neumonía, deshidratación o meningitis, mas bien, podría esperarse que tenga múltiples enfermedades .la atención al paciente con SIDA no es fácil, pero es manejable. Habilidades bien desarrolladas para la valoración, plan de enfermería, diseñado con cuidados y una planeación precisa del alta indispensables para ayudar a personas con SIDA agudo.

### **6.1 Atención del paciente con deficiencia del sistema inmunológico**

Todo paciente hospitalizado tiene la posibilidad de contraer infección hospitalaria; por lo tanto, la enfermera debe socializarse con normas para control de infecciones. No obstante la persona con SIDA es vulnerable a infecciones, en particular, a la provocada por microorganismos ubicuos. En muchas ocasiones se necesitan medidas de aislamiento pero a veces estos métodos producen más daño que beneficio, dado el aislamiento social que padecen muchos de estos pacientes como consecuencia de su enfermedad. La enfermera debe de recomendar a visitas y familiares del paciente el lavado de manos. Además, son indispensables las técnicas asépticas estrictas para todo procedimiento invasivo, incluyendo la instalación de catéter intravenoso. Se emplea el manejo de guantes de látex par intervenciones que signifiquen contacto con cualquier líquido corporal. Por lo tanto a continuación se describen las medidas de aislamiento.



## **6.2 Precauciones estándar y aquellas basadas en la transmisión**

La necesidad de considerar a todos los sujetos como potencialmente infecciosos es muy clara, pero la utilidad de las precauciones universales se limitan a gérmenes patógenos transmitidos por sangre. Con esto en mente se decidió realizar una combinación del aislamiento para sustancias corporales y precauciones universales. El resultado fue la precaución estándar, diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos patógenos transmitidos por sangre y también por otras vías. Este tipo de precauciones se deben usar en todos los pacientes hospitalizados.

Considerando que las precauciones estándar no cubren todas las posibilidades de transmisión para reducir el riesgo de transmisión por vía aérea, por gotas y por contacto en situaciones específicas.

### **6.2.1 Precauciones por aislamiento**

Estas comprenden dos secciones: la primera y fundamental corresponde a las precauciones estándar, que se han diseñado par el cuidado de los sujetos, independientemente de su diagnostico; la aplicación de estas precauciones estándar es la estrategia primaria para el control eficaz de las infecciones.

La segunda sección corresponde a aquellas precauciones necesarias en pacientes específicos y se denominan precauciones basadas en la transmisión, que se usan en sujetos con sospecha de infección por microorganismos patógenos que se pueden transmitir por vía aérea, gotas o contacto.

### **6.2.2 Precauciones estándar**

Lavado de manos.

Antes y después del contacto directo con el paciente o con sus fluidos corporales.

Un lavado de manos efectivo requiere una fricción con agua y jabón, insistiendo fundamentalmente en las yemas de los dedos y espacios interdigitales, aclarado abundante y secado minucioso.

Use jabón simple a menos que en circunstancias particulares se recomiende de otro tipo.

### Utilización de guantes

Se debe utilizar guantes siempre que una persona se ponga en contacto con:

- Fluidos de enfermos: sangre, orina, heces, saliva, etc.
- Mucosas del paciente: bucal, genital, conjuntival.
- Piel no intacta, heridas o erosiones del enfermo.

En el caso de que alguna persona de las que atiendan al enfermo tenga heridas o erosiones en la piel o mucosas, deberá cubrirlas con guantes o con apósitos. Si las lesiones no se pudieran cubrir por ser demasiado extensa estas personas no deben participar en la atención directa al enfermo.

### Utilización de bata

Use la bata para proteger la ropa en procedimientos que puedan provocar salpicaduras.

- Lávese las manos después de quitársela
- Manipule todo el equipo y material usado con los pacientes, de manera que se eviten exposiciones a la piel o mucosas, contaminación de ropa y transferencia de microorganismos al ambiente a otros pacientes. asegúrese de que el equipo reutilizable no se use hasta que se halla limpiado y reprocesado adecuadamente. descarte el material restante de manera correcta.

### Ropa

La ropa de las personas infectadas por HIV se pueden lavar con la del resto de la familia.

Excepto si esta manchada de sangre u otros fluidos corporales en cuyo caso se tratara aparte utilizando algunos de los sistemas siguientes:

- Lavado en lavadora automática a 60 grados durante 30 minutos.
- Lavado en frío y posterior tratamiento en una dilución de hipoclorito de sodio en concentración 5g/litro de cloro activo durante 30 minutos.

Es recomendable que estos pacientes usen ropa de fibra natural que al ser transpirable evite posibles erosiones en la piel, además de ser muy fácil su tratamiento de limpieza.

### **6.2.3 Precauciones por transmisión**

Estas comprenden tres tipos diferentes de precauciones que se utilizaran, además de las precauciones estándar.

Precaución para la vía aérea:

Este tipo de transmisión ocurre por la diseminación de núcleos de gotas o con partículas de polvo con agentes infecciosos. Los microorganismos transportados de esta forma pueden diseminarse muy ampliamente por corrientes de aire. De esta forma, los sujetos sensibles pueden inhalarlas dentro del mismo cuarto o a largas distancias. Como la tuberculosis.

En todo momento el personal debe utilizar cubrebocas cuando permanezca dentro de la habitación del paciente o cuando este se traslade.

Precaución por gotas:

Esta es una forma de transmisión por contacto. Sin embargo, el mecanismo es bastante distinto del contacto directo o indirecto. Las gotas son generadas por una persona al toser, estornudar, hablar y durante ciertos procedimientos. Las gotas así son generadas son de más de cinco micras de tamaño y no se desplazan más de un metro. La transmisión ocurre cuando las gotas expelidas se depositan en la conjuntiva, boca y mucosa nasal. Esta no es transmisión por vía aérea.

En este tipo de precauciones el paciente debe de estar en un cuarto privado, sino es posible con otro paciente del mismo padecimiento. Use cubrebocas del personal y en caso de traslado del paciente se debe colocar a este.

Precauciones por contacto

Es la forma más frecuente e importante de transmisión de infecciones nosocomiales. En sujetos específicos con sospecha o diagnóstico de infección o

colonización de microorganismos epidemiológicamente mas importantes, transmitidos por contacto directo o contacto indirecto con superficies ambientales o artículos del paciente .las bacterias con resistencia o multirresistencia de importancia epidemiológica serán determinadas de acuerdo a la políticas de cada hospital.

Infecciones de la piel que son altamente contagiosas o que puede ocurrir en piel seca, utilizar siempre las precauciones estándar en cada procedimiento en cualquier contacto con el paciente.

### **6.3 Problemas en la atención de pacientes con SIDA**

Apoyo psicológico:

La enfermera debe proporcionar una atmósfera de aceptación individual ala paciente. Esto quiere decir, hacer a un lado sentimientos y prejuicios personales respecto a los antecedentes o estilos de vida del enfermo.

La enfermera se convierte confidente del enfermo y, es por eso, es importante no traicionar una relación basada en la confianza; se debe dar oportunidades para expresar los intensos sentimientos experimentados durante esta etapa crucial.

Debido a la función clave de la enfermera al pie de cama y el conocimiento de la institución, puede ayudar al paciente a establecer contactos para movilizar los sistemas de apoyo psicosocial, también se puede vincular con la autoimagen del paciente puesto que el SIDA, como muchos tipos de cáncer, puede alterar el concepto de uno mismo; el desfiguramiento ocasionado por la enfermedad puede ser un factor clave para comprender la respuesta emocional de algunos enfermos.

De los cuidados al paciente se esperan los siguientes resultados:1) sentimiento de apoyo adecuado de quienes lo atienden, 2) Expresión abierta de sus sentimientos,3) Participación de sus allegados en su atención y sistemas de apoyo y 4) Cuando sea apropiado, conocimientos de recursos disponibles en la comunidad para atenderlo en este difícil trance.

## Fatiga:

Fatiga y malestar son comunes en las personas con SIDA agudo; se debe a diferentes factores; patrón del sueño alterado; intolerancia a la actividad por la nutrición deficiente; o debilidad de los quimioterapicos empleados en el tratamiento.

Los principales objetivos del tratamiento de la fatiga son que el paciente descanse y duerma bien. Las intervenciones dependen de las causas de la fatiga y malestar. La enfermera puede proporcionar un ambiente tranquilo y de reposo, debe vigilar la tolerancia de el para visitas, y procedimientos de enfermería y sugerir limites apropiados .En el paciente con SIDA, igual que con otros pacientes, es importante un equilibrio entre actividad y reposo para lograr y conservar una calidad de vida de optima.

## Dolor

En pacientes con SIDA el dolor puede adoptar muchas formas, representando un gran desafío para la enfermera. El dolor puede relacionarse por diseñá generada, también por una infección dolorosa y en ocasiones, se debe a una inflamación provocad por lesiones de SK.

Siempre debe determinarse la fuente de dolor para determinar la intervención apropiada.

Las intervenciones para manejo de dolor deben orientarse a suprimirlo o que el paciente pueda tolerar un nivel aceptable de dolor. Es importante valorar las características e intensidad del dolor. La enfermera debe administrar los analgésicos indicados cuando sea apropiado.

En este segmento de población es importante considerar la vía de administración de los analgésicos. Muchos pacientes con SIDA representan en gran pérdida de masa muscular, esto dificulta encontrar tejido adecuado para infección intramuscular o subcutánea. Así muchos pacientes deben recibir analgésicos por vía oral o intravenosa.

Un principio importante en el tratamiento del dolor de enfermedades crónicas o agudas: es mucho mejor prevenir el dolor con medicamentos adecuados a esperar que el paciente ya lo tenga moderado o intenso. En general, se utilizara menor

cantidad de analgésicos con el tiempo si la enfermera previene el dolor que si espera a que se presente.

### Neutropenia

La disminución del número de neutrófilos circulantes, una célula que corresponde a otra de los tres tipos de granulocitos. El neutrófilo tiene una función principal en la fagocitosis contra microorganismos invasores. En una cuenta diferencial los neutrófilos se encuentran, en condiciones normales, entre los límites de 2 500 a 6000/mm<sup>3</sup>. Los sitios afectados con mayor frecuencia en pacientes neutropénicos incluyen pulmón, sangre, piel y tejidos blandos, faringe, conducto gastrointestinal, región perirectal, y vías genitourinarias. Muchos factores pueden suprimir la capacidad de la médula ósea para producir leucocitos. Entre estos se comprenden ciertos medicamentos (por ejemplo, trimetopim - sulfametazol, isetionato de pentamidina, y anfotericina B, y también la quimioterapia para SK y linfoma maligno) radioterapia, malnutrición, hospitalización prolongada y catéter intravenoso permanente. El objetivo del profesional de enfermería es proteger al paciente de infecciones por oportunistas. Las precauciones en caso de neutropenia son las siguientes:

- 1.- estricto lavado de manos antes y después del lavado directo con el paciente.
- 2.-si la cuenta total de leucocitos es menor de 500 células /mm<sup>3</sup>, se recomienda que la enfermera use mascarilla durante el contacto prolongado, en especial cuando padece infección de las vías superiores altas. Si el paciente abandona su habitación para algún procedimiento es deseable que porte mascarilla para protegerlo de una infección y hospitalaria.
- 3.-iniciar cuidados dietéticos por el peligro de neutropenia. Esto significa que el paciente no tomara fruta fresca o vegetales sin lavar, en caso de tener cáscara otra persona se la quitara, o sin cocinar previamente, tampoco podrá ingerir leche u otros productos lácteos por presencia de lactobacilo.
- 4.-se debe recomendar a los visitantes de que se abstengan de traer flores a la habitación debido a la elevada presencia de *Pseudomonas auriginosa*.

El propósito de estas precauciones es de proteger a los pacientes de estos organismos patógenos que en condiciones normales serían controlados por respuesta inmunológica mediada por células B

En la valoración el más importante de los signos vitales es la temperatura del paciente. La fiebre cuando el paciente está neutropénico puede ser indicador más confiable de infección superpuesta.

Efectos colaterales de los fármacos.

Para muchos pacientes con SIDA la toxicidad de los fármacos es grave. Los agentes farmacológicos que originan efectos colaterales graves con mayor frecuencia son utilizados en el tratamiento de meningitis por criptococo y linfoma.

Los efectos colaterales más comunes y molestos de los fármacos son náuseas y vómito. Por desgracia muchos agentes por lo común son ineficaces e incluso contraproducentes en el tratamiento de náuseas ocasionada por medicamentos.

Entre los fármacos más utilizados están septrin, dapsona, clotrimazol, y sus efectos colaterales van a ser náuseas, anorexia, molestia gástrica, vómito, fiebre, erupción.

Insuficiencia respiratoria

El padecimiento más impresionante observado en pacientes con SIDA es la insuficiencia respiratoria, esta se manifiesta con estornudos, estertores silbilantes, tos, aliento corto, disnea de ejercicio, taquipnea, diaforesis y cianosis. Estos síntomas pueden tener origen en los infiltrados observados, a menudo, en radiografías de tórax, derrames pleurales, cavidades, neumotórax o anemia por enfermedad crónica.

El objetivo de enfermería para pacientes con insuficiencia respiratoria es, en primer lugar, lograr un grado óptimo de bienestar y facilitar la respiración. Objetivos secundarios son el diagnóstico y tratamiento temprano de cualquier patología añadida a vías respiratorias. Por lo tanto la enfermera debe valorar a menudo el estado del aparato respiratorio del paciente. Hay que vigilar con atención los

signos vitales del paciente, frecuencia y profundidad de la respiración, uso de músculos accesorios, ruidos torácicos, color y temperatura de la piel, lechos unguiales y posición del paciente. En el tratamiento de estos pacientes se requiere, en ocasiones, apoyo ventilatorio.

Indicar al paciente que tosa y respire profundo o someterlo a fisioterapia respiratoria puede ser útil o no. las nebulizaciones con broncodilatadores también pueden ayudar a dilatarlas vías superiores constreñidas.

La enfermera debe preocuparse por la respuesta del paciente al tratamiento y además de la presencia brusca de fiebre o de insuficiencia respiratoria. Estos cambios la alteraran de la posibilidad del fracaso del tratamiento o de que el enfermo contrajo infección secundaria.

#### Síntomas gastrointestinales

Se presenta en casi todo paciente hospitalizado por SIDA puede padecer nauseas y vomito por la quimioterapia o anorexia provocando por el sabor dulce y metálico que dejan en la boca el trimetoprim-sulfametazol y pentamidina. Líquidos y alimentos sólidos, en particular alimentos calientes, pueden irritar las mucosas infectadas.

Los pacientes con SIDA casi siempre padecen infección intestinal debido a parásitos y otros microorganismos entre estos se encuentran giardia, nocardia y camphylobacter.

El problema de la diarrea puede ser avergonzante y frustrante para la enfermera y el paciente. Puede persistir a pesar de medidas radicales antidiarreicas: difenoxilato y atropina, clohidrato de loperamida y tintura de opio administrada cada hora. Los objetivos de la enfermera se orientan a administrar nutrición e hidratación adecuadas para ayudar al paciente a conservarse estable desde el punto de vista hemodinámica.

Las intervenciones de enfermería para el paciente con diarrea intensa incluyen vigilar peso corporal, ingestión y excreción, ingestión calórico, electrolitos y síntomas de deshidratación., si el enfermo también presenta vomito, es necesario



vigilar y medir cada emesis y sustituir las pérdidas con líquidos y electrolitos apropiados; si tiene diarrea o vómito intensos puede padecer ortostasis como consecuencia de la pérdida de líquidos. La enfermera vigilara co atención el estado de hidratación del paciente en tanto se reemplazaran los líquidos.

### Perdida de peso

Uno de los problemas mas frecuentes en el cuidado de pacientes con SIDA es la pérdida de peso. La etiología de este síndrome no siempre es clara, puede atribuirse a la anorexia provocada por la quimioterapia; o por lesiones y dolor oral, o por presentar fiebre e infecciones y en realidad sus necesidades de proteínas y calorías están dañadas.

Los objetivos del manejo nutricional son los siguientes 1) preservar la masa muscular del cuerpo, 2) suministrar niveles adecuados de todos los nutrientes y 3) reducir al máximo los síntomas de mala absorción. Además puede ingerir suplementos dietéticas. El dietista puede hacer sugerencias útiles. A continuación se elaboro una lista de otras modificaciones dietéticas para beneficiar a las personas con SIDA:

- deben alimentarse con muchas raciones pequeñas en lugar de tres raciones normales
- deben preferirse alimentos con densidad elevada –aquellos ricos en calorías y proteínas pero escaso volumen. Muchos pacientes con SIDA no pueden comer bastante en cada ocasión.
- Deben añadirse proteínas en polvo a la leche y carbohidratos en polvo a los jugos.
- Los pacientes con candidiasis oral necesitan alimentos blandos si tienen problema para deglutir.
- Utilizar alimentos sin lácteos quienes no toleran este azúcar de la leche. El intestino de las personas con diarrea intensa puede agotarse de tal punto que ya no produce lactasa, enzima encargada de desdoblar la lactosa.

Hickson y Knudson publicaron una lista de recomendaciones alimenticias específicas, para personas, con SIDA de las siguientes categorías: bebidas, carnes y sustitutos de carne, frutas y vegetales, productos de granos, postres y comidas opcionales. La enfermera debe vigilar ingesta calórica, registrar peso corporal e intervalos regulares y vigilar electrolitos, albúmina sérica, proteína total, hemoglobina-hematocrito, glucosa, acetona y otros indicadores del estado nutricional.

Personas con SIDA demasiado enfermas para comer o cuyos padecimientos excluyen la ingestión oral es recomendable la nutrición parenteral total.

### Cuidados de la piel

Malnutrición, infección, incontinencia y erupciones cutáneas predisponen al paciente hospitalizado a heridas en la piel. Los objetivos de los cuidados a la piel son conservarla intacta, reducir al mínimo o cicatrizar las úlceras presentes. El primer paso para valorar estos objetivos es la valoración completa y vigilancia de las condiciones de la piel, en particular, de las prominencias óseas: sacro, cresta iliaca, codos y talones, que son las regiones con las que se presenta con mayor frecuencia las úlceras. La enfermera debe investigar y verificar endurecimiento de la piel, dolor, entumecimiento y ampollas. Alentar cambios frecuentes de posición, conservar el cuerpo alineado y recomendar la mayor movilidad posible de vital importancia son los masajes en zonas comprimidas y cuidado escrupuloso de la piel. La enfermera debe aplicar masaje cutáneo durante cada cambio de posición utilizando cualquiera de las lociones dérmicas disponibles en el comercio. Hidratación y nutrición adecuada también tiene una función principal en la presentación de las heridas cutáneas. Para el paciente confinado en agua hay que emplear el uso de cojines de flotación tipo gel, vellones, colchones hidráulicos o colchones con presión alternante.

## Fiebre

Muchas veces, la fiebre es un problema para el paciente con padecimiento agudo relacionado con el SIDA, debido a muchas causas posibles, la temperatura es uno de los signos vitales más importantes. El objetivo de enfermería debe orientarse a conseguir que el paciente permanezca afebril y libre de molestias. El profesional debe alentar la ingestión de líquidos para reemplazar la pérdida insensible de agua debida a la fiebre y la subsecuente diaforesis o sudoraciones.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
Instrumento de valoración del estado de las necesidades básicas

*Supon el modelo de valoración*

**Ficha de Identificación**

Nombre del paciente G. H. E Edad 34 sexo Hombre  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escolaridad Secundaria  
Ocupación Desempleado Edo civil Casado  
Lugar de residencia D.F  
Diagnostico medico VIH - SIDA + TB  
Fuente de datos Entrevista - Directa

**1.-NECESIDAD DE OXIGENACION**

Estado de conciencia: Conciente  
Estado mental : confuso \_\_\_ desorientado \_\_\_ psicosis orgánica \_\_\_ demencia global \_\_\_  
Apatía \_\_\_ aislamiento / agitación \_\_\_ alucinaciones \_\_\_ depresión \_\_\_ hiperactividad \_\_\_  
Padece usted alguna enfermedad respiratoria o pulmonar?  
Si / No ¿cuál Tuberculosis  
¿Usa algún dispositivo de oxigenación? Si puntos nasales  
¿Presenta problemas cardiacos? NO  
¿Usted fuma? NO ¿desde hace cuanto tiempo? fumo desde los 14 años  
¿Qué cantidad de cigarrillos fuma al día? 0 ¿cómo influye su edo emocional en el acto de fumar \_\_\_\_\_  
¿A intentado dejar de fumar? Si ¿funciona? por enfermedad dejo fumar  
¿Cocino con leña? no  
¿Ha tenido exposición con el humo si \_\_\_ no / ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿es usted hipertenso? NO  
padece algún problema sanguíneo Si \_\_\_ No / ¿cuál? \_\_\_\_\_  
Signos y Síntomas presentes ronquido, disnea de mediana estatura  
Usa algún dispositivo cardiaco o vascular Si \_\_\_ No / ¿cuál? \_\_\_\_\_  
¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? Ninguna  
S/V TA 100/60 FC 78 FR 24 TEM \_\_\_\_\_ SatO2 98%

**2.-NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN**

¿ Que alimentos consume regularmente? le traen de todo en el hospital  
¿Cuántas veces se alimenta al día? 3 veces  
¿Su capacidad de alimentación es? boca por su malestar angular  
Alimentos que consume Usualmente? Crisolados, Verduras, frutas, Suplemento alimenticio Etc  
Alimentos de su preferencia? Verduras, carne roja, frutas, pescado  
Alimentos que le desagradan leche

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? no  
 alergia alimentaria si no / ¿cuál alimento? \_\_\_\_\_  
 cantidad de líquidos que ingiere 1 litro  
 su estado hídrico es no  
 ¿Utiliza suplementos vitamínicos alimentarios? si / ¿cuáles? Enzime  
 ¿Tiene problemas bucales? Si no /  
 padece diabetes mellitus si no / t. Evolución \_\_\_\_\_  
 cirugías realizadas \_\_\_\_\_ drenaje \_\_\_\_\_ estomas \_\_\_\_\_  
 ¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? no  
 ¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación \_\_\_\_\_  
 signos y síntomas presentes malestar en geral, come poca cantidad, 1 Plal 3004  
 peso 54 talla 1.65 IMC \_\_\_\_\_  
 medio de monitoreo glucosa 51 89 mg/dl x mucosas  
Disminución de mases corporal  
presenta múltiples alter de ab raciones

**3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

¿Cuántas veces evacua al día? 2 / ¿qué características tienen sus heces? Consistencia semi-sólida  
 ¿Cuántas veces micción al día? 6 / ¿qué característica tiene su orina? vue concentrada, color (un poco amarillento)  
 estomas intestinales no  
 ano rectales si no /  
 ¿cuáles? \_\_\_\_\_  
 tiene problemas para defecar: si no / ¿cuáles? \_\_\_\_\_  
 utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o micción no  
 ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
 tipo de ayuda que requiere para la eliminación urinaria o fecal no  
 signos o síntomas presentes presento diarrea, demoras a veces

**4.-NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA**

¿Cómo es su actividad física cotidiana? limitada  
 padece alguna afección que dificulte la movilización si no / ¿causa? \_\_\_\_\_  
 deambula casi no, solo al baño  
 el grado de movilidad articular es \_\_\_\_\_  
 de acuerdo a la EV determine el grado de dolor no  
 es capaz de realizar su auto-movilización \_\_\_\_\_  
 Usa dispositivos para moverse: si no / ¿cuál? \_\_\_\_\_  
 Perdida de la fuerza muscular: si no / ¿en que zona del cuerpo? geral  
 Padece de contracturas y rigidez de las articulaciones: si no / ¿de que tipo? \_\_\_\_\_  
 Ha presentado : temblores \_\_\_\_\_ pérdida de equilibrio si

Deterioro de la escritura        motricidad lenta   
en el ultimo año se ha realizado la densitometría NO

¿En cual de las siguientes actividades básicas requiere ayuda?(escala de Katz)

Al bañarse si        no  ¿por qué?       

Al vestirse si        no  ¿por qué?       

Al ir WC si        no  ¿por qué?       

Al desplazarse por las diversas habitaciones de la casa si        no  ¿por qué?       

Al alimentarse si        no  ¿por qué?       

¿Realiza ejercicio? NO ¿qué tipo?       

¿Cómo es su tolerancia de ejercicio cuando lo realiza? poco

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional?       

#### 5.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

¿Con que frecuencia se realiza el baño y aseo de cavidades? Diario, 2 veces al día

¿A que hora del día prefiere bañarse? mañana

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? 2 veces

¿Cómo se los lava? arriba y abajo

¿Ha presentado algún problema con su piel o uñas? Si  no  ¿cuál? verruca

tiempo de evolución 3 meses

aseo de manos cuando asista corte de uñas Casi no

¿Condiciones y estado de la higiene corporal oídos , ojos , boca , nariz ,piel esta muy buena

#### 6.-NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

la temperatura de su agrado es: fría        cálida  calurosa       

¿ Como influyen las emociones en su temperatura corporal? ninguna

¿regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted vive estudia o trabaja? Calida

¿Cose se adapta a los cambios de temperatura mañana y tarde? bien

¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? abrigarse, o usar ropa ligera

¿Padece algún problema relacionado con su temperatura corporal? SI ¿cuál? TB

#### 7.-NECESIDAD DE VESTIR PRENDAS

¿Con que frecuencia cambia su ropa? duramente

¿Tiene dificultada para elegir el vestido?       

el tipo de ropa que te agrada es

¿Existen situaciones que influyen en su manera de vestir? si  
no ¿cuáles? No o Calor  
¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? no ¿en que medida? \_\_\_\_\_  
¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? \_\_\_\_\_

### 8.-NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO

¿Cuánto tiempo destina para descansar? \_\_\_\_\_ ¿cuántas horas duerme? 5  
¿Se duerme fácilmente? no ¿cree tener alteraciones del sueño? si  
¿A que cree que se deban estas alteraciones del sueño? Interrupciones de sueño y preocupaciones  
¿Ronca ruidosamente? no ¿usted cree que el roncar es un problema de salud? si  
¿Qué ha hecho para solucionarlo? Nada  
¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? mal humor  
¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia, trabaja para su descanso y sueño?  
Aquí en el hospital le:  
¿Es fácil dormir? no  
¿Duerme durante la noche o el día? por momentos en noche y día  
¿Tiene problemas que le impiden reconciliar el sueño? si  
¿El medio es propicio para el sueño? No, la luz lastima  
¿A tenido pesadillas? si

### 9.-EVITAR PELIGROS

Como considera su actitud afable\_\_ defensivo\_\_ aislado / agresivo\_\_ agitado\_\_  
¿Utiliza algún método de protección física ¿ si\_\_ no /  
¿cual? \_\_\_\_\_  
el paciente presenta riesgo de caída si / no\_\_ riesgo de contagio si  
utiliza algún dispositivo ojo-oído: si\_\_ no / ¿cual? \_\_\_\_\_  
requiere de algún método de prevención de daño corporal si\_\_ no /  
¿Cuál? \_\_\_\_\_  
su patrón cognitivo perceptivo es: \_\_\_\_\_  
Nivel de conciencia: desorientado/ confuso\_\_ somnoliento\_\_  
Inconsciente\_\_ orientado\_\_ alerta\_\_ Conciente  
Alteraciones sensoriales: agudeza visual, ojo derecho no ojo izquierdo\_\_  
Usa gafas no  
Agudeza auditiva: oído derecho\_\_ oído izquierdo\_\_ -usa prótesis\_\_  
¿Cuenta con su esquema de vacunación completa? si ¿qué vacunas no se le han aplicado? dactrono ¿ que vacunas le han aplicado Recientemente? dactrono ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿sabe la Importancia que tienen? dactrono

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? Ninguna

¿Con que frecuencia se realiza la autoexploración física? —

¿Tiene vida sexual activa? no ¿qué preferencia sexual tiene? Heterosexual

¿Utiliza algún método de protección? NO ¿cuál? —

¿Numero de parejas sexuales? cinco ¿ha padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual? SI ¿cuál? UIH

¿Toma bebidas alcohólicas? NO ¿desde cuanto tiempo y con que frecuencia? —

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? mala

¿Consume drogas? no ¿de que tipo? —

¿Desde cuando y con que frecuencia consume drogas? —

¿Qué opinión tiene usted con el consume de drogas? —

¿A tomado fármacos sin preinscripción medica? SI ¿qué fármacos? no sabe

¿Durante este año ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? SI ¿cuál? —

¿En el lugar usted vive, estudia, trabaja existen peligros que le pudieran ocasionar problemas en su salud? — ¿cuál? —

¿Cómo reacciona usted ante una situación de urgencia? —

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? no conoce

¿Cómo maneja una situación de estrés? Casi no

el paciente tiene algún tipo de aislamiento SI, Respiratorio

¿Conoce de su enfermedad? SI ¿medidas preventivas para protegerse a si mismo dentro de un hospital? NO

## 10.-NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

como se relaciona con sus familiares y otras personas adecuado  
 su estado de conciencia, sensorial y verbal es: —

¿Con quien vive? su esposa y dos hijas

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos, vecinos? —

¿Pertenece a un grupo social? SI ¿a que grupo social pertenece? Religioso

¿Durante cuanto tiempo esta solo? —

¿Tienes pareja? — ¿cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? —



### 11.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE

su nivel académico es: Secundaria  
¿Qué sabe de su enfermedad o de su estado actual físico? Mencionar saber básico  
¿Qué le gustaría saber? resolver algunas dudas  
su actitud es: colaborador  evasivo   
presenta limitaciones cognitivas: si  no   
¿cuáles? \_\_\_\_\_  
se interesa por resolver sus problemas de salud SI  
acepta la consejería para mejorar o mantener su salud SI  
¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? NO de que tipo? \_\_\_\_\_  
¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en este último trimestre? \_\_\_\_\_  
¿A que cree usted que se deba ese rendimiento? \_\_\_\_\_  
¿Cómo influye la relación que usted con sus padres , hermanos ,docentes y compañeros en su aprendizaje? \_\_\_\_\_  
ha tenido pérdida de la memoria a corto plazo SI  
enlentecimiento mental/ tiempo de reacción lento \_\_\_\_\_  
deterioro de la concentración SI  
perdidas de la memoria NO

### 12.-NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

¿Tiene trabajo actual? NO ¿en que trabaja? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es su rol familiar? \_\_\_\_\_  
¿Qué actividades le hacen sentir útil y satisfecho? Sentirse útil  
¿Estas satisfecho con el rol que desempeña? \_\_\_\_\_  
¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? \_\_\_\_\_  
¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? \_\_\_\_\_  
¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? \_\_\_\_\_  
¿Esta satisfecho con su manera de pensar y actuar? \_\_\_\_\_

### 13.-NECESIDAD DE DISTRAERSE Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿ En que ocupa su tiempo libre? leer biblia  
Hay alguna situación que le haga perder el interés por distraerse? su Edo físico  
¿Cuál es su opinión del ejercicio y su edad? bueno  
¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? NO

#### 14.-NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

¿Cuál es su religión? Cristiano

¿Cuáles son sus creencias acerca de su salud o de su estado actual?

¿Cuáles son sus principales preocupaciones? familia

Es para usted fácil tomar decisiones: si no ¿a que lo atribuye? enfermedad

¿Qué piensa usted de la vida? que se está acabando lo voy a poder dar una

¿Qué piensa usted de la muerte? algo todos debemos vivir, cada uno en diferente forma.

¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud? No

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? \_\_\_\_\_