

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ENFERMERIA EN
PACIENTE CO-INFECTADO TUBERCULOSIS / VIH- SIDA
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA- 2017
TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:
LIC. CAROL SANCHEZ BARDALEZ

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA EN ADMINISTRACION Y GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD

ASESOR:
Dr. NANCY GAMBOA KAN

Lima, Perú
2017

RESUMEN

El presente trabajo se realizó en el hospital nacional Cayetano Heredia en una paciente mujer de 29 años de edad, portadora de vih fase sida, con varios episodios de abandono de tratamiento targa, en la actualidad sin targa con cd: 14 y carga viral de 82 500 ui , incontables interconsultas a psicología por negación de enfermedad que ingresa por emergencia, con trastorno del sensorio, co-infectada con tuberculosis meníngea, en mal estado general.

Se ha elaborado un proceso de enfermería, según la evaluación céfalo caudal, valoración de dominios, elaboración de diagnóstico según necesidades, planteamiento de objetivos, ejecución de las intervenciones y concluyendo con la evaluación de resultados

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis, virus de inmunodeficiencia humana, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, pronóstico, co-infección.

ABSTRACT

The present work was carried out at the Cayetano Heredia hospital in a 29-year-old female patient with a HIV-AIDS phase, with several episodes of abandonment of targa treatment, currently without targa with CD: 14 and viral load of 82 500 ui, countless interconsultations to psychology for negation of illness, that enters by emergency, with sensory disorder, co-infected with meningeal tuberculosis, in poor general condition.

A nursing process has been developed, according to the cephalo-caudal assessment, assessment of domains, preparation of diagnosis according to needs, setting objectives, execution of interventions and concluding with the evaluation of results.

KEY WORDS: Tuberculosis, human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome, prognosis, co-infection

INDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 2 |
| ABSTRACT | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| CAPITULO I | |
| MARCO TEORICO | |
| 1.1.- BASES TEORICAS | 8 |
| VIRUS DE IMUNO DEFICIENCIA HUMANA (VIH) | 8 |
| EVOLUCIÓN DEL VIH EN EL ORGANISMO E HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD | 8 |
| SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA | 9 |
| Diagnóstico del VIH | 10 |
| <u>a)</u> <i>Pruebas de Elisa</i> | 10 |
| <u>b)</u> <i>Pruebas rápidas</i> | 10 |
| <u>c)</u> <i>Quimioluminiscencia</i> | 11 |
| PRUEBAS CONFIRMATORIAS | 12 |
| • Western Blot (WB) | 12 |
| • Inmunofluorescencia indirecta (IFI) | 12 |
| INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS | 12 |
| ➤ <i>Elisa reactivo o positivo</i> | 12 |
| ➤ <i>Elisa con resultado no reactivo o negativo</i> | 12 |
| ➤ <i>Western Blot</i> | 13 |
| LOS ANTIRRETROVIRALES Y LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL | 14 |
| CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIRRETROVIRALES | 15 |
| COMPLICACIONES MÁS PELIGROSAS DEL VIH/SIDA | 16 |
| ENFERMEDADES OPORTUNISTAS RELACIONADAS CON EL VIH/SIDA | 16 |
| TUBERCULOSIS MENÍNGEA | 19 |
| RIESGOS | 19 |
| SÍNTOMAS | 20 |

| | |
|--|----|
| DIAGNÓSTICO | 20 |
| COMPLICACIONES | 21 |
| TRATAMIENTO | 22 |
| PREVENCIÓN | 22 |
| PRONÓSTICO | 22 |
| DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | 23 |
| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | 24 |
| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL APOYO EMOCIONAL | 25 |
| CUIDADO DEL PACIENTE CON VIH/SIDA | 25 |
| DERECHOS DE PERSONAS CON VIH | 27 |
| TEORIAS DE ENFERMERIA | 27 |
| DOROTHEA OREM. "TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA" | 27 |
| CAPITULO II | |
| APLICACIÓN DEL PAE- EBE | 30 |
| 2.1.- SITUACION PROBLEMÁTICA | 30 |
| DATOS DE FILIACIÓN | 30 |
| EXAMEN CEFALO-CAUDAL | 31 |
| 2.2.- VALORACION SEGÚN DOMINIOS | 31 |
| EXAMENES DE LABORATORIO | 33 |
| DIAGNOSTICOS MEDICO | 34 |
| TRATAMIENTO MEDICO | 34 |
| 2.3.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA | 35 |
| 2.4.- PLANEAMINETO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES | 36 |
| 2.5.- EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES | 48 |
| 2.6 EVALUACION DE LOS RESULTADOS | 57 |
| CAPITULO III | |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 61 |
| BIBLIOGRAFIA | 63 |
| ANEXOS | 65 |

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) constituye el principal factor de riesgo para desarrollar tuberculosis (TB) activa, mientras que la tuberculosis es el principal marcador de pronóstico de la infección por VIH en los países en desarrollo.

La asociación de TB y VIH potencian sus morbilidades haciendo temible su aparición y expansión. Ambas enfermedades están concentradas en áreas de pobreza con mínimos recursos para su diagnóstico, tratamiento y control; a pesar de algunos logros, representan el principal fracaso de la salud pública a nivel mundial persistente crecimiento.

El *Mycobacterium tuberculosis* y el VIH, han desarrollado resistencia a virtualmente a casi todas las drogas disponibles hasta el momento, lo que convierte a esta asociación en la amenaza real más importante para la salud pública en los países en desarrollo, y dada la globalización y la inmigración se constituye en un problema emergente mundial

Según la organización mundial de la salud en el mundo hay 2000 millones de personas con infección latente por el bacilo de la tuberculosis (TB). En condiciones normales, sólo un 10% de ellas, aproximadamente, acaban padeciendo TB activa a lo largo de su vida, la mayoría en los dos años siguientes a la infección.

Al menos un tercio de los 38,6 millones de personas que hay en el mundo infectadas por el VIH también están infectadas por el bacilo de la TB, y corren un riesgo mucho mayor de padecer TB activa.

El VIH debilita el sistema inmunitario, lo cual aumenta la probabilidad de que la infección latente por tuberculosis progrese hacia la enfermedad activa. Los pacientes infectados por el VIH tienen una probabilidad hasta 50 veces mayor de

sufrir TB a lo largo de su vida, en comparación con los no infectados.

El VIH también aumenta la probabilidad de recidiva en pacientes tratados anteriormente de TB.

La mayoría de los casos de TB en personas infectadas por el VIH se registran en el África subsahariana, donde el 80% de los pacientes con TB pueden estar coinfectados por el VIH.

En los últimos 15 años, el número de nuevos casos de TB (incidencia) ha aumentado más del doble en los países con alta prevalencia de infección por VIH. La infección por VIH y TB están tan íntimamente relacionadas.

En el HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA el equipo multidisciplinario de la ESN Prevención y Control ITS-VIH/SIDA registra actualmente 5, 650 pacientes enrolados en TARGA, y 185 coinfectados TB/ VIH con diagnóstico reciente y 60 abandonos que regresan con tb activa.

El presente estudio de caso clínico se llevó a cabo en EL “HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA” a un PVVS con TB, donde se aplicó el plan de enfermería y se realizó las intervenciones correspondientes según las necesidades del paciente, y lograr ampliar nuestros conocimientos.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1.- BASES TEORICAS

VIRUS DE IMUNO DEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Tanto el VIH-1 como el VIH-2 causan el SIDA, pero el VIH-1 considerada responsable de la pandemia a nivel mundial, mientras que el VIH-2 se encuentra principalmente en África occidental y raro fuera de esa región.

EVOLUCIÓN DEL VIH EN EL ORGANISMO E HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El VIH es una infección retroviral aguda o síndrome retroviral agudo. La entrada del virus al organismo desencadena su replicación en el sistema linfático y en casi todo el cuerpo. Las manifestaciones clínicas se presentan entre 50 y 70% de las personas y ocurren de cuatro a seis semanas después del ingreso del virus al organismo. Estas se caracterizan por fiebre, adenopatías, exantema, faringitis y linfocitosis atípica, síntomas que son similares a los producidos por otras enfermedades como la toxoplasmosis, infección por Citomegalovirus (CMV) y mononucleosis infecciosa, entre otras.

La disminución de los linfocitos CD4 provoca una inmunodepresión que

Puede facilitar, en ocasiones, la aparición de infecciones oportunistas.

En esta etapa el diagnóstico puede resultar difícil si no se sospecha la presencia de la enfermedad, ya que las pruebas tradicionales para hacer diagnóstico son

negativas o indeterminadas en este periodo y únicamente utilizando pruebas de biología molecular es factible confirmar el diagnóstico.

La infección temprana (CD4>500 /mm³) ocurre en los primeros seis meses de la presencia de la infección. Generalmente, las personas se encuentran asintomáticas y la replicación viral en el organismo puede ser variable. Las pruebas para el diagnóstico en este periodo suelen ser reactivas.

Durante el estadio intermedio (CD4 entre 200-500/mm³) la mayoría de las personas permanece sintomática; se observa mayor frecuencia de infecciones herpéticas, infecciones bacterianas (sinusitis, bronquitis y neumonía) por *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae*, tuberculosis, candidiasis recurrente (oral y vaginal), datos asociados a la progresión de la infección por VIH, pérdida de peso, fiebre y diarrea. Además, aparece sarcoma de Kaposi (tumor mucocutáneo).

En el estadio tardío (CD4<200/mm³) o fase de progresión y desarrollo de infecciones oportunistas (SIDA) hay un incremento de la actividad replicativa viral, con mayor descenso de CD4+, manifestaciones clínicas con desarrollo de síndrome general, infecciones oportunistas, neoplasias y trastornos neurológicos.

Es decir, el individuo infectado es considerado enfermo con SIDA. La evolución Natural de los personas alcanza esta fase desfavorable con supervivencia inferior a entre 15 y 30% a tres años; no obstante, en este periodo el ARV es capaz de modificar radicalmente la historia natural de la enfermedad.

SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA

El SIDA es una enfermedad producida por un virus llamado VIH que destruye y debilita el sistema inmunológico de la persona que la padece, volviéndola más vulnerable a una serie de enfermedades oportunistas.

La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El SIDA es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH, puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, por transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Además, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

Diagnóstico del VIH

Las *pruebas de tamizaje* son de carácter inicial y sirven para tener una idea de las personas sospechosas de estar infectadas; son muy sensibles y específicas, de bajo costo y siempre deberán confirmarse en los casos en que la prueba resulte reactiva con el fin de evitar confusiones al momento de afirmar que una persona está infectada con el VIH.

Estas pruebas generalmente utilizan plasma o suero. Las más conocidas son la llamadas prueba de Elisa o EIA (por la técnica con la que se realizan); sin embargo, existen otras que también pueden utilizarse.

- a) Pruebas de Elisa.** Son las primeras pruebas de tamizaje o de escrutinio que se realizan cuando se sospecha que una persona está infectada por VIH. Su sensibilidad es muy alta, lo que permite conocer cuándo es probable que un individuo esté contagiado. Para realizar esta prueba es necesario que hayan transcurrido por lo menos ocho semanas desde el último contacto de riesgo para obtener un resultado confiable, de lo contrario puede ser errónea.

b) Pruebas rápidas. Son métodos para la detección de anticuerpos contra el VIH en suero, plasma o sangre total y fluido oral, cuyo resultado se obtiene en minutos. Técnicamente son semejantes a las pruebas tradicionales o de Elisa, detectan anticuerpos contra el VIH a través de aglutinación, membranas de flujo, inmunocromatografía y, dependiendo del reactivo, pueden tener sensibilidad y especificidad cercanas a 100 por ciento. Su principal ventaja es que representan una alternativa para lugares que no cuentan con laboratorio con una infraestructura compleja o para trabajo de campo en condiciones especiales. Son fáciles de realizar y el resultado presuntivo está disponible en máximo 20 minutos.

Sin embargo, es importante señalar que sus resultados también deben confirmarse siempre mediante un estudio de Western Blot, para establecer un diagnóstico positivo de infección por el VIH.

a) .-Quimioluminiscencia. La quimioluminiscencia es una técnica de laboratorio que se basa en el uso de la luz que es liberada en algunas reacciones químicas para detectar la presencia del virus y no la de anticuerpos.

La posibilidad de detectar los virus a una semana de haberse llevado a cabo la inoculación, reduce el riesgo de transmitir la enfermedad por no tener conocimiento de esta.

Además se ha demostrado que, psicológicamente, el estrés de creerse infectado provoca desajustes emocionales y depresión, por lo que reducir un periodo de 3 meses de incertidumbre a 1 semana es una ventaja invaluable para todos los consejeros de grupos de apoyo por VIH.

PRUEBAS CONFIRMATORIAS:

- **Western Blot (WB)**, que es el método más empleado para la confirmación de los resultados reactivos por métodos de tamizaje. Ésta detecta anticuerpos específicos dirigidos contra determinados antígenos del VIH. La interpretación de los resultados se realiza de acuerdo con las recomendaciones internacionales.
- **Inmunofluorescencia indirecta (IFI)**, que es una prueba relativamente simple, más económica y consume menos tiempo que el WB, pero requiere un microscopio de fluorescencia y personal capacitado.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

- **Elisa reactivo o positivo:** Una prueba de Elisa o EIA reactiva significa que se han detectado anticuerpos contra el VIH, es decir, que la persona es muy sospechosa de ser portadora del VIH. Sin embargo, existen algunas enfermedades que pudieran dar un resultado reactivo, como son: hepatitis, enfermedades autoinmunes, enfermedades del sistema de histocompatibilidad y otras infecciones por retrovirus. Por ello, toda prueba de EIA reactiva debe ser confirmada con prueba de WB o carga viral, de acuerdo con la edad del paciente.
- **Elisa con resultado no reactivo o negativo:** Significa que no se encontraron anticuerpos específicos para el VIH. Sin embargo, no descarta la posibilidad de una infección que se encuentre en “periodo de ventana” en el momento de la prueba. El periodo de ventana es el tiempo que transcurre entre el momento de la infección y aquél en que es posible detectar los anticuerpos generados por el organismo. En el VIH este lapso es de cuatro a seis semanas en promedio.

Es necesario practicar la prueba posteriormente y se decidirá si se realiza un seguimiento según la Norma

➤ **Western Blot:** Se considera que el WB es una prueba sensible para las proteínas del corte y algo menos para las de la envoltura. De un modo muy esquemático se puede decir que el WB ofrece tres tipos de resultados diferentes:

1. *Positivo:* Cuando cumple los criterios de positividad adoptados por la técnica que se está empleando (presencia de ciertas bandas).
2. *Negativo:* Cuando ninguna de las bandas presenta reacción.
3. *Indeterminado:* Cuando se encuentran ciertas bandas pero no cumplen el criterio de positividad.

La OMS refiere que para la positividad del WB al VIH-1 se requieren al menos dos bandas de envoltura, que se consideran las más específicas, y la negatividad se obtiene por la ausencia de bandas. Se interpreta de la siguiente forma:

- a) La presencia aislada de p17 se suele considerar como negativa y no requiere seguimiento ulterior.
- b) La presencia de una sola banda de la envoltura es un patrón infrecuente que puede observarse en la seroconversión y en la infección VIH-2, por lo que se recomienda repetir en WB y, en caso de persistencia, analizar una nueva muestra en 15 días.

Los genes de *gag/pol*, sin *env* pueden deberse también a una seroconversión, así que se recomienda hacer un seguimiento periódico durante 6-12 meses, tras los cuales, si persiste el WB indeterminado y no concurren factores de riesgo en el paciente, se puede considerar negativo.

Las principales causas de WB indeterminado suelen obedecer a:

- Reactividad inespecífica (ver falsos positivos).
- Infección por VIH-2 u otros retrovirus humanos.
- Seroconversión al VIH-1.
- Estado avanzado de infección VIH-1.
- Hijo de madre seropositiva.

El diagnóstico de la infección por VIH en los recién nacidos y niños menores de dos años tiene características propias, fijadas en gran parte por la posibilidad de transmisión pasiva de los anticuerpos maternos, que dificultan determinar con las pruebas de cribado rutinarias si el niño realmente está infectado. Por ello se recomiendan métodos diagnósticos como el cultivo viral y las técnicas de biología molecular, como la PCR.

LOS ANTIRRETROVIRALES Y LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Terapia Antirretroviral (TARV)

Los fármacos antirretrovirales (ARV) son medicamentos para el tratamiento de la infección por el VIH, que actúan en diferentes fases del ciclo vital de este virus. Las combinaciones de tres o cuatro ARV se conocen como Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA), la cual favorece la calidad de vida de la persona con VIH/SIDA.

Para iniciar una TARV se recomienda realizar una valoración integral de la persona que incluya los siguientes aspectos: físico, psicológico y sociocultural, además de los siguientes estudios para estatificar su condición:

- Determinación de carga viral del VIH.
- Subpoblaciones linfocitarias (CD4; CD8; CD4/CD8) para valorar la etapa de la infección en que está la persona e iniciar profilaxis de enfermedades oportunistas.
- Química sanguínea completa.

- Estudio serológico: hepatitis B, C y sífilis (VDRL).
- Otras ITS (clamydiosis, vaginitis, VPH).
- Intradermoreacción de Mantoux (PPD).
- Radiografía de tórax.
- Citología cervicovaginal y anal en hombres.

CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIRRETROVIRALES

De acuerdo con su diversidad de acción se han clasificado en diferentes familias:

- a) Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos Nucleósidos (ITRAN).
- b) Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos No Nucleósidos (ITRNN).
- c) Inhibidores de la Proteasa (IP).
- d) Inhibidores de la fusión (IF).
- e) Inhibidores de la Integrasa.

Los siguientes medicamentos ya se encuentran disponibles para uso clínico y pueden ser componentes de esquemas completos de rescate en pacientes con falla múltiple a los ARVs.

a) De clases ya conocidas:

- Inhibidores de proteasa: Darunavir y Tipranavir
- Inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos: Etravirina

b) De clases nuevas:

- Inhibidores de integrasa: Raltegravir
- Inhibidores de CCR5: Maraviroc
- Inhibidores de Fusión: Enfuvirtida

LAS COMPLICACIONES MÁS PELIGROSAS DEL VIH/SIDA

Vivir con VIH/SIDA puede traer aparejado un debilitamiento del sistema inmunitario, lo que hace que el organismo sea más susceptible a una gran cantidad de enfermedades. Con el tiempo, el virus ataca los linfocitos CD4, que desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de un sistema inmunitario sano. Para reducir las probabilidades de padecer enfermedades frecuentes potencialmente mortales, los pacientes pueden adoptar una actitud activa y tomar una serie de medidas diarias.

ENFERMEDADES OPORTUNISTAS RELACIONADAS CON EL VIH/SIDA

Las enfermedades oportunistas se aprovechan de un sistema inmunitario debilitado. Si bien en las personas con un sistema inmunitario saludable estas enfermedades producen efectos mínimos de menor importancia, en los pacientes con VIH/SIDA pueden tener efectos devastadores. Por lo general, se manifiestan en los pacientes con VIH/SIDA cuando el recuento de CD4 se reduce a niveles inferiores a 250 y se consideran afecciones indicadoras de SIDA. En general, un paciente con VIH no sufrirá enfermedades oportunistas si el recuento de CD4 es superior a 500.

Los Centers for Disease Control and Prevention [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC] han definido las siguientes 20 enfermedades oportunistas como enfermedades indicadoras de SIDA:

- **Candidiasis:** Infección fúngica frecuente que puede tratarse con antimicóticos luego de una sencilla exploración visual.
- **Cáncer de cuello uterino**
- **Coccidioidomicosis:** Infección fúngica frecuente que, sin tratamiento, puede producir neumonía.
- **Criptococosis:** Infección fúngica que suele ingresar al organismo a través de los pulmones para luego propagarse rápidamente al cerebro, lo que a

menudo causa meningitis criptocócica. Si no se recibe tratamiento, suele ser mortal.

- Criptosporidiosis: Esta enfermedad diarreica, que suele volverse crónica, se caracteriza por diarrea intensa y cólicos abdominales.
- Citomegalovirus: Este virus general y frecuente afecta a la mayoría de los adultos en algún momento de la vida. En los pacientes con VIH/SIDA, suele traer aparejadas infecciones oculares o gastrointestinales.
- Encefalopatía relacionada con el VIH: Comúnmente denominada demencia relacionada con el VIH/SIDA, puede definirse como una afección cerebral degenerativa que afecta a los pacientes con recuentos de CD4 inferiores a 100. Las estimaciones más recientes indican que afecta a alrededor del 25 por ciento de los pacientes con SIDA.
- Herpes común (crónico) y herpes zóster: El herpes simple se caracteriza por la aparición de llagas dolorosas de color rojo en la boca o la zona de los genitales. El herpes zóster, también conocido como culebrilla, se manifiesta con ampollas dolorosas en la superficie de la piel. Si bien ninguna de estas dos afecciones tiene cura, hay medicamentos que pueden utilizarse para aliviar algunos de los síntomas.
- Histoplasmosis: Esta infección fúngica ambiental generalmente se trata con antibióticos.
- Isosporiasis: Este hongo parásito se desarrolla cuando los pacientes ingieren alimentos y agua contaminados o están en contacto con ellos. Actualmente se trata con antiparasitarios.
- Sarcoma de Kaposi: Esta forma de cáncer por lo general se manifiesta por medio de lesiones bucales o en la superficie de la piel. Entre los tratamientos actuales, se incluyen radioterapia o quimioterapia para reducir el tamaño de los tumores y terapia antirretrovírica para aumentar el recuento de linfocitos CD4.
- Linfoma: Los pacientes con VIH/SIDA a menudo padecen diferentes tipos de cáncer. El tratamiento variará en función del tipo de cáncer en cuestión y del estado del paciente.

- Complejo microbacteriano aviar: Estas bacterias ambientales suelen afectar a pacientes con sistemas inmunitarios gravemente comprometidos, con recuentos de CD4 inferiores a 50. Si esta bacteria ingresa en el torrente sanguíneo, el resultado suele ser mortal.
- Neumonía por Pneumocystis: Hoy en día, esta enfermedad oportunista es la principal causa de muerte en pacientes con VIH/SIDA. Después del diagnóstico, el tratamiento consiste en un control cuidadoso y un tratamiento farmacológico.
- Neumonía que se ha tornado crónica.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva: Esta afección neurológica generalmente afecta a pacientes con recuentos de linfocitos CD4 inferiores a 200. Sin bien por el momento no existe un tratamiento para esta enfermedad, los pacientes han demostrado cierto grado de respuesta ante las terapias antirretrovíricas.
- Toxoplasmosis: Esta parasitosis suele atacar a pacientes con VIH/SIDA con recuentos de linfocitos CD4 inferiores a 200. Los tratamientos profilácticos se utilizan como una medida preventiva en los pacientes que presentan recuentos bajos de linfocitos CD4.
- **Tuberculosis: En la mayoría de los casos, la tuberculosis, más frecuente en áreas del mundo con bajos ingresos, puede tratarse con éxito si se detecta de manera precoz.**
- Síndrome consuntivo (relacionado con el VIH): Se define como una pérdida involuntaria de masa corporal y una pérdida de peso total de más del 10 por ciento del peso corporal normal del paciente. El tratamiento incluye un control nutricional y terapia antirretrovírica ininterrumpida.

Si un paciente presenta una o más enfermedades oportunistas, lo más probable es que se categorice la enfermedad como SIDA, independientemente del recuento de linfocitos CD4 que el paciente tenga en ese momento. Si bien en la actualidad las enfermedades oportunistas constituyen la principal causa de muerte en las personas que viven con VIH/SIDA, las terapias antirretrovíricas de gran actividad

(TARGA) y la profilaxis, debidamente realizadas, han brindado resultados alentadores en la prevención de estas enfermedades.

TUBERCULOSIS MENÍNGEA

La tuberculosis (TB) es una enfermedad contagiosa de transmisión aérea que generalmente afecta los pulmones y se produce por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. Si no se trata rápidamente la infección de TB, la bacteria puede transportarse por el torrente sanguíneo e infectar otros órganos y tejidos del organismo.

Algunas veces, la bacteria se transporta a las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal (las meninges). La infección de las meninges puede provocar la aparición de una afección potencialmente mortal que se denomina tuberculosis meníngea y que también se conoce como meningitis tuberculosa o meningitis TB.

RIESGOS

La TB y la meningitis TB pueden aparecer en niños y adultos de todas las edades. Sin embargo, los pacientes con problemas de salud específicos corren más riesgo de padecer estas afecciones. Los factores de riesgo de la meningitis TB incluyen tener antecedentes de lo siguiente:

- VIH/SIDA
- consumo de alcohol excesivo
- sistema inmunitario debilitado
- diabetes mellitus (varios trastornos en los cuales la glucemia es más alta porque el páncreas no produce suficiente insulina o porque las células son resistentes a la insulina)

Los casos de meningitis TB son poco frecuentes en los Estados Unidos. En los países en desarrollo, los niños desde el nacimiento hasta los 4 años de edad son más propensos a padecer esta afección.

SÍNTOMAS

En general, los síntomas de la meningitis TB comienzan lentamente al principio y luego se vuelven más intensos en cuestión de semanas. Durante las etapas iniciales de la infección, los síntomas generalmente incluyen los siguientes:

- fatiga
- malestar
- febrícula

A medida que la enfermedad avanza, los síntomas se agravan. No siempre se presentan los síntomas típicos de la meningitis (p. ej., rigidez en el cuello, dolor de cabeza, sensibilidad a la luz). Los siguientes síntomas se observan con frecuencia:

- fiebre
- cambios en el estado mental (confusión)
- náuseas y vómitos
- letargo
- irritabilidad
- inconsciencia

DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar la meningitis TB, el médico realizará una exploración física a fin de identificar los síntomas de la enfermedad. Entre ellos, se incluyen los siguientes:

- frecuencia cardíaca rápida
- fiebre
- rigidez en el cuello
- cambios en el estado mental

Si tiene síntomas de meningitis TB, el médico podrá solicitarle análisis adicionales para confirmar el diagnóstico, lo cual puede incluir una punción lumbar, en la que el médico tomará una muestra de líquido de la columna vertebral que se enviará al laboratorio para analizar y confirmar su afección.

El médico también puede solicitar otros análisis para evaluar su salud, entre los que se incluyen los siguientes:

- biopsia de las meninges
- hemocultivo
- radiografía de tórax
- tomografía computarizada (TC) de la cabeza
- prueba cutánea de la tuberculosis (PPD)

COMPLICACIONES

Las complicaciones de la meningitis TB son significativas y potencialmente mortales. Entre ellas, se incluyen las siguientes:

- convulsiones
- pérdida de la audición
- aumento de presión en el cerebro (presión intracraneal)
- daño cerebral
- accidente cerebrovascular
- muerte

El aumento de la presión en el cerebro puede producir daños cerebrales permanentes e irreversibles.

TRATAMIENTO

Si padece meningitis TB, el médico le recetará medicamentos llamados fármacos antituberculosos. Entre ellos, se incluyen los siguientes:

- isoniacida
- rifampina
- piracinamida
- etambutol

Estos fármacos tratan la meningitis TB y la infección de TB. Además, el médico puede recetarle esteroides sistémicos, que reducen las complicaciones relacionadas con esta afección. Según la gravedad de la infección, el tratamiento puede durar hasta 12 meses. En algunos casos, es posible que necesite recibir tratamiento en un hospital.

PREVENCIÓN

Para evitar la aparición de meningitis TB, deben controlarse las infecciones de TB. En las comunidades en las cuales la TB es común, puede utilizarse la vacuna BCG (bacilo de Calmette y Guérin) para controlar la propagación de la enfermedad. Esta vacuna es eficaz para controlar las infecciones de TB en los niños pequeños.

El tratamiento de los pacientes con infecciones de TB inactivas o latentes también puede controlar la propagación de la enfermedad. Las infecciones inactivas o latentes se producen cuando una persona obtiene un resultado positivo en los análisis de TB pero no presenta ningún síntoma de la enfermedad. Los pacientes con infecciones latentes igualmente pueden transmitir la enfermedad.

PRONÓSTICO

Si le diagnostican meningitis TB, el pronóstico dependerá de la gravedad de los síntomas y de la rapidez con la que busque tratamiento. El diagnóstico precoz de la

infección permitirá al médico proporcionarle tratamiento. Si recibe tratamiento antes de que aparezcan las complicaciones, el pronóstico será bueno.

El pronóstico para los pacientes con meningitis TB que presenten daño cerebral o accidente cerebrovascular no será tan bueno. En estos pacientes, el daño cerebral será permanente y afectará la salud a largo plazo. La presencia de aumento de presión intracraneal es un indicio claro de un mal pronóstico para el paciente.

Su médico deberá controlarlo luego del tratamiento para la meningitis TB. Si ha tenido esta infección, tiene más posibilidades de padecerla nuevamente. El médico puede controlar su salud para detectar la infección de manera anticipada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En las personas con VIH siempre hay que ordenar, además de Gram y Ziehl-Neelsen, una tinción de tinta china del LCR debido a la necesidad de diferenciar la tuberculosis meningea de la meningitis bacteriana y sobre todo de la meningitis por criptococo, que podría tener manifestaciones clínicas y características del LCR muy similares.

La infección por el hongo *Cryptococcus neoformans* se adquiere del ambiente por inhalación, pero rara vez produce síntomas respiratorios y nunca es contagiosa de persona a persona. En las personas con VIH es la forma más común de meningitis, siendo de instalación insidiosa y con síntomas inespecíficos. Los síntomas más comunes son fiebre y cefalea persistente. En el examen físico menos del 20% de los enfermos presentan rigidez nuca u otros signos neurológicos focales. Dadas las similitudes con la meningitis tuberculosa, en cuanto a las alteraciones en el LCR y la frecuencia con que la tinta china es negativa en las meningitis por criptococo (20–40%), estas dos entidades solo pueden diferenciarse definitivamente mediante la determinación de antígeno del criptococo o el cultivo de LCR.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Por su parte, enfermería debe intervenir para favorecer la adherencia de las siguientes formas:

a) Valorar la situación de la persona y su familia:

- Escolaridad.
- Nivel de conocimientos acerca de la TARV.
- Necesidades básicas, de seguridad, pertenencia, reconocimiento y autorrealización (A. Maslow).
- Características de la vivienda.
- Factores socioeconómicos y ambientales.
- Factores sociopsicológicos y las normas de comportamiento a través de las características étnicas y culturales.

b) Elaborar un plan personalizado para la administración de los medicamentos con base en la valoración de la persona y la familia:

- Explicar exhaustivamente el régimen terapéutico para lograr los niveles ideales de CV.
- Utilizar varios formatos para proveer información acerca del régimen terapéutico (folletos, cintas de video, instrucciones escritas, etcétera).
- Ayudar al usuario a lograr el autocontrol de su salud, a través de la enseñanza sobre estrategias para cambiar hábitos y fomentar estilos de vida saludables.

c) Establecer una relación de confianza con la persona y la familia.

d) Explorar el significado de la experiencia de enfermedad e identificar las incertidumbres y necesidades a través de preguntas abiertas.

e) Explicar los beneficios de la TARV para su salud y los riesgos potenciales en caso de incumplimiento o suspensión.

d) Realizar actividades de promoción para la salud familiar.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL APOYO EMOCIONAL

Existe temor natural en relación con las enfermedades y el SIDA es un ejemplo por sí mismo; esto da origen a reacciones particulares y diferentes a las surgidas según el momento. Cuando se practica la prueba y se obtiene un resultado positivo, o en algunas personas que serán diagnosticadas en primera estancia en el hospital en el centro de salud, este diagnóstico hace surgir inquietudes inmediatas de cómo enfrentar el padecimiento.

La función de la enfermera es de suma importancia porque en la mayoría de las ocasiones es el primer contacto; por lo tanto, es crucial una actitud humana y saber escuchar de forma atenta y respetuosa para ganarse la empatía de la persona.

Así, los objetivos generales son:

- a) Brindar apoyo emocional temporal a la persona afectada, a su pareja, familiares y amigos y canalizarlos con el servicio correspondiente.
- b) Orientar y asesorar al paciente para una atención integral.

Se ha documentado que el proceso de aceptación emocional ante un resultado confirmatorio evoluciona de acuerdo con la atención previa que haya tenido la persona.

CUIDADO DEL PACIENTE CON VIH/SIDA

La actitud del profesional de enfermería ante un enfermo con VIH/SIDA, debe ser la misma que ante cualquier enfermo que presente cualquier otro tipo de patología, debe responder a las necesidades del paciente, planificando sus cuidados, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención, junto al paciente, sus cuidadores y otros trabajadores sanitarios o sociales.

En la atención a los pacientes con VIH/SIDA el profesional de enfermería debe:

- Conocer la patología y la etiología de los problemas de salud que presenta el paciente.

- Valoración exhaustiva del paciente para identificar sus necesidades y problemas.
- Formular diagnósticos de enfermería.
- Planificación del plan de cuidados.
- Establecer los objetivos a alcanzar con el cuidado o criterios de resultados.
- Ejecución de plan de cuidados.
- Evaluación de la eficacia de la intervención.
-

El personal de enfermería mediante sus cuidados contribuye a:

Retrasar la progresión a SIDA y mejorar el déficit inmunitario. Prevenir la aparición de infecciones oportunistas.

Reconocer de forma precoz y tratar las complicaciones de la disfunción inmunitaria, incluyendo infecciones oportunistas y tumores.

Los enfermos con VIH/SIDA son seres con valor y dignidad que merecen aprecio, seguridad, amor, pertenencia y autoestima para reconocer y prestar apoyo a las estrategias de afrontamiento como: enseñarle los deberes y derechos que tienen como enfermo y proporcionarle la oportunidad de aprender acerca de la enfermedad, generando sentimientos de compañerismo, de amistad, ante todo ayudarlo para que no se sienta solo. También es importante integrarlo a grupos de autoayuda (sacerdotes, familiares y amigos), para aminorar el impacto de la enfermedad, la depresión, el enojo, la ansiedad, la culpa, las obsesiones y el estrés. Cuidar un enfermo con SIDA implica conocerlo, interesarse por él, supone una participación afectiva en todas las etapas de su enfermedad, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actividades, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, seguridad y apoyo afectivo

DERECHOS DE PERSONAS CON VIH

La ley CONTRASIDA que fue promulgada el 19 de junio de 1996, establece como derechos fundamentales la confidencialidad del diagnóstico y la no discriminación de las personas viviendo con VIH/SIDA. Entre sus principales artículos destacan: **Artículo 5°.-** los resultados de las pruebas diagnosticadas con VIH/SIDA y la información sobre la causa cierta o probable de transmisión son de carácter confidencial. Dichos resultados e información solo podrán ser solicitados por el Ministerio Público o el Poder Judicial, siempre que las circunstancias lo justifiquen y únicamente para fines de investigación delictiva. Los profesionales de la salud están obligados a notificar al Ministerio de Salud los casos diagnosticados, aun cuando el enfermo hubiese fallecido.

Artículo 6°.- las personas con VIH/SIDA pueden seguir laborando mientras estén aptas para desempeñar sus obligaciones. Es nulo el despido laboral cuando la causa es la discriminación por ser portadores del VIH/SIDA.

Artículo 7°.- toda persona con VIH/SIDA tiene derecho a la atención médica integral y a la prestación previsional que el caso requiera.

TEORIAS DE ENFERMERIA

DOROTHEA OREM. “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”.

Dorothea Elizabeth Orem (Baltimore, 15 de julio de 1914 – Savannah, 22 de junio de 2007) fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas. Fue una teórica de la enfermería Moderna y creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado, conocida también como Modelo de Orem

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: ***Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.***

Define la salud como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”,

por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales.

Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones

Enfermería es sinónimo de cuidado. El objetivo de la disciplina, es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”.

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización se hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería.

Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y los déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del Conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño. Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son: 1) **Universales**, los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana. 2) **De cuidados personales del Desarrollo**, surgen como resultado de los procesos del desarrollo, Ej. el embarazo y la menopausia, o de estados que afectan el desarrollo humano Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo. 3) **De cuidados personales de los trastornos de**

salud Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia. Para la implementación de las actividades desarrollo tres sistemas de Compensación: 1) **Total**, requiere de que se actué en lugar de él. 2) **Parcial**, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas. 3) **De Apoyo educativo**, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones pero requiere ayuda emocional.

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PAE- EBE

2.1.- SITUACION PROBLEMÁTICA

Paciente adulto MUJER de 29 años, ingresa por el servicio de emergencia en compañía de madre el día 20/04/17 por presentar vómitos, nauseas, manifiesta dolor de cabeza, se evidencia limitaciones para habilidades motoras finas y gruesas, sensación de debilidad, disnea, en mal estado general.

Paciente con antecedentes de vih sin targa; diagnosticada en el 2012 durante gestación paciente con targa irregular no ADHERENTE al tratamiento, con historial de abandono en tres oportunidades; con varias interconsultas a psicología por negación de diagnóstico; no dejaba que le expliquen tratamientos, ni permitía toma de muestras para controles.

Actualmente paciente hospitalizada con diagnóstico Médico de TB MENINGEA, recibe tratamiento para Tb iniciado el 28 de abril, sin Targa desde hace 3 meses.

DATOS DE FILIACIÓN

- **Apellidos y Nombre** : M.E.M.P ➤ **Fecha de Nacimiento**
: 21/07/1988
- **Edad** : 29 años
- **Sexo** : femenino
- **Estado Civil** : conviviente
- **Religión** : Católica
- **Grado de instrucción** : primaria ➤ **Ocupación**
: su casa ➤ **Procedencia** : SMP
- **Peso** : 43
- **Talla** : 1.58 metros
- **Fecha de Ingreso al Targa** : 31/junio 2012

EXAMEN CEFALO-CAUDAL

1. PIEL: poco hidratada, tibia al tacto
2. CABEZA: cabello en mal estado de higiene, normocefálico, sin tumoración persistentes cefaleas y mareos
3. OJOS: ojos de color oscuro, pupilas normo reactivas a la luz, fotofobia.
4. OIDOS: no se aprecia lesiones
5. NARIZ: mucosa aparentemente normal
6. BOCA Y GARGANTA: poco hidratada, muget oral, dentadura completa, presencia de caries, lengua centrada y móvil
7. CUELLO: móvil y simétrico con pulso carotideo presente
8. MUSCULOESQUELÉTICO: dificultad para deambular presencia de dolor muscular, disminución en la coordinación motora fina y gruesas
9. ENDOCRINO: sudoración excesiva, disminución del apetito.
10. RESPIRATORIO: presencia de cánula binasal a 4 lt
11. CARDIOVASCULAR: patrones cardiacos dentro de los parámetros normales, rítmicos y regulares
12. GASTROINTESTINAL: Presencia de nauseas, vómitos de 200 ml aprox
13. GENITOURINARIO: normal

2.2.- VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN DOMINIOS

DOMINIO 2: NUTRICION

Paciente con 43 Kg con talla de 1.58cm, imc: 17.2 ; apetito disminuido, presencia de muguet oral, náuseas, vómitos en tres oportunidades de 200ml aprox,; abdomen distendido, piel poco hidratada.

Refiere: “no tengo ganas de comer”; “no tengo apetito”

DOMINIO 4: ACTIVIDAD /REPOSO.

SUEÑO DESCANSO:

Horas de sueño de 4 a 5 horas, problemas para conciliar el sueño; insomnio; fuerza muscular disminuida, fatiga.

ACTIVIDAD RESPIRATORIA:

Paciente con respiración irregular; disnea, fatiga al movimiento, con apoyo ventilatorio por cánula binasal a 4 lts

v T° : 37.3°C. v F.R : 60 resp x'. v F.C : 130
L

P/A : 100/60 mmHg. SATO2: 89%

Refiere: "siento debilidad" "Fatigada", "me cuesta respirar cuando camino"

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Preocupada, facies tristes, de bajos recursos económicos

Refiere: "no puedo dormir", "cuanto tiempo estaré en el hospital", "que es lo que tengo",

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Dosaje linfocitario CD 4: 14; CV 82500 actual; tratamiento irregular targa desde el 2012, **antecedente** de abandono en tres oportunidades.

Refiere: yo no voy a tomar pastillas no tengo VIH; ustedes solo quieren mi plata

DOMINIO 12: CONFORT

Paciente vive con su hija de dos años, su madre y su esposo.

Paciente con estudios primarios completos; ama de casa.

Madre refiere: “casi no sale más que para ir al mercado; que esposo no la visita por trabajo; y ella debe quedarse en casa para cuidar a su nieta; no tiene amigas porque teme al rechazo por que tiene VIH”

EXAMENES DE LABORATORIO

20/04/17

HEMATOLOGIA

| Examen solicitado | Valor Referido | Valor Normal |
|-------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Hemoglobina | 12 gr/dl | 12 – 16 gr/dl |
| Hematocrito | 36% | 37 – 47 % |
| Hematíes | 4 millones mm ³ | 4.5 – 5.5 millones mm ³ |
| Leucocitos | 7000/mm ³ | 5 000 – 10 000/mm |
| Abastionados | 3% | - 4 % |
| Segmentados | 87% | 45 – 65% |
| Neutrofilos | 90% | 50 – 70% |
| Linfocitos | 10% | 20 – 40% |

BIOQUIMICA SANGUINEA

| | Valor alterado | Valor normal |
|------------|----------------|-----------------|
| Glucosa | 43 mg/dl | 65 – 110 mg /dl |
| Urea | 62 mg / dl | 10 – 45 mg / dl |
| Creatinina | 8.3 mg / L | 8 – 14 mg / dl |
| Albumina | 1,8 mg/dl | >2,1 mg/dl |

- Se le realiza RxTx, informe radiológico normal
 - R.N.M con contraste de cerebro: informe de RNM compatible con tuberculomas
- PL de control:

- Cito químico de LCR:
pleocitosis linfocitaria
- ADA: >15UI/ml
- Cultivo micobacteria: en proceso
- Dosaje linfocitario : CD4: 14 ;CV:82500 □ Ig G toxoplasma : negativo

DIAGNOSTICOS MEDICO

- ❖ Meningoencefalitis tuberculosa
- ❖ Transtorno del Sensorio
- ❖ Otros entidades con irritación meníngea
- ❖ Infección por Vih

TRATAMIENTO MEDICO:

- Dieta hiperproteica hipercalorica VT: 1200 cc en 5 tomas
- Tratamiento anti TB: Rifampicina 600 mg/día, Pirazinamida 1500mg/día, Isoniacida 300mg/día y Etambutol 1200mg/ día Piridoxina150mg/día
- Sulfametoxazol +. trimetoprima 800/160 2 tab vo c/24h
- Dexametasona: 8mg ev c/8 h
- Ceftriaxona 2gr ev c/12h
- Vancomicina1gr ev c/24h
- Omeprazol40mg ev c/24h
- Fluconazol 200mg ev c/24H
- Dimenhidrinato:50 mg ev c/12h
- Sucralfato:10cc vo c/8h
- Matamizol: 1gr prn T°<38.5°C
- Haloperidol: 5 gotas prn agitación

- Colocar sonda Foley
- Cabecera 30°
- CFV + BHE

2.3.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1.- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C patología E/P vómitos, pérdida de peso, falta de apetito

2.- Ansiedad R/C contagio interpersonal Hospitalización, Progresión de la enfermedad

3.- Deterioro de la movilidad física R/C intolerancia a la actividad, Deterioro Cognitivo.

4.- Riesgo de Incumplimiento del régimen terapéutico de Targa y Anti TB al alta R/C creencias sobre su salud

5.- Riesgo de aislamiento social R/C rechazo social al VIH y TB

2.4.- PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES

| <u>VALORACIÓN</u> | <u>DIAGNOSTICO</u> | <u>PLANIFICACIÓN</u> | <u>INTERVENCIÓN</u> | <u>EVALUACIÓN</u> |
|--|--|---|---|---------------------------------|
| <p><u>Datos</u></p> <p><u>objetivos</u></p> <p><u>IMC:</u> 17.2</p> <p>-Vómitos - Pérdida de peso anteriormente 54 kg peso actual 43kg - Presencia de muget oral -abdomen distendido Piel poco hidratada.</p> | <p>1.- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C patología E/P vómitos, pérdida de peso, falta de apetito.</p> <p><u>Dominio 2 :</u> <u>Nutrición</u> <u>Clase: 1</u> <u>ingestión</u></p> | <p><u>NOC:</u> Estado nutricional 1004</p> | <p><u>NIC:</u> Manejo de la nutrición (1100)</p> <p>Manejo de peso(1260)</p> | <p>Paciente aumento de peso</p> |
| | | <p><u>Objetivos generales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejorara su nivel nutricional así como su peso corporal después de las acciones de enfermería <p><u>Objetivos específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejorara su estado nutricional de adecuado a sus necesidades • Paciente mantendrá o aumentara su peso • Paciente no presentara vómitos • Paciente no presentara muget oral | <p><u>Actividades</u></p> <p>1.- Se administra medicación : _dimenhidrinato 50mg .ev c/8hr _sucralfato 10cc vo c/8hrs _omeprazol 40 mg ev c/24 hrs 2.- Se pesa al paciente cada 15 días 3.- Se enseña actividades para reducir las náuseas: sentarse en una posición comoda a 75°C; .controlar factores ambientales: malos olores, ruido, estimulación visula desagradable, lavado de boca antes de cada comida. 4.- Se verifica la toma de 5- 6</p> | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <p><u>Datos objetivos</u> - Paciente refiere: “no tengo ganas de comer , no tengo apetito”</p> | | | <p>comidas,)siendo el VT de 1200 cc al dia</p> <p>5.- Se considera las preferencias alimenticias del paciente considerando las recomendaciones (hipercalóricahiperproteica) 3 huevos duros a la semana</p> <p>6.- Se administra fluconazol 200mg ev c/24 hrs para eliminar muget oral</p> | |
|---|--|--|---|--|

| Autor | Año | Base/fuente de datos | Título | Nivel |
|-----------------|------------|-----------------------------|--|--------------|
| Santiago Moreno | 2001 | Editorial Team Pharma | Avances en el manejo del paciente infectado por VIH. | II |

| <u>VALORACIÓN</u> | <u>DIAGNOSTICO</u> | <u>PLANIFICACIÓN</u> | <u>INTERVENCIÓN</u> | <u>EVALUACIÓN</u> |
|---|--|--|--|---|
| <p><u>Datos</u> <u>objetivos:</u> _horas de sueño de 4 a 5 horas _problemas para conciliar sueño _preocupad a _inquieta, _insomnio</p> <p><u>Datos</u> <u>subjetivos:</u> “no puedo dormir “, “cuanto</p> | <p>2.- Ansiedad R/C contagio interpersonal Hospitalización, Progresión de la enfermedad.</p> <p><u>Dominio</u> : 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés</p> <p><u>Clase:</u> 2 Respuesta de afrontamiento</p> | <p><u>NOC:</u> 1402 Autocontrol de la Ansiedad 1302.-Afrontamiento de problemas</p> | <p><u>NIC:</u> 5820.-Disminución de la ansiedad 5230.-Aumentar el afrontamiento</p> | <p>Paciente manifiesta disminución de ansiedad</p> |
| | | <p><u>Objetivos generales:</u> Paciente disminuirá ansiedad y mejorara el afrontamiento de sus problemas</p> | <p><u>Actividades</u> - Se administra medicación de ser necesario: haloperidol:5 gotas vo prn - Se explica a paciente proceso de hospitalización Se identifica la perspectiva del paciente sobre una situación estresante - Se promueve seguridad al paciente para reducir el miedo: escuchando con atención, creando un ambiente que brinde la confianza - Se anima al paciente a</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <p>tiempo estará en el hospital”, “que es lo que tengo”,</p> | | | <p>manifestar sus de sentimientos, percepciones y miedos</p> <ul style="list-style-type: none"> - se brinda consejería a la paciente con personas o grupos que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. - se ayuda al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo - se ayuda al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles - se anima la implicación familiar si procede - se ayuda al paciente a clarificar los conceptos equivocados | |
|--|--|--|---|--|

| Autor | Año | Base/fuente de datos | Título | Nivel |
|-----------------|------------|-----------------------------|--|--------------|
| Martín Lasso B. | 2014 | SCIELO | Meningitis tuberculosa: claves para su diagnóstico y propuestas terapéuticas | II |

| <u>VALORACIÓN</u> | <u>DIAGNOSTICO</u> | <u>PLANIFICACIÓN</u> | <u>INTERVENCIÓN</u> | <u>EVALUACIÓN</u> |
|--|--|---|---|---|
| <u>Datos</u> <u>objetivos</u> Limitación de la capacidad | 3.- Deterioro de la movilidad física R/C intolerancia a la actividad, | <u>NOC:</u> Nivel de movilidad física (0208) | <u>NIC:</u> 0840 Cambios de posición 0221Terapia de ejercicios :deambulaci3n 0224 Terapia de ejercicios : movilidad | paciente desarrolla sus actividades casi en su totalidad |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>motoras finas y gruesas, disnea Fatiga al movimiento Fr:60 Apoyo ventilatorio: cb 4lts</p> <p><u>Datos subjetivos</u> "Siento</p> | <p>Deterioro cognitivo E/P limitación de movimientos</p> <p><u>Dominio : 4</u> Actividad/ Reposo <u>Clase: 2</u> actividad/ejercicio s</p> | <p><u>Objetivos generales</u></p> <p><input type="checkbox"/> Paciente desarrollara un nivel de actividades lo más próximo a su normalidad</p> <hr/> | <p><u>Actividades</u></p> <p>1.-Se enseña al paciente mecanismos compensatorios a la disnea: no agacharse, respiración con labio fruncidos, no realizar movimientos bruscos, etc.</p> <p>3.- se Moviliza cada 2 horas para prevenir úlceras por decúbito mientras dure la hospitalización</p> <p>4.- Se enseña a la familia(madre) terapia de ejercicios para evitar contracturas</p> |
|---|--|---|---|

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| debilidad fatiga , me cuesta respirar cuando camino” | | | <p>5.- se ayuda al paciente a programar y coordinar los procedimientos y actividades para acoplar los patrones energéticos.</p> <p>6.-Se enseña al paciente a identificar los signos y síntomas, indicativos de mayor actividad para reducir las actividades :</p> <p>- Fiebre.</p> | |
|---|--|--|---|--|

| Autor | Año | Base/fuente de datos | Titulo | Nivel |
|--|------------|--|---|--------------|
| Fanny Cisneros G. Enfermera Especialista | 2015 | http://artemisa.unicauca.edu.co/ IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf | INTRODUCCION A LOS MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA | II |

| <u>VALORACIÓN</u> | <u>DIAGNOSTICO</u> | <u>PLANIFICACIÓN</u> | <u>INTERVENCIÓN</u> | <u>EVALUACIÓN</u> |
|---|---|--|--|--|
| <p><u>Datos</u> <u>objetivos</u> dosaje linfocitario CD 4: 14; CV 82500 actual;</p> | <p>4.- Riesgo de incumplimiento del régimen terapéutico de Targa y Anti TB al</p> | <p><u>NOC:</u> Conducta de cumplimiento(1601) Conocimiento: régimen Terapéutico (1813) Conocimiento : proceso de la enfermedad (1803)</p> | <p><u>NIC:</u> (5602) Enseñanza proceso de la enfermedad (5616) Enseñanza medicamentos prescritos</p> | <p>Paciente cumple con tratamiento y exámenes necesarios</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>tratamiento irregular targa desde el 2012, antecedente de abandono en tres oportunidades.</p> <p><u>Datos subjetivos:</u> Yo no voy a tomar pastillas no tengo VIH</p> | <p>alta R/C creencias sobre su salud</p> <p><u>Dominio</u> : 10</p> <p>principios vitales</p> <p><u>Clase:</u> 3</p> <p>congruencias entre valores/creencias /acciones</p> | <p><u>Objetivos generales</u></p> <p><input type="checkbox"/> Paciente cumplirá con régimen terapéutico así como exámenes y todo requisito indispensable para tratar su enfermedad(TB y VIH)</p> | <p><u>Actividades</u></p> <p>- se administra anti tb: Rifampicina 600 mg/día, Pirazinamida 1500mg/día, Isoniacida 300mg/día y Etambutol 1200mg/ día Piridoxina150mg/dia</p> <p>- se incluye a los seres queridos(agente soporte) en el proceso del acuerdo si así lo desea la paciente</p> <p>- se da consejería sobre información de enfermedad tratamiento</p> <p>- Se ayuda al paciente a desarrollar</p> |
|---|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <p>solo es ustedes solo quieren mi plata</p> | | | <p>un plan para cumplir con los objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - se ayuda a la paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa - se explica importancia de <p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables</p> <ul style="list-style-type: none"> - se realiza seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico personal) - se evalúa palabras que se evitan así como a los mensajes no verbales que acompañan a la palabra expresada - se explica el propósito y las actividades del procedimiento/tratamiento - se refuerza información proporcionada por | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|--|
| | | | otros miembros del equipo de cuidados | |
|--|--|--|---------------------------------------|--|

| Autor | Año | Base/fuente de datos | Titulo | Nivel |
|---------------------------|------|---|---|-------|
| Nts 097 Minsa Dgspv2.0 | 2014 | https://es.slideshare.net/alertomendoza/nts-097-minsa-dgspv20-atencion-integral-deadulto-con-vih-peru | Norma Técnica De Salud De Atención Integral Del Adulto Con Infección Por El Virus De La Inmunodeficiencia Humana (Vih) Perú | II |

| <u>VALORACIÓN</u> | <u>DIAGNOSTICO</u> | <u>PLANIFICACIÓN</u> | <u>INTERVENCIÓN</u> | <u>EVALUACIÓN</u> |
|--|---|---|--|--|
| <p><u>Datos</u> <u>objetivos</u> Ama de casa, estudios primarios, vive con madre esposo e hijos</p> <p><u>Datos</u> <u>subjetivos:</u> Madre refiere: "casi no sale más que para ir al mercado; que esposo no la visita por trabajo; y ella debe quedarse en</p> | <p>5.- Riesgo de aislamiento social R/C rechazo social al VIH y TB</p> <p><u>Dominio 12</u> : Confort</p> <p><u>Clase: 3</u> confort social</p> | <p><u>NOC:</u> 1503 implicación social</p> | <p><u>NIC:</u> 5100 potenciación de la socialización</p> | <p>Paciente manifiesta estar fortalecido por apoyo familiar y círculo social</p> |
| | | <p><u>Objetivos generales:</u> - El paciente manifestará apoyo y no rechazo de su círculo social</p> | <p><u>Actividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantiene relación y comunicación con su entorno (respetando medidas preventivas). - Mantiene aislamiento físico el tiempo estrictamente necesario. - Se favorece el acompañamiento de un familiar o persona de confianza. | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>casa para cuidar a su nieta; no tiene amigas porque teme al rechazo por que tiene VIH”</p> | | | | |
|---|--|--|--|--|

| Autor | Año | Base/fuente de datos | Título | Nivel |
|--------------------------|------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------|
| <i>Victorino Farga C</i> | 2011 | SCIELO | Nuevos desafíos en tuberculosis | II |

2.5.- EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES

NIC: Manejo de la nutrición (1100) _____ Manejo de peso(1260)

El estado nutricional de la persona está determinado por los nutrientes específicos y los alimentos energéticos adecuados que recibe, absorbe y utiliza su cuerpo; esto depende de la edad, sexo, talla, grado y tipo de actividad diaria y suelen alterarse durante las enfermedades.

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
|--|---|
| <p>1.- Se administra medicación : _dimenhidrinato 50mg .ev c/8hr _sucralfato 10cc vo c/8hrs _omeprazol 40 mg ev c/24 hrs 2.- Se pesa al paciente cada 15 días 3.- Se enseña actividades para reducir las náuseas: sentarse en una posición comoda a 75°C; .controlar factores ambientales: malos olores, ruido, estimulación visula desagradable, lavado de boca antes de cada comida. 4.- Se verifica la toma de 5- 6 comidas,)siendo el VT de 1200 cc al día 5.- Se considera las preferencias alimenticias del paciente considerando las recomendaciones (hipercalórica-hiperproteica) 3</p> | <p>- Cumplir el tratamiento medico a hora especifica contribuirá con l evolución del paciente</p> <p>- Cerciorarse si el paciente se encuentra dentro del rango normal y restablecer el diagnóstico y tratamiento de ser necesario</p> <p>- Las náuseas pueden reducirse controlando las condiciones ambientales y fomentando posiciones que reduzcan la tensión abdominal.</p> <p>- La distribución uniforme de la ingesta calórica total durante todo el día ayuda prevenir la distensión gástrica, aumentando posiblemente el apetito</p> <p>- Estas estrategias aumentan la posibilidad que tiene el paciente de consumir más proteínas y calorías.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>huevos duros a la semana</p> <p>6.- Se administra fluconazol 200mg ev c/24 hrs para eliminar muget oral -</p> | <p>Complementa la dieta diaria asegurando que el cuerpo reciba específicamente los nutrientes requeridos</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| <p>NIC:</p> <p>5820.-Disminución de la ansiedad</p> <p>5230.-Aumentar el afrontamiento</p> | |
| <p>Minimizar la aprensión, temor o malestar relacionado con una fuente identificada de peligro anticipada.</p> <p>Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> | |
| <p>INTERVENCIONES</p> | <p>FUNDAMENTO CIENTIFICO</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Se administra medicación de ser necesario: haloperidol:5 gotas vo prn - Se explica a paciente proceso de hospitalización - Se identifica la perspectiva del paciente sobre una situación estresante - Se promueve seguridad al paciente para reducir el miedo: escuchando con atención, creando un ambiente que brinde la confianza - Se anima al paciente a manifestar sus de sentimientos, percepciones y miedos - se brinda consejería a la paciente con personas o grupos que hayan pasado por la misma | <ul style="list-style-type: none"> -se administrara tratamiento solo pre requisito necesario - Ayudará a comprender mejor su estancia hospitalaria - Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones - Dara una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia - permitirá conocer al paciente e identificar sus debilidades - Favorecerá las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes |

| | |
|---|--|
| <p>experiencia con éxito.</p> <ul style="list-style-type: none"> - se ayuda al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo - se ayuda al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles - se anima la implicación familiar si procede - se ayuda al paciente a clarificar los conceptos equivocados | <ul style="list-style-type: none"> - Ayudara al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos una buena valoración aumentara la conciencia de sí mismo - El apoyo familiar dará seguridad tanto al paciente como aumentara las posibilidades de que se cumplirá el tratamiento - Mejorara la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un estrés severo |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>NIC:</p> <p>0840 Cambios de posición</p> <p>0221 Terapia de ejercicios :deambulaci3n</p> <p>0224 Terapia de ejercicios : movilidad</p> | |
| <p>Los ejercicios son necesarios para mejorar la circulaci3n y fortalecer los m3sculos, la movilizaci3n activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los m3sculos y mejora las funciones cardiacas y respiratorias, la movilizaci3n pasiva mejora la actividad articular y circulaci3n.</p> <p>La actividad, la movilidad y la flexibilidad son parte integrante del estilo de vida de la persona.; la movilizaci3n evita la presencia de zonas de presi3n en un solo punto</p> | |
| <p>INTERVENCIONES</p> | <p>FUNDAMENTO CIENTIFICO</p> |
| <p>1.- Se enseña al paciente mecanismos compensatorios a la disnea: no agacharse, respiraci3n con labio fruncidos, no realizar movimientos bruscos, etc.</p> <p>3.- se Moviliza cada 2 horas para prevenir ulceras por dec3bito mientras dure la hospitalizaci3n</p> | <p>- Disnea es un signo cl3nico que expresa una respiraci3n forzada, acelerada y profunda. La disnea puede ser inspiratoria (por ejemplo cuando hay congesti3n y edema pulmonar), espiratoria (por ejemplo cuando hay enfisema), o mixta (por ejemplo cuando hay neumon3a, insuficiencia cardiaca, encefalitis). Esto ayudara al organismos a mantener los niveles arteriales de ox3genos y di3xido de carbono adecuados para la demanda del metabolismo celular</p> <p>- Para aliviar y eliminar la compresi3n de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo lo m3s correcta posible la alineaci3n del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de</p> |

| | |
|---|--|
| <p>4.- Se enseña a la familia(madre) terapia de ejercicios para evitar contracturas</p> <p>5.- se ayuda al paciente a programar y coordinar los procedimientos y actividades para acoplar los patrones energéticos.</p> <p>6.-Se enseña al paciente a identificar los signos y síntomas, indicativos de mayor actividad para reducir las actividades :</p> <p>- Fiebre</p> | <p>reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Así evitar los daños en el organismo como consecuencia de la falta de movimiento, 3 semanas de inmovilización significan la pérdida del 50% de la masa muscular y 8 semanas la pérdida del 16% de la masa ósea -El paciente necesita periodos de descanso antes o después de algunas actividades. La planificación puede proporcionar un reposo adecuado y reducir el gasto de energía innecesario - Durante los periodos de mayor actividad patológica hay que aumentar el reposo de 10- 12 horas al dia |
|---|--|

NIC:

(5602) Enseñanza proceso de la enfermedad

(5616) Enseñanza medicamentos prescritos

Asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación; grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- se administra anti tb: Rifampicina 600 mg/día, Pirazinamida 1500mg/día, Isoniacida 300mg/día y Etambutol 1200mg/ día Piridoxina150mg/dia- se incluye a los seres queridos(agente soporte) en el proceso del acuerdo si así lo desea la paciente- se da consejería sobre información de enfermedad tratamiento- Se ayuda al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos- se ayuda a la paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa | <ul style="list-style-type: none">- Ayudara con la evolución del paciente- El apoyo familiar dará seguridad tanto al paciente como aumentara las posibilidades de que se cumplirá el tratamiento- Explicar de manera sencilla el tratamiento en casa, importancia,ayudara a prevenir posibles abandonos- Un plan objetivo, realista que pueda alcanzarse ayudara a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles.- Evitará imponer valores personales al paciente |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - se explica importancia de <p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables</p> <ul style="list-style-type: none"> - se realiza seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico personal) - se evalúa palabras que se evitan así como a los mensajes no verbales que acompañan a la palabra expresada - se explica el propósito y las actividades del procedimiento/tratamiento - se refuerza información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar adherencia, disminuirá conductas de riesgo - Permitirá comprobar si continúa cumpliendo tratamiento, alcanzando objetivos. - Sin darnos cuenta, nuestro cuerpo transmite constantemente información sensible sobre nuestras intenciones, sentimientos y personalidad. Incluso cuando estamos quietos o en silencio, los gestos, las posturas, las expresiones faciales y la aparición hablan por nosotros, y pueden resultar muy elocuentes. |
|--|---|

NIC: 5100 potenciación de la socialización

El ser humano desde que nace es un ser social, destinado a vivir en un mundo social, para ello necesita la ayuda de los demás

| INTERVENCIONES | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Mantiene relación y comunicación con su entorno (respetando medidas preventivas).- Mantiene aislamiento físico el tiempo estrictamente necesario.- Se favorece el acompañamiento de un familiar o persona de confianza. | <ul style="list-style-type: none">- De esta manera se establezca una adecuada interacción Enfermero-Paciente, mejorando la situación física y psicológica, facilitándola aceptación de sus problemas.- El paciente evita nuevos contagios, ante esto es impotente que se sienta escuchado por otra persona, ya que de esta manera la persona se siente valiosa e importante.- La visita de familiares y amigos alienta al paciente a seguir con su tratamiento; ayudándole a afrontar su estado de salud actual. Esta juega un rol muy importante en la recuperación del paciente, pues su familia es quien le debe brindar amor, cariño, comprensión y apoyo que el paciente necesita en estos momentos |

2.6 EVALUACION DE LOS RESULTADOS

| DIAGNOSTICOS | EVALUACION |
|--|---|
| <p>1.- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C patología E/P vómitos, pérdida de peso, falta de apetito</p> <p>2.- Ansiedad R/C contagio interpersonal Hospitalización, Progresión de la enfermedad</p> <p>3.- Deterioro de la movilidad física R/C intolerancia a la actividad, Deterioro Cognitivo.</p> <p>4.- Riesgo de Incumplimiento del régimen terapéutico de Targa y Anti TB al alta R/C creencias sobre su salud</p> <p>5.- Riesgo de aislamiento social R/C rechazo social al VIH y TB</p> | <p>1.- Paciente mantiene un nivel nutricional adecuado a su requerimiento ya no presenta muget oral y mantiene un peso final de 48 KG</p> <p>2.- Paciente manifiesta disminución de ansiedad</p> <p>3.Paciente desarrolla sus actividades casi en su totalidad</p> <p>4.- Paciente cumple con ttratamientoto y exámenes necesarios</p> <p>5.- Paciente manifiesta estar fortalecido por apoyo familiar y círculo social</p> |

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- El personal de salud que atiende a personas con VIH/ SIDA, TB no siempre tienen conocimiento actualizado con respecto a la enfermedad por lo que su conocimiento repercute en las actitudes que el trabajador tiene hacia el paciente, estas casi siempre son de rechazo y discriminación , afectando la atención de calidad y calidez que requieren los portadores, por lo tanto al no tener un adecuada información el trabajador de salud forma sus propias ideas, sobre todo porque la enfermedad se asocia directamente con la muerte, miedo, rechazo, etc. Provocando un sinfín de reacciones como son : imaginar las implicaciones de la enfermedad sus dificultades su evolución, el temor al contagio, así como un exceso de estigma y discriminación hacia quien está siendo afectado por la enfermedad
- El sistema de enfermería necesario para abordar el cuidado de este tipo de pacientes que son independientes es de apoyo educativo.
- El apoyo educativo se realizó en intervenciones para mejorar autoestima, nutrición, identificación de fortalezas y oportunidades

RECOMENDACIONES:

- Enfermería, por ser una disciplina que propende por la humanización del cuidado, debe trabajar día a día en estudios cualitativos que permitan conocer la percepción de las vivencias que imponen enfermedades como el VIH y TB, así subsanar necesidades individuales que favorezcan la adherencia de estos enfermos al tratamiento y a las instituciones de salud.
- Se debe fomentar el autocuidado en todo caso, y particularmente en el TB y VIH, formando de manera especial la responsabilidad social de cada uno de

los enfermos para cortar la cadena de transmisión de la enfermedad, haciendo énfasis en las diferentes formas de desinfección de objetos personales porque hasta el momento ha sido un aspecto descuidado.

- La educación debe ser permanente, considerando que en este tipo de patología la enfermera está llamada a ejercer dentro de los sistemas de enfermería el de apoyo educativo

BIBLIOGRAFIA

PAGINAS DE INTERNET:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182011000300007

<http://enfermeria-infos.blogspot.pe/p/pae-paciente-con-tbc.html>

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2011/pagina7.html>

[https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/vole-](https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/vole-133/autocuidadoenelpaciente/)

<133/autocuidadoenelpaciente/> [http://enfermeriaactual.com/listado-intervenciones-](http://enfermeriaactual.com/listado-intervenciones-nic/)

<http://enfermeriaactual.com/relacion-nanda-noc-nic/>

<http://enfermeriaactual.com/noc/>

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482011000200014

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000100005

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cuestiones Mundiales, ONUSIDA/OMS: panorama mundial de la epidemia del SIDA.
2. Sistemas de salud para el VIH/SIDA y otras enfermedades. Publicación electrónica del departamento de Estado de Estados Unidos, diciembre 2001, volumen 6
3. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA /2011.
4. Ponzi M. Fármacos gratuitos y asistencia adecuada para el SIDA, L'OSSERVATORE ROMANO, Pág. 11-12.
5. Historia del SIDA, Un recuento de los sucesos del sida desde sus inicios hasta el día de hoy, sus primeras víctimas y los avances de hoy; 2010.
6. Historia de las epidemias y pandemias, octubre de 2012
7. Periodo extraordinario de sesiones de la asamblea general sobre el VIH/SIDA,
8. ONUSIDA, México, julio de 2012
9. Análisis de la situación epidemiología del VIH/SIDA en el Perú – bases Epidemiológicas para la prevención y control, julio 2011.
10. Conopoima Z. Guzmán C. y Valdez B. Calidad de Atención de enfermería en pacientes con VIH /SIDA.

11. Martín Lasso B. 2014 SCIELO Meningitis tuberculosa: claves para su diagnóstico y propuestas terapéuticas
12. Fanny Cisneros G. Enfermera Especialista 2015, INTRODUCCION A LOS MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA
13. Nts 097 Minsa Dgspv2.0 2014 <https://es.slideshare.net/alertomendoza/nts097-minsa-dgspv20-atencion-integral-de-adulto-con-vih-peru> Norma Técnica

ANEXOS

Panorama de las regiones

Nuevas infecciones por el VIH

África subsahariana



Se calcula que en el África subsahariana hubo 1,4 millones de nuevas infecciones por el VIH en 2014. Una caída del 41 % desde el año 2000.

2000 2,3 millones [2,2–2,4 millones]
2014 1,4 millones [1,2–1,5 millones]

El Caribe



En el Caribe, el número de nuevas infecciones por el VIH se redujo a la mitad entre 2000 y 2014.

2000 27 000 [21 000–31 000]
2014 13 000 [9 600–17 000]

Oriente Medio y Norte de África



En Oriente Medio y África del Norte, el número estimado de personas que contrajo el VIH aumentó en un 26 % entre 2000 y 2014.

2000 18 000 [12 000–23 000]
2014 22 000 [13 000–33 000]

América Latina



En América Latina, el número de nuevas infecciones por el VIH en 2014 fue un 17 % menor que en 2000.

2000 100 000 [88 000–120 000]
2014 87 000 [70 000–100 000]

Europa Occidental y Central y América del Norte



El número de nuevas infecciones se ha mantenido muy estable desde 2000.

2000 87 000 [53 000–130 000]
2014 85 000 [48 000–130 000]

Europa Oriental y Asia Central



En Europa Oriental y Asia Central, las nuevas infecciones se incrementaron en un 30 % entre 2000 y 2014.

2000 100 000 [90 000–120 000]
2014 140 000 [110 000–160 000]

Asia y el Pacífico



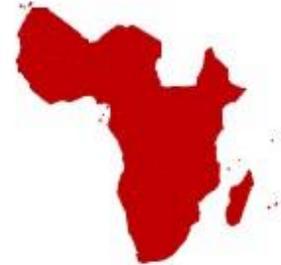
Las infecciones por el VIH se redujeron en un 31 % en Asia y el Pacífico.

2000 500 000 [440 000–590 000]
2014 340 000 [240 000–480 000]

Panorama de las regiones

Muertes relacionadas con el sida

África subsahariana



Se calcula que en el África subsahariana hubo un **34% menos** de muertes relacionadas con el sida en 2014 que en el año 2000.

2000 1,2 millones [1–1,5 millones]
2014 790 000 [670 000–990 000]

El Caribe



Entre 2000 y 2014 el número de **muertes relacionadas con el sida en la región se redujo a menos de la mitad.**

2000 18 000 [12 000–28 000]
2014 8800 [5700–13 000]

Oriente Medio y Norte de África



En Oriente Medio y África del Norte, se calcula que las **muertes relacionadas con el sida aumentaron más del triple** entre 2000 y 2014.

2000 3 600 [1 600–7 100]
2014 12 000 [5300–24 000]

América Latina



Las muertes relacionadas con el sida **han disminuido en un 31%** en América Latina.

2000 60 000 [43 000–120 000]
2014 41 000 [30 000–82 000]

Europa Occidental y Central y América del Norte



De 2000 a 2014, las muertes relacionadas con el sida **se redujeron en un 12%.**

2000 29 000 [12 000–96 000]
2014 26 000 [11 000–86 000]

Europa Oriental y Asia Central



El número de muertes relacionadas con el sida en la región **aumentó más del triple** entre 2000 y 2014.

2000 20 000 [11 000–45 000]
2014 62 000 [34 000–140 000]

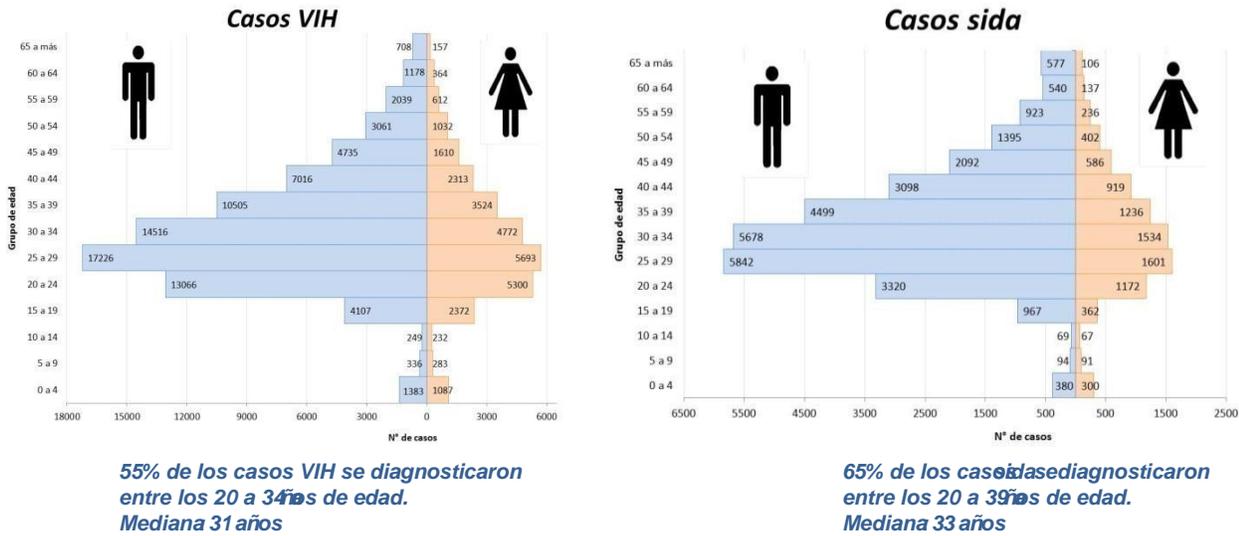
Asia y el Pacífico



Las muertes relacionadas con el sida **aumentaron en un 11%** en Asia y el Pacífico entre 2000 y 2014. Sin embargo, en 2005 se inició una tendencia a la baja, acumulando un descenso de un 30%.

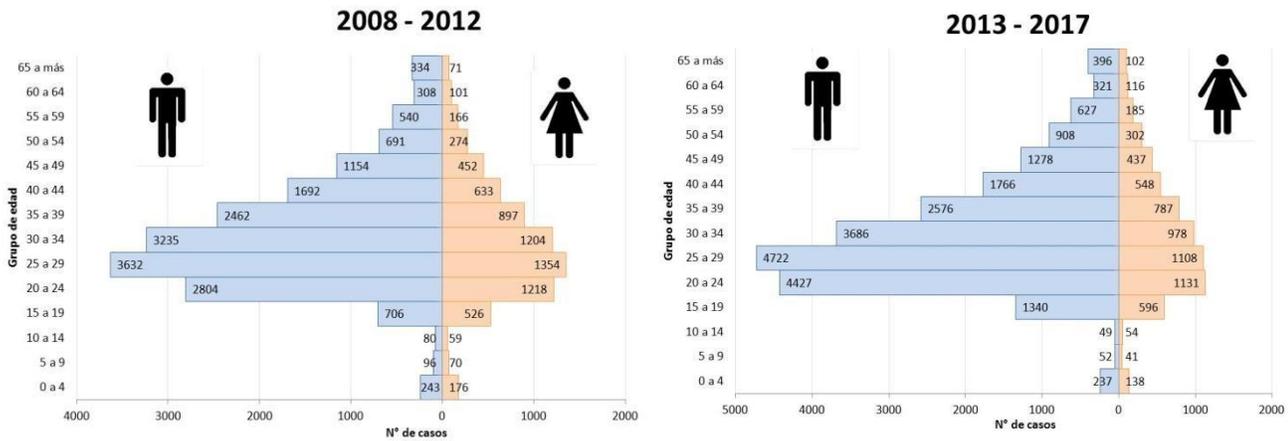
2000 220 000 [130 000–510 000]
2014 240 000 [140 000–570 000]

Figura 5. Casos acumulados de VIH y sida: Distribución por edad y sexo. Perú 1983-2017



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-Ministerio de Salud del Perú Casos notificados al 31/12/2017. Se excluye los casos en los cuales no se tiene registradas las variables sexo y edad.

Figura 6. Casos de infección por VIH según edad, sexo y por quinquenios. Perú, 2008-2012 / 2013-2017



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-Ministerio de Salud del Perú Casos notificados al 31/12/2017. Se excluye los casos en los cuales no se tiene registradas las variables sexo y edad.

En el último quinquenio, se observa un incremento en los casos de infección VIH diagnosticados en el grupo de 25 a 29 años, de 20% del total de casos.