

III RESULTADOS

3.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

3.1.1. Historia de Enfermería.

L.A.F.B. Masculino de 34 años de edad, de estado civil soltero, vive con su hermana I.F.B , la cual es la persona para contactar domiciliada actualmente al norte de la ciudad.

Reingresa al servicio de urgencias el día 19 de julio del año en curso a las 14 horas por presentar diarrea, vómito y sentirse muy débil, refiere que estuvo hospitalizado hace 20 días, el 1ro. De julio del 2002.

Antecedentes Personales:

Patológicos:

Refiere haber padecido; varicela a los 8 años de edad, no llevando ningún tratamiento para la misma, sífilis a los 28 años, la cual se trato con Penicilina Benzetacínica de 1,200,000 U por tres dosis, con un intervalo de 7 días por dosis; tuberculosis a los 30 años para lo cual le indicaron Rifampicina e Isoniacida, el cual "no lo llevaba a cabo interrumpiéndolo con frecuencia", herpes genital a los 32 años, y que se trato con Aciclovir pomada; a los 32 años se le diagnóstico VIH (+), en el

cual se le indicó Indinavir de 400 mg. 1 tableta antes de cada comida y Convivir 1 tableta (compuesto por Lamovudina de 150 mg y Zidovudina) cada 12 horas.

No patológicos:

Refiere haber nacido de parto natural, siendo el octavo hijo de un total de 11, comenta que no recuerda si le aplicaron sus vacunas. Menciona haber tenido una infancia feliz, siempre jugaba con las niñas, "y sus compañeros le decían groserías pero no les daba importancia".

Heredo familiares:

Refiere que su madre de 70 años de edad, tiene "diabetes tipo II" llevando tratamiento. Su padre de 76 años de edad cursa con osteoporosis, cáncer de próstata, recibiendo tratamiento.

Recuerda que "falleció una tía materna a los 38 años con cirrosis hepática, un tío paterno que murió a los 22 años por neumonía".

PATRONES DE SALUD

Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud.-

Refiere haber tenido buena salud durante su infancia y adolescencia. Se consideraba "muy sano hasta hace 2 años que inició con herpes genital, diagnosticándole después VIH positivo.

En estos momentos considera su salud como "mala porque dice no poder hacer las cosas que siempre hace como trabajar, viajar y estar con sus amigos de Nogales, Sonora".

Comenta que sus hábitos buco dentales son de 1 o 2 veces al día, o después de cada comida; refiere baño diario con cambio de ropa limpia, así como el lavado de manos, antes de comer y después de ir al baño.

Menciona que consumía tabaco cada fin de semana "solo cuando tomaba alcohol", siendo de una cajetilla al día, iniciando desde los 18 años y dejando de fumar a los 32 años. Refiere haber consumido bebidas alcohólicas cada fin de semana hasta llegar a sentirse mareado pero "sin llegar a embriagarse"; realizándolo hasta los 32 años.

Manifiesta haber fumado "marihuana a diario desde los 20 años dejándola de consumir hace 2 años". También utilizó drogas como "la piedra" por 6 meses a la edad de 32 años; a los 24 años uso píldoras como Rivotril, durante 1 mes y las dejó de consumir porque "le borraban la cinta".

Actualmente refiere no fumar, beber o utilizar drogas, desde que le detectaron el VIH. Anteriormente practicaba ejercicio jugando voleibol, en la actualidad no lo hace ya que refiere "no tener fuerza en las piernas".

Dice utilizar remedios caseros para el dolor de cabeza, estomago, dormir, como té de canela, manzanilla, sábila; manifiesta también que se automedicaba para los mismos padecimientos.

Menciona conocer la causa de su hospitalización "VIH, gastroenteritis y deshidratación", siguiendo el tratamiento conforme lo indicado por el médico desde que le detectaron VIH.

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

Respecto a su vivienda comenta que esta construida de bloque y techo de concreto, piso de cemento; cuenta con 2 recamaras, 1 baño y otro espacio que esta distribuido como cocina, sala y comedor. Consta de patio trasero y terreno en la parte de enfrente como jardín.

Vive con su hermana, cuñado y sobrino. Refiere que en cada habitación hay una ventana; cuenta con energía eléctrica, teléfono colectivo y drenaje dentro de la vivienda; cuentan "con los muebles necesarios como el cooler, abanico, estufa, refrigerador, comedor, sala y dos camas".

Comenta que "el aseo lo realiza su hermana, sobrino y a veces él" a diario por dentro y fuera de la casa. En cuanto a vectores dice que "hay de todo un poco" como moscas, cucarachas, ratones, utilizando medidas de control como insecticidas domésticos en aerosol y fumigación cada 2 meses por personal técnico capacitado. Afirma convivir con animales como una perra "parida con 10 cachorros" de nombre "pinta" y un gato, refiriendo que estos permanecen fuera de la casa, en el patio.

Patrón Nutricional-Metabólico.-

L.A.F.B. refiere que acostumbra 3 comidas al día, siendo el desayuno a las 9:00 a.m., la comida a las 2:00 p.m. y cena a las 8:00 p.m., la cual consiste en:

DESAYUNO	2 huevos
	4 tortillas de harina
	1 vaso con agua fresca
	Acompañados con papas o frijoles
COMIDA	1 plato con caldo de pollo, verduras o Lentejas.
	A veces 1 plato de menudo, pozol y

CENA

1 plato de sopa

1 plato con papas, o

3 chimichangas o

3 tostadas a veces fruta

1 manzana o pera

Acostumbra también refrescos como 1 "soda por la comida o "kool-aid"; dice desagradarle las albóndigas; ingesta de agua es de 3 litros diarios entre agua purificada y 1 "soda Spray" con sal; su apetito lo considera "normal". Aunque a veces hay presencia de vómitos y náuseas, al oler los alimentos que va a consumir, sucediéndole esto en la cena y con frecuencia de tres veces por semana refiere no tener problemas para masticar ni deglutir "pero su peso antes era de 62 a 66 Kg y ahora es de entre 42 y 46 Kg" disminuyendo alrededor de 15 Kg. en los últimos 6 meses.

Respecto a los problemas de piel y cicatrización manifiesta "tener huellas por el herpes genital que padeció, y se le cae el cabello, le crece mucho y muy seco". No refiere ningún problema de uñas, dice sentir "molestias abdominales" como dolor cuando "esta enfermo del estomago"

Patrón de Eliminación.-

L.A refiere tener hábitos de evacuación "normal" que son dos veces al día, aunque desde hace 5 días (18 de julio del 2002), presenta diarrea en 5 ocasiones siendo estas evacuaciones de consistencia líquida, amarillas o café, que han ido disminuyendo en cantidad y frecuencia, con presencia de "flatulencia."

En la evacuación urinaria manifiesta ser "normal" sin presencia de dolor, ardor o comezón; "Aunque si hay incontinencia cuando esta dormido"; desde hace 5 días o desde que lo hospitalizaron, no se observa alteración en la fuerza, color o continuidad en la micción. Refiere "sudoración habitual dependiendo del calor o ejercicio que realice", no detectándose ningún cambio en ella.

Patrón Actividad-Ejercicio.-

L.A menciona que ha tenido cambios en su función cardiaca al realizar actividades cotidianas "ya que al caminar me agito mucho, me provoca tos y tengo que descansar", que le falta el aire cuando camina dos o tres cuadras y al subir escaleras. Actualmente no camina más de lo necesario dentro de su casa y "casi no sale" de la misma.

Refiere que hay cambios en su sistema vascular, manifestando "que se le inflaman los pies y que retiene líquidos", dice "tener calambres por todo el cuerpo y

que los dedos se le encogen". Actualmente refiere acostarse a ver televisión, escuchar música, aunque a veces "me siento bien y me levanto y preparo mi comida, lavo mi ropa y hago un poco de quehacer dentro de la casa".

Refiere sentirse independiente para comer, bañarse y realizar las necesidades fisiológicas, movilizarse en cama y cocinar, pero en ocasiones necesita de su familia para la limpieza y el arreglo del hogar, subir escaleras, no va de compras, ni trabaja porque sufre muchas recaídas con su enfermedad sintiéndose débil desde hace un año ya que antes trabajaba como cocinero sin sentir ninguna molestia al realizar dicho trabajo.

Patrón de Sueño y Descanso.-

L.A. dice que sus hábitos de sueño son de 8 horas diarias, que abarcan desde las 22:00 horas hasta las 6 de la mañana, teniendo siestas durante el transcurso del día hasta de " 5 horas en total", que le molesta la luz y los ruidos cuando esta hospitalizado, habiendo cambios de humor ya que al día siguiente refiere "flojera, aunque dice no salirle ojeras, ni bostezos".

Patrón Cognitivo-Perceptivo.-

L.A. refiere tener alteración para la audición, ya que le zumban los oídos al presentarse algún acceso de tos. Asimismo presenta vértigo o mareos ya que siente

“atarantarse”. Menciona que tiene problemas en la vista ya que presenta “carnosidad” “pero no le afecta para mirar bien”. El sentido del olfato dice no tener problemas ya que detecta bien los olores.

Manifiesta que “cuando se siente mal no habla ya que no le dan ganas”. Para aprender comenta que le gusta leer todo acerca de su enfermedad a través de revistas, periódicos, folletos, etc. Para tomar decisiones lo hace por si solo, pero cuando “se siente demasiado mal, como mareado, con vomito constante, débil, etc., su hermana toma las decisiones por él, por ejemplo cuando van a llevarlo al servicio de urgencias del hospital.

Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo.-

L.A refiere no poder trabajar, debido a que se encuentra “muy débil y esta recayendo continuamente” desde hace 1 año, menciona que depende económicamente de su hermana y cuñado. Dice tener temor a perder a un familiar o algún amigo querido, se considera una persona alegre aunque a veces “me pongo histérico, decaído y deprimido al grado de no querer comer y/o asearme”.

Menciona estar conforme con lo que es “que esta contento de ser homosexual y no se arrepiente”, que no ha perdido el interés por las cosas cotidianas de la vida, excepto cuando “se siente mal, o sea cuando se deprime y se desespera por estar

encerrado", ya que le han dado ganas de tener "un cuchillo y quitarse la vida o dormirse y no despertar".

El cambio importante que ha presentado dice ser la pérdida de peso, la dependencia económica y estar lejos de sus amigos. Refiere que lo ayudaría a sentirse mejor "el estar sano".

Patrón Rol-Relaciones.-

L.A menciona que antes de enfermarse vivía en Nogales con sus amigos, trabajando de cocinero en un restaurant, dejando de hacerlo hace un año, que mantiene contacto a través de un amigo que viene a visitarlo cada seis meses; y que al sentirse más enfermo, decidió venir a Hermosillo con sus padres, pero él veía que sus padres estaban enfermos y mayores de edad y opto por aceptar la ayuda de su hermana y cuñado, por lo que vive con ellos y depende económicamente de los mismos, aportando su cuñado un ingreso económico mensual de \$ 2800, y su hermana un aporte de \$ 1800 aproximadamente, también vive un hijo de su hermana en la misma casa..

PARENTESCO	SIGLAS	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	ROL
CUÑADO	A.D.N.	42	ALBAÑIL	6°. PRIMARIA	PROVEEDOR
HERMANA	I.F.B	42	TRABAJADORA DOMESTICA	5°. PRIMARIA	PROVEEDORA Y CUIDADORA
USUARIO	L.A.F.B.	34	DESEMPLEADO	2° SECUNDARIA	DEPENDIENTE
SOBRINO	A.D.F.	15	ESTUDIANTE	3° SECUNDARIA	DEPENDIENTE

Refiere que hay ocasiones en que existen problemas para comunicarse con su hermana "ya que son por el carácter que tengo que me pongo histérico o deprimido". Actualmente dice pertenecer a un grupo de atención a usuarios con VIH en el CISAL. Dice que no tiene amistad con los vecinos, debido a que "tiene 1 año viviendo con su hermana y casi no sale de su casa" por su enfermedad, además que hay días que "se siente muy débil y sin fuerzas en las piernas".

Patrón de Sexualidad-Reproducción.-

Menciona que a la edad de 5 años presento acoso sexual por parte de un primo. L.A. expresa cambios en la actividad sexual ya que actualmente es nula desde hace un año que se vino a radicar a Hermosillo y refiere "no tener apetito sexual" que nunca ha tenido hijos y que no desea tenerlos ya que desde joven dice ser "homosexual y no gustarle las mujeres", iniciando desde los 18 años de edad, y que no utilizaba protección cuando tenía relaciones sexuales; además de haber tenido "varias parejas", nunca se ha realizado un examen prostático, ni testicular. Comenta que fue "al médico por presentar herpes genital y lo mandaron a realizarse la prueba del VIH". Y que antes de "enfermarse", hace un año, tenía una pareja homosexual de 25 años.

Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al Estrés.-

L.A. menciona que cuando se siente "deprimido" al recordar a sus amigos con quienes vivía antes, y por su enfermedad lo expresa "con llanto", para controlar este tipo de tensión dice "que ve televisión o sale al exterior a que le de aire fresco", siendo casi a diario "desde que esta aquí en Hermosillo que se deprime".

Patrón de Valores y Creencias.-

L.A refiere practicar la religión católica ya que cree en los santos y reza en su casa, además de realizar los mandamientos de Dios”, menciona no tener ninguna restricción por parte de la religión que le afecte su vida diaria, dentro de sus valores morales menciona esta “el de respetar a sus padres y hermanos.

Y por eso se fue “porque no le gusta que vean lo que soy” ya que dice ser homosexual; refiere nunca haber sido grosero con sus padres y ahora valora más a su hermana, por la ayuda que esta le brinda; menciona que antes estaba muy distanciado de su familia ya que vivía en Nogales y casi nunca los visitaba, desde que estaba muy niño, vivía con su abuela en Ciudad Obregón y cuando falleció decidió irse a vivir a Nogales desde que tenía 18 años.

3.1.2. EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

Usuario masculino de 34 años de edad, aparentemente igual a la cronológica, de complexión delgada y desaliñado. Presenta facies de dolor y angustia, su estado de animo es decaído, ya que presenta llanto durante diferentes fases de la conversación.

Su estado de conciencia es alerta, orientado en tiempo, lugar y persona, ya que al preguntarle su nombre, responde adecuadamente, la postura que adopta es libre, con gestos faciales acordes a lo que comunica.

Signos Vitales:

Fueron medidos el día 23 de julio del 2002.

Temperatura: 36.7°C, axilar.

Pulso: 82 por minuto, braquial, rítmico, tensión baja, pulso lleno

Respiración: 22 por minuto, ligeramente profunda, rítmica.

Tensión Arterial: 110/70 mmHg, posición en decúbito dorsal en miembro torácico izquierdo.

Respiratorio/Circulatorio:

Respiratorio:

A la inspección presenta tórax elíptico, con expansión de caja torácica simétrica. A la auscultación presenta sonidos bronquiales, más sonoros y agudos, en la región basal. Se localizan sonidos bronco vesiculares y sibilancias en ambos hemitórax. Presenta tos con expectoración de secreciones color café con esfuerzo desde hace 5 días.

Circulatorio:

Pulso carotideo con tono rítmico, frecuencia de 82 por minuto, pulso lleno de tensión baja. Se localiza sin dificultad. El pulso apical es de tonos fuertes, diferenciándose los ruidos s1 y s2 con una frecuencia de 82 por minuto.

Red venosa visible, depresible, en extremidades superiores e inferiores sin tortuosidades con llenado capilar de 1 segundo. A la palpación en extremidades inferiores se perciben parestesias, en la región del hueco poplíteo, refiere dolor en nivel 4 (escala de 0-5) el cual lo manifiesta con rigidez de las mismas.

Se encuentra instalado catéter vascular en subclavia del lado derecho, limpia, sin edema, ni inflamación, coloración normal de la piel, se instalo el día 20 de julio del 2002 (hace 3 días).

Patrón Nutricional-Metabólico.-

La cabeza normo cefálica, cabello bien implantado a la tracción manual, con distribución uniforme en toda la región, delgado, seco de color café claro, corto, teniendo color rubio claro en las puntas por restos de tinte, con cicatriz antigua en cuero cabelludo de 2 cm en región occipital la cual se hizo con un vidrio de botella a la edad de 25 años. además de laceración en región superior de pabellón auricular izquierdo sin presencia de edema.

Las mucosas bucofaríngeas son de color rosa pálido, íntegras, secas, dentadura incompleta, faltando tres molares, dos inferiores y 1 superior, con un total de 29 dientes; presenta caries en 2 molares superiores y un molar inferior además de halitosis.

El estado de las uñas están limpias, largas, color blanco, se encuentran íntegras en ambas extremidades. Los lechos ungueales son visibles de color blanco. Presenta facie de dolor y quejido a la palpación de mesogastrio, con una intensidad de 4 en escala de 0-5. sin visceromegalias. a la inspección de Abdomen es cóncavo, simétrico proporcional al resto del cuerpo, sin masas, no hay distensión, a la auscultación ruidos peristálticos presentes, con sonido de tono mate del lado derecho y timpánico en mesogastrio. El color de la piel del abdomen es moreno claro, la temperatura es igual al resto del cuerpo, y la textura es suave a la palpación. Su peso corporal es de 42 Kg y la talla de 1.62 m, (siendo su peso ideal de entre 57-62 Kg), con una pérdida de 15 Kg.

Patrón de Eliminación.-

Presenta defecaciones en un día de 5 veces, desde hace 5 días, de consistencia líquida, amarillas y en ocasiones de color café, con expresiones de dolor tipo cólico en nivel 2 de la escala de 0-5. Región perianal, inguinal, supraglútea y cara lateral del miembro inferior derecho con manchas hipocromicas posterior a padecimiento de herpes genital.

Orina de 7 veces diarias, de características: color amarillo ámbar, no se observa presencia de sangre, sin dolor ni ardor, olor característico. La frecuencia de la micción aumenta por la noche. No tiene colocada sonda u otro dispositivo.

Respecto a la sudoración se observa en cara y manos, sin olor y en un ambiente fresco; presentándose al realizar actividad como el de ir al baño o caminar en la habitación.

Patrón Cognitivo-Perceptivo.-

A la inspección se encuentran: ojos limpios, sin secreciones, ni dolor a la palpación, se observa pterigion en ambos ojos. Presenta reflejos pupilares a los cambios de luz, siendo las pupilas isocóricas y simétricas. Al valorar la agudeza visual esta se encuentra en un promedio de 20/20 a 6 metros con escala de snellen. Ambos oídos son de tamaño proporcional a la constitución corporal, se observan íntegros, el pabellón auricular bien implantado, blando y móvil a la tracción, A la palpación no hay dolor, con temperatura semejante a la corporal, el meato acústico tiene forma de "S", mide aproximadamente 2.5 cm. La piel es lisa, íntegra, con vellosidades y secreción de cerumen, de color amarillento en escasa cantidad. La membrana timpánica es de forma oblicua con la concavidad en sentido externo, de color gris transparente y conservación íntegra de las partes y estructura del oído medio. A la prueba de la agudeza auditiva se utilizó el roce de los dedos, escuchando a 30 cm. de distancia, esto es para la conducción ósea del sonido aunque refiere dolor del oído derecho al realizar esfuerzo para toser o vomitar.

El sentido del olfato; nariz respingada, proporcional al resto de la cara, tabique recto, con buena simetría, permeabilidad de fosas nasales, sin dificultad para distinguir olores, al llevarle dieta en el hospital distingue bien los aromas.

En cuanto a su memoria esta obtiene 3 puntos, considerándose como intacta al responder las palabras que se habían efectuado hace 20 minutos, al igual que la orientación en tiempo, lugar y persona, 3 puntos en escala concernida, recuerda hechos pasados y presentes al preguntar el lugar donde vive, su edad, fecha de nacimiento, grado de escolaridad, etc. Se encuentra orientado al preguntarle la fecha actual, quien es y donde se encuentra, contestando a nuestras preguntas que era 23 de julio de 2002, que se llama L.A.F.B. y que se encuentra en el hospital general del estado. al hablar su tono de voz es fuerte, claro y fluido, tomando poses (de atención al estar platicando).

Patrón Actividad-Ejercicio.-

La capacidad de movilización se encuentra completa, aunque con disminución de fuerza en extremidades inferiores a las pruebas de contra resistencia (ya que casi no realiza actividades físicas.) La marcha es antalgica claudicante causada por dolor abdominal, la marcha es lenta y hay asimetría en los movimientos, no utiliza aditamentos.

La fuerza en sus manos es fuerte a la prueba de prensión, los reflejos osteotendinosos como el bicipital, rotuliano y aquiliano se encuentran presentes consiguiendo flexión del antebrazo, extensión de la pierna y extensión plantar. No hay ausencia de algún miembro, arcos de movimientos en ambas extremidades superiores a 90°, y ambas extremidades inferiores a menos de 90° a la extensión aproximadamente.

Patrón de Sexualidad-Reproducción.-

Sus genitales externos con, piel integra, con algunos datos de manchas hipocromicas en el pene, frenillo integro centrado, prepucio retráctil, glande sin lesiones, meato urinario centrado, sin secreciones, blando, no doloroso a la palpación; a la palpación de la uretra no hay secreciones ni flujos, refiere no presentar ardor, ni prurito a la micción.

Las mamas son simétricas y la cadena ganglionar es palpable y de tamaños grandes con ingurgitación, se inspecciona región perianal con manchas hipocromicas refiriendo que son secundarias a herpes genital.

3.1.3. RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO E IMAGENOLOGIA.

Patrón Nutricional-Metabólico:

Biometría Hemática

	15/ junio/2002	23/julio/2002	Referencia
Hemoglobina	16.4 gr/dl	9.5 gr/dl	14-16mg/dl
Plaquetas	485 x 10	473 x 10	140-451
Hematocrito	47.4%	27%	36-42%
Leucocitos	12.5 mm	14000 mm	5-10 x10 ³
Linfocitos	13.6%	24%	25-33%
HTTP	13.6 " (90.5%)	12.9" (93%)	12 a 14 seg.
TPT	27.9"	28"	
Grupo y Rh	"A" positivo		
Banda		0	0-0.75%
Monocitos		6	5-7%
Eosinofilos		2	1-3%
Segmentados		2	1-3%

Patrón de Eliminación:

Protocolo de Heces

	15/ junio/2002	23/julio/2002
Amiba en Fresco	Negativo	Negativo
Sangre Oculta	++	++
Moco	Negativo	Positivo
Leucos	Ocasionales	Negativo
Giardia	Negativo	Negativo
Se observaron (9) de E. histolytica		

Prueba Elisa Positiva

No se obtuvieron resultados de bacilos copias.

Patrón Actividad-Ejercicio

23 de julio del 2002

Electrocardiograma, rítmico, frecuencia de 75 por minuto, con prolongación del QT: 0.44, a expensas de la onda "T" sin lesión, ni isquemia.

fuentes: archivo del hospital general del estado.

3.1.4 - DOCUMENTACIÓN

L.A.F.B. Masculino de 34 años de edad, de estado civil soltero, vive con su hermana I.F.B, la cual es la persona para contactar domiciliada actualmente al norte de la ciudad, procedente Hermosillo, Sonora.

Reingresa al servicio de urgencias por cuarta vez el día 19 de julio del año en curso a las 14 horas y posteriormente al servicio de aislados medicoquirúrgicos con diagnóstico médico de gastroenteritis, desequilibrio hidroelectrolítico y VIH (+) desde hace dos años.

RESUMEN DEL INICIO DEL PADECIMIENTO ACTUAL Y TX MEDICO INSTAURADO.

Reingreso usuario acompañado por su familia por presentar anorexia, náuseas, precedido de vómitos, de contenido gástrico y evacuaciones líquidas en número de 8 al día, dolor abdominal difuso, espasmos musculares en miembros inferiores, motivos por los cuales ingresa al servicio de urgencias.

Los procedimientos preliminares que se realizaron en el servicio de Urgencias fueron:

Solución Hartman de 1000 ml + 1 amp de MVI pasar a 125 cc por hora

Trimetoprim con sulfametoxazol 1 tableta cada 12 horas

Itraconazol 100 mg cada 12 horas

Imodium 1 tableta cada 8 horas

Bonadoxina 1 amp IV cada 8 horas

Medidas generales cada 4 horas: posición semifowler, control de líquidos y cuantificación de diuresis espontánea.

Al día siguiente 20 de julio del 2002, pasa al servicio de Aislados Medicoquirúrgicos, en el cual las indicaciones son:

Dieta Normal

Solución Hartman 1000 cc +1 amp de fosfato de potasio pasar 125 cc por hora.

Medicamentos:

Metronidazol 500 mg I.V. cada 8 hora

Loperamida 1 tableta V.O. después de cada evacuación

Convivir 1 tableta V.O. cada 12 horas

Nalfinavir 2 tabletas V.O. cada 8 horas

Bonadoxina 1 amp I.V. cada 12 horas

Signos vitales por turno

Control de Líquidos y diuresis

Recabar exámenes de laboratorio (BH, QS, ES, protocolo de heces)

Vigilar numero y características de evacuaciones

Reportar eventualidades.

PATRONES DE SALUD

Patrón Mantenimiento y Percepción de la Salud

Se consideraba muy sano, hasta hace 2 años que le diagnosticaron VIH. Ahora considera su salud como mala relacionado a su dependencia de los demás. Su higiene dental es deficiente, encontrándose la presencia de caries y halitosis, ausencia de 3 piezas dentarias. Su higiene personal es adecuada. Anterior al padecimiento actual era adicto a múltiples sustancias, actualmente no consume drogas, tabaco, ni alcohol, desde que empezó a manifestar complicaciones de su enfermedad (2 años), refiere no ser alérgico a medicamentos, ropa, ni alimentos.

Tiene antecedentes de no llevar revisión médica periódica ni dental; acostumbra tomar remedios caseros y automedicarse, tanto para la "cefalea como para conciliar el sueño"; conoce la causa de su hospitalización, pero ha suspendido el tratamiento en ocasiones, como el indicado para la tuberculosis.

Dentro de las condiciones generales de la vivienda se encontraron regulares en cuanto a higiene, aunque hay un déficit en el control de vectores así como también convivencia con fauna doméstica.

Basándose en todos los datos antes mencionados, este patrón se considera **disfuncional**.

Patrón Nutricional-Metabólico

Acostumbra alimentarse 3 veces al día, siendo desayuno, comida y cena, con un menú muy variado, incluyendo "comida chatarra" no se observó ingesta suficiente de proteínas animales ni complementos alimenticios.

Su apetito es bueno, solo que al presentarse alguna complicación, que en un año lleva tres manifestándolo con anorexia, su peso actual es de 42 Kg, con una pérdida de 15 Kg de acuerdo a su talla (1,62 m) deteriorándose en los últimos 6 meses. La ingesta de líquidos es de 4 litros al día, el estado de la piel se encuentra en buenas condiciones higiénicas, tiene punción a nivel de subclavia derecha para instalación de catéter venoso, limpia, sin datos de infección. El resto de la piel está íntegra, hidratada, al igual que las mucosas bucofaríngeas, temperatura entre 36 y 37 °C Los datos de la biométrica hemática revelan: hemoglobina 9.5 mg/dl, con un déficit de 5 mg/dl, y leucocitosis: (14,000). Por lo tanto este patrón se considera **disfuncional**.

Patrón de Eliminación

Su hábito de defecación era normal de 2 veces al día, pero presentó diarrea con diferencias 5 diarias, con características de consistencia líquida, color amarillo, en ocasiones café, con dolor abdominal. Se le realizó protocolo de heces resultando sangre oculta ++, se observaron (9) de E. Histolytica, moco +.

La eliminación urinaria tuvo una frecuencia de 7 veces al día aumentando la frecuencia" durante la noche"sin especificar cantidad, de color ámbar, olor característico, sin dolor ni ardor al efectuar la micción. No cuenta con sonda o dispositivo alguno. No se le realizó examen general de orina. Se observó sudoración en cara y manos sin olor ni llegar a diaforesis.

Este patrón se considera **disfuncional** por las evidencias en la función habitual de defecación y bacterias en heces.

Patrón de Actividad y Ejercicio

Presencia de fatiga al caminar, subir escaleras, teniendo necesidad de periodos de reposo cuando las lleva a cabo con aumento en la frecuencia respiratoria a 22 x min. , necesitando apoyo del familiar en ocasiones. Por lo que prefiere permanecer en casa, descansando; a veces realiza actividades domésticas y de higiene personal, sintiéndose independiente para efectuarlas estimándose un nivel de auto cuidado de (0-1).

Se observa hipotonía muscular en extremidades inferiores, así como, parestesias, marcha antalgica y vértigos ocasionales tal vez lipotimias relacionadas al déficit de hemoglobina (9.5 mg/dl) y déficit de electrolitos séricos, ya que se reportan resultados de: hipocalcemia 2.4 mEq/l, hiponatremia 129 mEq/l, hipofosfatasemia 2.5 mEq/l e hipomagnesemia 1.41 mEq/l.

Su electrocardiograma se reporta: rítmico, frecuencia de 75 por minuto, pero con prolongación del QT: 0.44 a expensas de la onda "T", sin lesión ni isquemia, probablemente ocasionado por DHE.

Por los hallazgos se considera este patrón como **disfuncional**.

Patrón de Sueño-Descanso

Su hábito de sueño es de 7 horas diarias, teniendo siestas durante el día considerándolas prolongadas (de 5 horas diarias), en el ambiente hospitalario, le molesta la luz y los ruidos excesivos, manifestándolo con pereza al día siguiente; en ocasiones requiere de algún remedio casero para conciliar el sueño posiblemente se relacione con los largos periodos de siesta diurna y su estancia prolongada en su casa sin convivir con más familiares, amigos y/o vecinos.

Por todo lo anterior se considera este patrón en **riesgo de disfunción**.

Patrón cognitivo-Perceptivo

La agudeza visual sin alteración hasta hoy, con presencia de pterigion en ambos ojos. Al toser o vomitar, le "molesta el oído derecho pero cede después de regurgitar". A la inspección no se encuentra alteración en la integridad física del órgano auditivo. Para la percepción de la prueba de audición se utilizó el roce de los

dedos a una distancia de 30 cm., para lo cual manifiesta escuchar el susurro al frotar los mismos por lo que se supone que el esfuerzo al toser o vomitar eleva la presión intra auricular; el olfato sin dificultad para percibir olores y aromas.

La memoria se encuentra intacta, recuerda hechos presentes y pasados, orientado en tiempo, lugar y persona, (6 puntos), tono de voz fuerte y claro, agudo; a la prueba de sensibilidad demuestra que tolera el frío y calor; su forma de aprender es a través de la lectura de libros, revistas y periódicos sobre asuntos relacionados con su padecimiento.

Demuestra ser enérgico e independiente en la toma de decisiones, aunque pide el apoyo a su hermana en algún planteamiento cuando se encuentra deprimido.

Por los datos de inicio este patrón está en **riesgo de disfunción**.

Patrón de Auto percepción y Concepto de sí Mismo

Su máxima ilusión o deseo en este momento es estar sano. Su preocupación primordial es ser desempleado, lo cual lo hace depender de su hermana y cuñado. Dice estar conforme de ser homosexual, no hay arrepentimiento de nada referente a su vida general, lo que le da seguridad para entender su padecimiento, aunque esto le provoca periodos depresivos, en los cuales piensa en la muerte, deseando en

dedos a una distancia de 30 cm., para lo cual manifiesta escuchar el susurro al frotar los mismos por lo que se supone que el esfuerzo al toser o vomitar eleva la presión intra auricular; el olfato sin dificultad para percibir olores y aromas.

La memoria se encuentra intacta, recuerda hechos presentes y pasados, orientado en tiempo, lugar y persona, (6 puntos), tono de voz fuerte y claro, agudo; a la prueba de sensibilidad demuestra que tolera el frío y calor; su forma de aprender es a través de la lectura de libros, revistas y periódicos sobre asuntos relacionados con su padecimiento.

Demuestra ser enérgico e independiente en la toma de decisiones, aunque pide el apoyo a su hermana en algún planteamiento cuando se encuentra deprimido.

Por los datos de inicio este patrón está en **riesgo de disfunción**.

Patrón de Auto percepción y Concepto de sí Mismo

Su máxima ilusión o deseo en este momento es estar sano. Su preocupación primordial es ser desempleado, lo cual lo hace depender de su hermana y cuñado. Dice estar conforme de ser homosexual, "no hay arrepentimiento de nada referente a su vida general, lo que le da seguridad para entender su padecimiento", aunque esto le provoca periodos depresivos, en los cuales piensa en la muerte, deseando en

ocasiones quitarse la vida o dormirse y no despertar pero no hay datos de haberlo intentado.

Se considera una persona alegre, aunque a veces melancólico, reaccionando a veces con sentimientos de ira o histeria, para no realizar actividades cotidianas o para tratar de mejorar su estado emocional ante las adversidades se encuentran datos de contradicción es y tal vez en una etapa de ambivalencia. Por lo tanto este patrón se considera **disfuncional**.

Patrón Rol-Relaciones

Actualmente desempleado, cuenta con el soporte económico y moral de su hermana y cuñado, así como del resto de la familia como hermanas que viven ya casadas; presentando fricciones en ocasiones, ya que desde su infancia este se fue a vivir con su abuela materna desligándose del seno familiar y a la edad de 18 años cambio su lugar de residencia a otra ciudad, desconociendo las costumbres de sus familiares, ya que no los frecuentaba.

En la actualidad pertenece a una agrupación que lo ayuda con el tratamiento farmacológico y psicológico (CISAL); no tiene amistad con vecinos, ya que tiene poco de residir en el domicilio actual y no los conoce, por lo que se considera un tanto aislado por las evidencias. Por todo lo anterior se considera este patrón en **riesgo de disfunción**.

Patrón de Sexualidad-Reproducción

Expresa cambios en la actividad sexual habitual, ya que desde hace un año es nula, no ha tenido hijos ya que menciona que para tenerlos necesita estar con una mujer, y ha tenido siempre practicas homosexuales, sin protección de ningún tipo y con múltiples parejas. Nunca se ha realizado exámenes prostáticos, ni testiculares. Sus órganos genitales hay datos de manchas hipocromicas relacionadas con herpes genital desde hace 2 años. Es seropositivo a VIH y dados los hábitos de relaciones múltiples y sin protección este patrón se considera **disfuncional**.

Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al Estrés

Se considera una persona alegre y le gusta escuchar música. Al sentirse deprimido lo expresa con llanto o ira, para controlar este tipo de reacción, se dedica a distraerse mirando programas de televisión, salir al exterior de su casa, tomar aire fresco. La frecuencia de estos periodos depresivos es a diario además de dormir (5 horas durante el día) y las ideas de acabar con su vida por lo que se considera un patrón **disfuncional**.

Patrón de Valores y Creencias

Profesa la religión católica, pero no acude a la iglesia, tiene fe en los santos y reza en su casa, se pudo constatar esto, con imágenes, no teniendo ninguna restricción de su iglesia que afecte su vida personal.

Dentro de sus valores morales más importantes está el respeto a sus padres, no le gusta que vean y sufran por el hecho de ser homosexual, aunque es aceptado por toda la familia por lo que se deduce que se alejó de la familia; en estos momentos valora a su hermana ya que antes de enfermarse no los frecuentaba, y casi no los conocía, ya que residía en otra ciudad.

Este patrón se considera **funcional** aunque se obtuvieron leves rasgos de contradicciones entre lo que manifiesta respecto a lo que considera importante (respecto a sus padres... según sigue los mandamientos etc.).

3.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Déficit de volumen de líquidos **r/c** episodio de diarrea de 5 días de evolución **m/p** disminución de Na, K, Ca, electrolitos sericos y disminución de turgencia de la piel y mucosas deshidratadas.

Alteración de la nutrición por defecto **r/c** efectos de incapacidad para absorber nutrientes y déficit de ingesta de proteínas **m/p** pérdida de peso en un 20% al peso ideal, dolor abdominal, HB 9.5 mg/dl.

Intolerancia a la actividad **r/c** debilidad generalizada **m/p** informes verbales de fatiga al subir escaleras y caminar mas de 4 metros, frecuencia respiratoria de 72x min..

Riesgo de infección **r/c** disminución del sistema inmunológico y baja de Hemoglobina. (9.5 mg/dl) .interrupción de tratamiento farmacológicos

Alteración de la dentición **r/c** higiene oral inefectiva **m/p** caries, halitosis y placa dentó bacteriana y adoncia parcial (3 piezas)

Disfunción sexual **r/c** ausencia de modelos y desconocimiento de medidas de protección (sexo seguro) **m/p** cambios del interés en sí mismo necesidad de abstinencia sexual.

Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal **r/c** falta de conocimientos para interpretar la información **m/p** verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en la rutina diaria y múltiples reingresos.

Aislamiento social **r/c** ausencia de compañeros o personas significativas **m/p** verbalización 5 horas de siesta u observación de incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia.

Riesgo de violencia, auto lesión. **r/c** ideas verbales de suicidio, dificultades con sus familiares, cambios del estado de humor y etapas depresivas.

3.3. FORTALEZAS IDENTIFICADAS

- ❖ Como fortalezas cuenta L.A.F.B. con el apoyo económico de sus familiares.
- ❖ Cuenta con el recurso de asistencia del hospital general del estado.
- ❖ Pertenece a una agrupación que lo ayuda con el tratamiento farmacológico y psicológico.
- ❖ La edad del usuario que es de 34 años.
- ❖ Aceptación de identidad sexual y enfermedad.
- ❖ Religión.

3.4. PROBLEMAS INTERDISCIPLINARIOS.

DHE secundario a diarrea y presencia de infección de 5 días de evolución **m/p**
disminución de Na, K, Ca, etc., parestesias y disminución de la turgencia de la piel.

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: L.A.F.B. **FECHA:** 23 DE JULIO 2002. **SEXO:** MASCULINO **NO. DE CAMA:** 5
EDAD: 34 AÑOS **SERVICIO:** AISLADOS MEDICO QUIRURGICOS **DIAGNOSTICO MEDICO:** DHE, GEA, VIH (+)
TRATAMIENTO MEDICO: trimetoprim c/ sulfametoxazol, metronidazol, bonadoxina, imodium, itraconazol.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCIÓN DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>-Déficit de volumen de líquidos r/c episodio de diarrea de 5 días de evolución m/p disminución de electrolitos sericos y disminución de turgencia de piel y mucosas deshidratadas.</p>	<p>L.A Mantendrá un estado de hidratación eficiente de piel y mucosas durante su hospitalización</p> <p>- L.A y la familia identificarán las causas que han provocado el déficit en 2días.</p> <p>-Identificarán las medidas que han de seguir para prevenir/reducir el problema, 2días.</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <p>- Identificar las causas del déficit y la forma de prevenir/reducir en una entrevista con L.A. y I.F.B. el día 25 de julio de 2002</p> <p>-Establecer conjuntamente un programa para aumentar la ingesta de líquidos hasta un mínimo de dos litros por día, matutino 900 ml Vespertino 900 ml Nocturno 200 ml</p> <p>- Administrar los líquidos frecuentemente y en pequeñas cantidades, colocando un recipiente con medidas en mililitros.</p> <p>-Asegurar el seguimiento de una dieta normo sódica y normo proteica con un historial de ingeridos diario.</p> <p>-Extremar las medidas de higiene e hidratación de piel y mucosas: Lavado con agua tibia y jabón con ph igual al de la piel, secado por contacto(sin frotar) aplicación de crema hidratante diariamente.</p> <p>- Control del peso, cada semana diariamente y en ayuno.</p> <p>-Control diario de los aportes y las perdidas (balance hídrico).</p>	<p>-L.A -Familia -Pasantes de enfermería.</p>	<p>-Piel turgente oral -Mucosa hidratada -Na= 142 mg/l -K = 4.5 mg/l -Ca= 8-10 mg/l</p>	<p>-Se logro porque presenta buen estado de hidratación y cifras electroliticas normales.</p>

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: L.A.F.B. FECHA: 23 DE JULIO 2002 SEXO: MASCULINO NO. DE CAMA 5

EDAD: 34 AÑOS SERVICIO: AISLADOS MEDICO QUIRURGICOS DIAGNOSTICO MEDICO: DHE_GEA_VIH(+)

TRATAMIENTO MEDICO: trimetoprim c/sulfametoxazol, metronidazol, bonadroxina, imodium, itraconazol, convivir, indinavir

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCIÓN DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
-Aislamiento social r/c ausencia de compañeros personas significativas verbalización de 5 hrs. de siesta u observación de incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia	L.A. Mantendrá y/o aumentara los lazos de amistad y relaciones interpersonales durante esta etapa de su vida en un mes.	INDEPENDIENTES -Conversar con el usuario acerca de con quien o quienes se siente mas en confianza para localizar a las personas y logren brindar su apoyo. -Animar al usuario a mantener las relaciones de amistades, haciéndole una lista de amigos. - Animar a la expresión de sentimientos de soledad, rechazo o aislamiento, si existen diariamente. - No adoptar una actitud critica, escuchar abiertamente y acoger los sentimientos que se expresan, orientando y enseñando a I.F.B., hijo, y amigos sobre los periodos depresivos que puede presentar L.A. - Ayudar al usuario a conservar el contacto con los demás por teléfono. - Animar a las visitas a que vuelvan a menudo. - Ayudar al usuario a estimar su propia valia y sus logros de forma positiva través de terapia ocupacional y premiarlo o estimularlo con algún presente sobre el trabajo o terapia realizada. - Estimular a sus familiares y amigos a que le traigan recuerdos personales como: cuadros, películas, libros, cintas de música o sorpresas. -Proporcionar al usuario y a sus allegados información sobre otros grupos de apoyo. - Insistir con el usuario y las visitas en que el SIDA no se contagia a través de un contacto casual, como un apretón de manos o un abrazo, para que continúen las caricias físicas	- Usuario -Familiares -Amistades -Grupos de apoyo -Pasantes de enfermería.	-Mantiene relaciones interpersonales sanas y confortadoras con sus allegados. -Manifiesta sentimientos de pertenencia, de ser querido y ayudado, al grupo de allegados. - Manifiesta 3 horas de siesta. - Recibir visitas mas frecuentes. - sale del hogar.	- Se logro en un 80% aunque todavia existe cierto recelo en los cuidados y atenciones al usuario por parte de la familia y allegados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Normales con los demás a través de charlas con rota folios el día 26 de julio de 2002.
- Ser sensibles a los cambios que este experimentando; animarlo a exteriorizar sentimientos, frustraciones, enojo, proporcionándole en impresos mecanismos de adaptación.
- Procurar un ambiente terapéutico para la conversación abierta; escuchar activamente.
-Ergoterapia y / ludo terapia.

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: L.A.F.B. **FECHA:** 23 DE JULIO 2002 **SEXO:** MASCULINO **NO. DE CAMA:** 5
EDAD: 34 AÑOS **SERVICIO:** AISLADOS MEDICO QUIRURGICOS **DIAGNOSTICO MEDICO:** DHE, GEA, VIH (+)
TRATAMIENTO MEDICO: trimetoprim, c/sulfametoxazol, metronidazol, bonadroxina, imodium, itraconazol, convivir, indinavir

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCIÓN DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>-Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p informe verbales de fatiga al subir escaleras y caminar mas de cuatro metros, frecuencia respiratoria de 22 por minutos.</p>	<p>L.A. mantendrá o aumentará la actividad física en niveles óptimos durante el transcurso de su convalecencia.</p>	<p>-INDEPENDIENTES -Identificar las actividades que resulten difíciles para el usuario y que consumen demasiada energía. - Coordinar las actividades para garantizar periodos tranquilos de reposo y sueño. - Realizar ejercicios activos / pasivos cuatro veces al día, en cada articulación, en arco de movimiento. - Graduar la cantidad e intensidad de la actividad que tolera el usuario mediante la vigilancia de expresión verbal y facies de fatiga y los cambios de los signos vitales mas de 20 respiraciones por minuto y más de 85 pulsaciones por minuto. - Ayudar a elaborar objetivos realistas progresivos desde lo simple a lo complicado para ahorrar energía en un listado el día 26 de julio de 2002 a las 11am. - Animar al usuario a que participe en sus cuidados personales según tolerancia, recompensando logros.</p>	<p>-L.A -Pasantes de enfermería</p>	<p>- Participa en sus cuidados personales solo.. -La capacidad para estar activo aumenta: manifiesta verbalmente una sensación de aumento de energía.</p>	<p>Se logro en un 100% ya que el usuario, aumento sus actividades cotidianas y de cuidados personales.</p>

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: L.A.F.B. **FECHA:** 23 DE JULIO 2002. **SEXO:** MASCULINO **NO. DE CAMA** 5
EDAD: 34 AÑOS **SERVICIO:** AISLADOS MEDICO QUIRURGICOS **DIAGNOSTICO MEDICO:** DHE_GEA_VIH.(+)

TRATAMIENTO MEDICO: trimetoprim c/sulfametoxazol, metronidazol, bonadoxina, imodium, itraconazol, convivir, indinavir

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA INDEPENDIENTES	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>-Riesgo de infección r/c disminución del sistema inmunológico y baja de hemoglobina (9.5 mg/dl).</p> <p>-Interrupción tratamiento farmacológico.</p>	<p>- L.A. no presentara signos y síntomas de infección todo el tiempo que dure su hospitalización.</p> <p>- llevara a cabo las medidas de prevención de infección.</p> <p>- la familia colaborara en medidas aplicadas que disminuyan el riesgo de infección dentro y fuera del hospital.</p>	<p>- Vigilar la presencia de síntomas de infección en el personal y las visitas para reducir la exposición del usuario a patógenos extraños mediante entrevista con I.F.B. y A.D.N. el día 24 de julio de 2002 a las 10 AM.</p> <p>- Emplear una técnica estéril (técnica inversa) rigurosa en todos los procedimientos invasivos para evitar la infiltración de patógenos.</p> <p>- Observar los líquidos corporales, la aparición de alteraciones de color, olor o consistencia que puedan indicar infección diariamente.</p> <p>- Asegurarse que L.A. mantenga una higiene personal excelente mediante demostración de áreas de mayor flora residente el día 26 de julio de 2002 a las 10 AM.</p> <p>-Valoración y medición de signos vitales en especial temperatura dos veces por turno.</p> <p>- conocer los riesgos específicos y las medidas que se deben adoptar para prevenir la infección.</p> <p>-Proporcionar una dieta con alimentos higiénicamente preparados y ricos en proteínas y vitaminas como frutas, verduras y alimentos astringentes(caldos como pollo, con carne y los suplementos de proteínas como la soya, lentejas, frijoles.) el día 26 de julio de 2002 a las 11 AM.</p> <p>-Observar la aparición de cualquier signo de infección comunicárselo al medico responsable.</p> <p>- procurar periodos de sueño y reposo sin interrupción con el fin de disponer de energía para combatir la infección.</p>	<p>-Usuario ¿L.A.</p> <p>-Familia</p> <p>-Pasantes de enfermería</p>	<p>-El usuario presenta un aspecto limpio y aliñado.</p> <p>-temperatura entre 36.5 a 37.4 grados centígrados durante su hospitalización.</p> <p>-Presenta mejoría, resolución de las infecciones en curso y/o no aparecen nuevas infecciones.</p>	<p>- Se logra en un 100% ya que el usuario no ha sido hospitalizado.</p>
<p>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</p> <p>Mantener la integridad de la piel y mucosas.</p> <p>-Recomendar la expulsión de las secreciones pulmonares con cambios de posición, tos y respiración profunda.</p>					

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: L.A.F.B. **FECHA:** 23 DE JULIO 2002. **SEXO:** MASCULINO **NO. DE CAMA:** 5
EDAD: 34 AÑOS **SERVICIO:** AISLADOS MEDICO QUIRURGICOS **DIAGNOSTICO MEDICO:** DHE. GEA. VIH (+)
TRATAMIENTO MEDICO: trimetoprim c/sulfametoxazol, metronidazol, bonadroxina, imodium, itraconazol, convivir, indinavir

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCIÓN DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>-Disfunción sexual r/c ausencia de modelos y desconocimiento de medidas de protección (sexo seguro) m/p cambios del interés en sí mismo, necesidad de abstinencia sexual.</p>	<p>-L.A. manifestara conocimiento acerca de las alternativas de expresión sexual después de una sesión de dos horas.</p>	<p>- INDEPENDIENTES Corroborar el nivel de conocimientos acerca del SIDA y la actitud sobre el mismo en relación con la sexualidad el día 24 de julio de 2002 a las 10 AM.en una conversación con L.A. - Aclarar sus dudas y las ideas erróneas, si existen, para asegurarse de que las relaciones se mantienen dentro de los límites de la seguridad "charlas de 20 minutos con impresos el día 25 de julio 2002 a las 11 AM. - Proporcionar oportunidades para la expresión de preocupaciones y miedos con el fin de reducir los sentimientos de aislamiento permanentemente. - Procurar que el usuario disponga de tiempo privado y animarlo a comentar sus problemas y sentimientos incluidos las respuestas imaginadas y el miedo al rechazo. - Proporcionar información sobre métodos alternativos de expresión sexual que eviten las actividades que posibilitan el intercambio de líquidos orales, heces o sangre entre la pareja como caricias, masturbación mutua, masaje y frotamiento entre los cuerpos. - Informar al usuario sobre las directrices para una practica sexual más segura, con demostración de técnica correcta sobre el uso de condón doble, caricias, fricciones el día 24 de julio a las 11 AM. -INTERDEPENDIENTES -Gestión y apartar cita con psicoterapeuta por el centro de apoyo CISAL, que acuda a dos citas por lo menos a la semana.</p>	<p>- El usuario L.A. - Psicólogos o grupos de apoyo de Pasantes de enfermería</p>	<p>Demuestra 2 formas alternativas de expresión sexual. -Identifica 2 practicas sexuales más seguras. -Comenta y planifica actividades sexuales más seguras, hasta bajar niveles virales en sangre.</p>	<p>- Se logra en un 80% sobre conocimientos, pero aun no lleva practicas sexuales por temor a infectar a sus compañeros o pareja.</p>

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: L.A.F.B. **FECHA:** 23 DE JULIO 2002. **SEXO:** MASCULINO **NO. DE CAMA:** 5
EDAD: 34 AÑOS **SERVICIO:** AISLADOS MEDICO QUIRURGICOS **DIAGNOSTICO MEDICO:** DHE, GEA, VIH (+)
TRATAMIENTO MEDICO: trimetoprim c/sulfametoxazol, metronidazol, bonfadoxina, imodium, itraconazol, convivir, indinavir.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
-Alteración de la r/c dentición oral m/p inefectiva caries, placa bacteriana y adoncia parcial (3 piezas).	-L.A. aumentara su higiene bucal en un lapso de 24 horas. -demostrara la técnica de auto cuidado de los dientes y la mucosa oral, después de una sesión de una hora.	-INDEPENDIENTES Valorar las mucosas orales cada doce horas en cuanto a color, humedad, textura y presencia de lesiones a partir del día 24/07/02 - Procurar higiene bucal cada dos horas mientras el usuario este despierto, utilizar utensilios adecuados al estado de las mucosas. - Realizar la higiene bucal lo antes posible después de las comidas para eliminar las partículas de alimentos, a las 9:30 AM. 13:30 y 19 horas. - Utilizar bicarbonato sodico, en colutorios 2 cada 24 horas. - aplicar lubricantes hidrosolubles en labios cada dos horas. - Proporcionar alimentos astringentes que no sean irritantes para las mucosas y puedan masticarse con facilidad: arroz, trigo, garbanzo, (vegetales y frutas). - Evitar alimentos muy dulces, picantes o ácidos mediante un listado de los mismos el día 24/07/02. - Desaconsejar el tabaco y el uso de alcohol y que continúe sin usarlas como hasta ahora..	- Usuario Pasantes de enfermeria.	- El usuario muestra una mucosa oral intacta, la halitosis desaparece. - Higiene oral efectiva.	- Se logra en un 100% ya que se observa una buena higiene bucal. Y desaparece la halitosis

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: L.A.F.B. **FECHA:** 23 DE JULIO 2002. **SEXO:** MASCULINO **NO. DE CAMA:** 5
EDAD: 34 AÑOS **SERVICIO:** AISLADOS MEDICO QUIRURGICOS **DIAGNOSTICO MEDICO:** DHE, GEA, VIH (+)

TRATAMIENTO MEDICO: trimetoprim c/sulfametoxazol, metronidazol, bonadroxina, imodium, itraconazol, convivir, indinavir.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCIÓN DELEGACIÓN	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
<p>-Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal r/c falta de conocimientos para interpretar la información m/p verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en la rutina diaria y múltiple reingreso.</p>	<p>-L.A. demostrara un aumento de las habilidades requeridas para seguir el plan terapéutico en una semana.</p>	<p align="center">.INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar junto con el usuario y la familia las conductas erróneas, porque resultan perjudiciales y las consecuencias previsibles en caso de mantenerlas a través de pláticas de 20 minutos el día 27 de julio de 2002. - Discutir con el usuario /familia las implicaciones familiares, económicas, sociales y laborales del tratamiento a las 10 AM del día 27/07/02. - Si esta indicado, discutir las modificaciones que se han de introducir en el estilo de vida y las razones para ello. - Diseñar un plan realista para incluir, en la medida posible, el régimen terapéutico en las actividades de la vida cotidiana, procurando que las modificaciones sean las mínimas posibles y/o introducirías de manera progresiva, diseñando un calendario con dosis, hora y tipo de medicamento. Y pegarlo en un lugar visible. - Valorara el conocimiento y los patrones de aprendizaje del usuario con interrogantes acerca de su tratamiento y si lo lleva a cabo. <p>Ofrecer variedad de recursos educativos(videos, materiales impresos e instrucción individual).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Impartir una enseñanza básica en relación con la trayectoria de la enfermedad, el control de la infección, los mecanismos de protección y la administración de medicamentos con rota folio invitando a familiares y amigos el día 27/07/02 - Explicar todos los procedimientos y tratamientos al usuario. - Motivar al usuario y a su familia para que formulen preguntas, impartiendo charlas de 20 min. El día 27/07/02 a las 10 am. 	<p>Usuario -Familia -Pasantés de enfermería</p>	<p>-Enlista 3 medidas de admón. De medicamentos. -Conciencia sobre el reingreso en el hospital.</p>	<p>-Se logró en un 100% ya que lleva a cabo su tratamiento, así como conocer mas acerca de su enfermedad.</p>

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: L.A.F.B. **FECHA:** 23 DE JULIO 2002. **SEXO:** MASCULINO **NO. DE CAMA:** 5
EDAD: 34 AÑOS **SERVICIO:** AISLADOS MEDICO QUIRURGICOS **DIAGNOSTICO MEDICO:** DHE, GEA, VIH (+)
TRATAMIENTO MEDICO: trimetoprim c/sulfametoxazol, metronidazol, bonadroxina, imodium, itraconazol, convivir, indinavir

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
-Alteración de la nutrición por defecto r/c incapacidad para absorber nutrientes y déficit de ingesta de proteínas m/p pérdida de peso en un 20% al dolor abdominal, hemoglobina(9.5 mg/dl.)	-L.A aumentará su ingesta de alimentos nutritivos después de un mes de haber egresado de su hospitalización. - La familia demostrará su disposición para crear un ambiente favorable en la recuperación de L.A en menús de 4 semanas.	Independientes Valorar a diario el estado nutricional, peso, turgencia cutánea, masa muscular a la misma hora y antes de haber desayunado y después de haber ido al baño 8 a.m. - Determinar la cantidad y los tipos de alimento que prefiere y pueda tolerar para aumentar la ingestión realizar menús que incluyan fruta, verduras, caldos de pollo, suplementos de proteínas c/soya etc.. -Procurar higiene bucal antes y después de los alimentos, para aumentar el bienestar y el sentido del gusto. -Ofrecer una dieta rica en calorías y proteínas con variación de gusto, textura y presentación de los alimentos para estimular el apetito a través de folletos sobre nutrición. -Procurar que el ambiente sea agradable(enseñanza de limpieza en el hogar). -Animar a sus allegados a que lo acompañen durante la ingestión de alimentos. INTERDEPENDIENTES Sugerir y/o comentar con el medico la pertinencia de complementos alimenticios como el ensure. 1 por c/24 horas	- usuario - familia - pasantes de enfermería L.A. F.B.	-Aumento de 1 Kg. de peso en tres semanas. -Expresión verbal de ingesta de carne, leche, y huevos 1vez por semana.	No se logro, ya que no ingiere suplementos proteínicos y su dieta es pobre en proteínas y no ha recuperado peso.

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: L.A.F.B. **FECHA:** 23 DE JULIO 2002. **SEXO:** MASCULINO **NO. DE CAMA:** 5
EDAD: 34 AÑOS **SERVICIO:** AISLADOS MEDICO QUIRURGICOS **DIAGNOSTICO MEDICO:** DHE, GEA, VIH (+)
TRATAMIENTO MEDICO: trimetoprim c/sulfametoxazol, metronidazol, bonadroxina, imodium, itraconazol.

PROBLEMA INTERDISCIPLINARIO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
-DHE secundario a diarrea y presencia de infección de 5 días de evolución m/p disminución Na, Ca, K, parestesias, disminución de turgencia de piel.	-Mostrará disminución de evacuaciones líquidas, frecuencia y cantidad en el área hospitalaria, en un plazo de 24 horas -Mantendrá y/o identificará los alimentos que debe consumir o evitar para prevenir infecciones futuras después de haber recibido dos sesiones de platicas.	INDEPENDIENTES - Valorar los patrones habituales de evacuación: cantidad, frecuencia, color, consistencia, presencia, manifiesta u oculta de sangre, alimentos sin digerir 2 por turno. - Evaluar el estado de hidratación y electrolítico. - Valorar el abdomen en búsqueda de signo de distensión, ruidos intestinales por turno. - Valorar la presencia de espasmos cólicos. - Pesar al usuario cada día a la misma hora, con la misma ropa, con la misma bascula a las 8 AM. - Corregir la dieta para eliminar alimentos que inducen irritación intestinal, ofrecer comidas frecuentes o pequeñas dividiéndolas en quintos y dieta astringente. - Proporcionar suplementos de proteína y electrolitos. - Proporcionar líquidos al menos en cantidad equivalente a las pérdidas para mantener el equilibrio. INTERDEPENDIENTES - En colaboración con el medico administrar antidiarreico y agentes antiinfecciosos: trimetoprim con sulfametoxazol 1 tab. c/12 horas. -itraconazol 100 mg. C/12 horas. -Metronidazol 500 mg. iv c/ 8 horas. -Convivir 1 tab. v.o. c/12 horas. -Nalfinavir 2 tab. v.o. c/8 horas.. -imodim 1 tab/8 horas. VO. - Realizar periódicamente exámenes de laboratorio(electrolitos sericos, hemoglobina, coproparasitoscopico) cada tercer día -Proporcionar suplementos de proteína como ensure. -Proporcionar electrolitos vía oral. -Rehidratación por vía intravenosa : sol hartman 1000 cc. + 1 ampulia de MVI. Pasar 125 cc. Por hora.	- L.A. - pasantes de enfermería -químicos -médicos -di etologa-	-Disminuye la frecuencia y la intensidad del dolor abdominal, los espasmos cólicos y las deposiciones diarreicas por día. - El peso se mantiene o aumenta según necesidad. - El usuario es capaz de identificar los alimentos que debe consumir, evitar para prevenir la exacerbación del problema.	- Se logró en un 100% ya que no presenta evacuaciones diarreicas, dolor abdominal, y evita los alimentos condimentados y comida chatarra.

PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: L.A.F.B. **FECHA:** 23 DE JULIO 2002. **SEXO:** MASCULINO **NO. DE CAMA:** 5

EDAD: 34 AÑOS **SERVICIO:** AISLADOS MEDICO QUIRURGICOS **DIAGNOSTICO MEDICO:** DHE, GEA, VIH (+)

TRATAMIENTO MEDICO: trimetoprim / sulfametoxazol, metronidazol, bonadroxina, imodium, itraconazol, convivir e indinavir.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EJECUCION DELEGACION	INDICADORES DE EVALUACION	RESULTADOS
<p>Riesgo de violencia, auto lesión. r/c ideas verbales de suicidio, dificultades con sus familiares, cambios del estado de humor, y etapas depresivas.</p>	<p>El usuario identificara formas aceptables liberar sentimientos hostiles agresivos, sufriendo lesiones autoprovocados (suicidio). La familia expresara su comprensión de la importancia y el significado de la conducta del usuario.</p>	<p>INDEPENDIENTES. - Transmitir una actitud por parte de su familia y amigos de dedicación y preocupación por el usuario. - Reducir los estímulos de ira, hostilidad por parte de su familia. - Retirar los objetos potencialmente peligrosos(objetos afilados, cinturones, artículos de vidrio, y fármacos). - No dejarlo solo cuando se llegasen a dar situaciones de ira o enojo. - Aproximarse con el usuario con tranquilidad, de un modo no amenazador, y hablar con tono de voz suave y uniforme. - Dar la oportunidad de expresar sus preocupaciones, pensamientos, y sentimientos sobre todo de suicidio que puedan haber desencadenado su reacción actual. - Brindarle técnicas de relajación u otra forma de cómo aliviar la tensión reprimida(actividades físicas, manualidades est.) e identificar los recursos personales con que cuenta y los mecanismos de afrontamiento efectivos puestos en marcha en otras situaciones. - Obtener del usuario el pacto conductual de que no se dañara así mismo. INTERDEPENDIENTES Lograr que exteriorice sus pensamientos de suicidio con el psicólogo, psiquiatra y grupos de apoyo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Usuario. - Familia - Amigos - Pasantes de enfermería. - Psicólogo. - Psiquiatra. - Grupos de apoyo. 	<p>El usuario no se empeña en adoptar conductas violentas y muestra para evitar esos pensamientos de suicidio.</p>	<p>El usuario mantiene el autocontrol, evitando así dañarse el mismo.</p>