

**PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON VIH-SIDA  
EN LA FUNDACION HERES SALUD DE SANTA MARTA 2008 - 2009**

**PRESENTADO POR:  
KAREN CABANA JIMENEZ  
SUSANA DE LA CRUZ DE LA CRUZ  
ERIKA TORRES ORTIZ**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
DISEÑO DE INVESTIGACION  
SANTA MARTA DTCH  
ENFERMERIA  
2008**

**PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON VIH-SIDA  
EN LA FUNDACION HERES SALUD DE SANTA MARTA 2008- 2009**

**KAREN CABANA JIMÉNEZ  
SUSANA DE LA CRUZ DE LA CRUZ  
ERIKA TORRES ORTIZ**

**ASESORA DE INVESTIGACIÓN:  
EDILTRUDIS RAMOS**

**ASESORA METODOLOGÍA:  
MARGARITA MONTOYA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN  
SANTA MARTA DTCH  
ENFERMERÍA  
2008**

## **AGRADECIMIENTOS**

Nuestra tesis fue una inspiración creada a partir de ese sentir que tenemos como cuidadoras principales de los pacientes. Ese deber que nos impulso a crear un protocolo basado en la necesidad del cuidado del VIH/SIDA. La cual requirió de mucho esfuerzo y dedicación por parte nuestra y de las asesoras del proyecto.

Son tantas personas a las cuales debemos parte de este triunfo, que sin ellas no hubiese sido posible la finalización de esta meta.

Queremos dar gracias a Dios por regar en nosotras su amor infinito al darnos la fortaleza que nos permitió sobrellevar aquellos obstáculos que en algún momento fueron un tropiezo mas en el camino, pero su presencia nos ayudo a enfrentarlo con sabiduría y entrega para llevar a cabo el proyecto planteado. Del mismo modo, le damos gracias por habernos puesto en el camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradecemos a nuestros padres por su permanente compañía durante nuestra formación profesional. Porque gracias a su apoyo y consejo hemos llegado a realizar la más grande de nuestras metas. La cual constituye la herencia más valiosa que pudiéramos recibir. Sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo, queremos que sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que nos ayudo a conseguirlo fue su apoyo.

Una vez mas queremos agradecer a eso familiares y amigos quienes nos conocieron tal como somos, comprende dónde hemos estado, nos acompañaron en nuestros logros y en especial los fracasos, celebraron nuestras alegrías, compartieron nuestro dolor y jamás juzgaron aquellos errores.

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	6
2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA.....	8
3. OBJETIVOS	
3.1 GENERAL.....	10
3.2 ESPECIFICOS.....	10
4. JUSTIFICACION.....	11
5. ANTECEDENTES.....	13
6. MARCO TEORICO.....	22
6.1. Historia natural de la enfermedad.....	22
6.2. Inmunología.....	23
6.2.1. Como afecta el virus al sistema inmune.....	24
6.3. Ciclo de replicación del VIH.....	28
6.4. Formas de transmisión del VIH.....	30
6.4.1 Transmisión sexual.....	31
6.4.2 Transmisión sanguínea.....	32
6.4.3 Transmisión madre e hijo.....	32
6.5. Manifestaciones clínicas.....	34
6.6. Métodos diagnósticos.....	37
6.7. Tratamiento antirretroviral.....	40
6.8. Derechos de las personas que viven con VIH-SIDA.....	41
7. MARCO CONCEPTUAL.....	44
8. DISEÑO METOLOGICO.....	49
8.1. Tipo de estudio.....	51
8.2. Universo, población y muestra.....	52
8.3. Tipo de muestreo .....	52
8.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	53
8.5. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO .....	54

8.5.1 Guía de valoración según los patrones funcionales de salud.....	54
8.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS.....	56
8.7 Aspectos éticos.....	57
9. RESULTADOS.....	60
9.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	133
10. DISCUSIÓN.....	144
11. RECOMENDACIONES.....	147
12. CONCLUSIONES.....	149

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

## INTRODUCCIÓN

El SIDA resulta ser una enfermedad devastadora, tiene como resultado un incremento en la morbilidad y mortalidad, dando lugar a la pérdida de población.

Se ha convertido en la última pandemia del Siglo XX y los profesionales de la salud desempeñan un importante papel en el manejo de esta patología, no sólo por la atención que pueden prestar a las personas afectadas, sino también por la trascendencia que la opinión y la actitud de estos profesionales tienen a la hora de dar información para reducir las conductas de riesgo y evitar cualquier tipo de marginación de personas seropositivas y de enfermos de SIDA.

Este estudio se hizo necesario porque los pacientes con VIH-(Virus de Inmune Deficiencia Humana) – SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida ) sufre de un sinnúmero de complicaciones que agravan su salud física, psicosocial e integral; en la cual el que el profesional de enfermería, actúa como ente proveedor de servicios de salud, realiza un acto personal, ético, creativo y solidario a las personas en el proceso salud-enfermedad, especialmente a los enfermos con SIDA, a sus familiares y a la sociedad en general, que precisa una atención adecuada. Este tiene la finalidad de fortalecerlo emocional y espiritualmente, proporcionando así unos cuidados de enfermería con calidad y eficiencia.

Lo más importante de esa intervención consiste en la organización del trabajo que debe ser con el equipo interdisciplinario de salud, coordinando de manera integral las actividades; con la finalidad de dar respuestas a las necesidades del enfermo que sufre este tipo de patologías, tanto físico, psíquico, social, espiritual y al mismo tiempo

interactuar en un ambiente terapéutico en el cual se sienta seguro y confiado y se integre con el personal especializado, convirtiéndose el profesional de enfermería en el vínculo de esa integración.

Por lo anteriormente expuesto se estableció un Plan de Atención de Enfermería (PAE) que satisface de manera lógica e integral cada una de las necesidades del paciente con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida con el objetivo de promover el bienestar del paciente en el desarrollo de su enfermedad.

En la valoración de las necesidades del paciente con el VIH –SIDA, se identifican las situaciones de salud a través del instrumento realizado por Marjory Gordon “Guía de valoración según los *Patrones Funcionales de la Salud*” en donde describe, analiza y caracteriza las alteraciones que presenta el paciente. Esto dará lugar para enfocar los diagnósticos de enfermería según la taxonomía de la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) y las intervenciones planteadas en el NIC (*intervención de enfermería*), enfocando los criterios de valoración en las operaciones del NOC (*clasificación de los resultados en enfermería*).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La epidemia de VIH-SIDA en Colombia es superada en Latinoamérica según el número de casos acumulados de infección solamente por Brasil y la de México. La tasa más alta de incidencia acumulada se registra en el distrito capital de Santa Fe de Bogotá (63.0 por 100,000 habitantes), seguida del valle del Cauca, Antioquia, Atlántico y Santander.

El comportamiento de la epidemia de VIH/SIDA en nuestro país presenta una transición demográfica progresiva del predominio en varones homosexuales al predominio en población heterosexual femenina y masculina.

El protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-SIDA se hace necesario para la orientación del manejo, seguimiento y control de la enfermedad por VIH/SIDA. Además de garantizar la atención integral en salud de los pacientes teniendo en cuenta el aspecto del desarrollo humano, los estilos de vida y las alteraciones de la salud.

Ante la magnitud del problema de salud pública representado por la enfermedad del SIDA, es importante que el profesional de enfermería reflexione acerca de los cuidados a los enfermos con SIDA para ayudarlo en la satisfacción de sus necesidades, ya que por lo general estos manifiestan aislamiento y abandono social, vulnerando sus derechos humanos siendo esto último una situación dolorosa para los mismos en su condición de persona, que precisan un trato compasivo, humano y competente, lo que no solo muestra el duro rostro de las respuestas solidarias ante esta problemática, sino que también se ha evidenciado la poca disposición de algunas autoridades sanitarias en cuanto a determinar objetivos y misión, en relación con el cuidado que se debe proveer al infectado por el VIH y al enfermo con SIDA por parte del personal de salud,



especialmente por el profesional de enfermería, en cada nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.

La intervención del profesional de enfermería es importante para hacer valer sus propios valores, en relación al perdón y de confianza con su DIOS y vivir hasta el final con una actitud de esperanza consigo mismo y en los demás a través de un plan de cuidado de enfermería según las necesidades afectadas que se detecten en el enfermo con SIDA.

***¿Cuáles son las necesidades que presenta una persona con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y como el profesional de Enfermería debe intervenir en este tipo de patologías?***

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un protocolo de cuidados para pacientes con VIH SIDA en la ciudad de Santa Marta para el profesional de enfermería, mediante la valoración de la situación salud del paciente a través del instrumento Marjory Gordon, con el fin de fomentar el bienestar biopsicosocial de la persona afectada.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir las características sociodemográficos de los pacientes con VIH/SIDA que asisten a la fundación HERES.

Valorar el estado de salud del paciente con VIH/SIDA de la fundación HERES en el periodo 2008 - 2009, a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Establecer los diagnósticos de enfermería mediante la taxonomía NANDA.

Plantear los resultados esperados NOC.

Determinar los cuidados y actividades NIC de enfermería a pacientes con VIH-SIDA.

Diseñar un plan de Atención de Enfermería (PAE), específicos según las necesidades encontradas para los pacientes con VIH SIDA y familiares.

## JUSTIFICACIÓN

Durante el desarrollo de las prácticas profesionales se observa un sinnúmero de patologías que necesitan ser tratadas, estas ofrecen al personal de enfermería realizar los procedimientos pertinentes para abarcarlas en su ámbito biopsicosocial, el cual permita ofrecer su pronta rehabilitación. Entre estas patologías encontramos el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) que representa un problema de salud pública debido al incremento que se ha observado en estos últimos años, las personas que presentan este tipo de enfermedad van a encontrarse no solo con problemas físicos sino que además se van a enfrentar con problemas a nivel emocional por la discriminación en su entorno a nivel laboral, social y familiar.

Es necesario recordar que la función del profesional de enfermería va encaminada a identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, establecer planes de cuidado y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

En enfermería no ha habido un pronunciamiento científico sobre el cuidado del paciente con SIDA, haciéndose necesario elaborar un protocolo que guíe las acciones del profesional enfermería, para satisfacer las necesidades del paciente.

Por todo lo presente, es que esta investigación tendría gran importancia, debido a que abarcaría las necesidades físicas y emocionales de las personas que padecen de esta enfermedad mortal y a la vez abordar las relaciones interpersonales que ellos manejan, esto permitirá sentirse reconocidos, atendidos y respetados en su condición de persona.

Por otro lado, este estudio servirá para fortalecer el programa de enfermería como disciplina en lo que compete con el cuidado de los pacientes con VIH SIDA, contribuyendo a un bienestar de vida óptimo mediante la creación y aplicación del PAE.

En cuanto a las líneas de investigación de la Universidad del Magdalena que fortalecerá la presente propuesta encontramos:

**Grupo: CIENCIA DEL CUIDADO – Línea “Cronicidad y autocuidado”** dirigida por la Enfermera Magister Ediltrudis Ramos. Se fortalece ya que se van a plantear un protocolo de los cuidados de los pacientes con VIH SIDA, en donde se plantean las actividades más pertinentes para el manejo de estos pacientes, ayudándolo a obtener un estado de vida más favorable.

**Grupo: INVESTIGACIÓN EN GESTIÓN SALUD PÚBLICA** a cargo de la Enfermera Magister Martha Paredes. Teniendo en cuenta que la salud pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo, siendo uno de los componentes e indicador de las mejores condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de todos los sectores y la comunidad. Nuestro estudio va a permitir minimizar el número de casos, puesto que, fomentaría un cuidado óptimo y el manejo de la patología para evitar posibles contagios a personas que maneje una relación cercana con el paciente.

## ANTECEDENTES

La infección del VIH es una pandemia mundial que afecta a los millones de personas que viven con esta infección y sus familias.

Sigue notificándose en muchos países un trato irracional y discriminatorio de personas que viven con el VIH y el SIDA, con violaciones de sus derechos al trabajo, vivienda, educación e inclusive la atención en salud y de enfermería.

La calidad de vida de las personas que viven con el VIH-SIDA puede mantenerse principalmente mediante cuidados de enfermería amplios, competentes y compasivos.<sup>1</sup>

**África subsahariana** continúa siendo la región más gravemente afectada, donde el sida todavía es la causa principal de mortalidad.<sup>2</sup>

En la **Unión Europea**, la epidemia del SIDA no da señales de declive. En Europa Occidental, a pesar de la disponibilidad de pruebas, tratamiento y cuidados del VIH, el número de nuevos casos comunicados de VIH se ha duplicado desde 1995 hasta hoy.<sup>3</sup> En Europa Central, la mayoría de las nuevas infecciones se han registrado en Polonia, con una prevalencia del 11%<sup>4</sup>

En muchos países europeos, no existen o no se aplican programas de prevención, formación y tratamiento del VIH/SIDA. En los países de altos ingresos, la disponibilidad

---

<sup>1</sup> CIE. La infección por VIH y el SIDA. EN: international council of nurse. (2008). Pág: 1-3

<sup>2</sup> ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA. EN: programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH SIDA y Organización Mundial de la Salud (OMS). (Dic del 2007). Pág: 9-42. ISBN 9789291736232

<sup>3</sup> Comisión de las Comunidades Europeas. 'Planteamiento coordinado e integrado para combatir el VIH/SIDA en la Unión Europea y en sus alrededores'. EN: international council of nurse. (Mar del 2004).

<sup>4</sup> Protección de la salud y de los consumidores, de la Comisión de las Comunidades Europeas. Eurovigilancia. Boletín europeo de las enfermedades transmisibles'. EN: international council of nurse. Vol. 8, N° 3, (Mar de 2003).

y posibilidad del tratamiento antirretroviral (ARV) pueden haber sido causa de autosatisfacción en las personas y de disminución de las iniciativas de prevención.

En Europa Occidental, si bien el sexo entre hombres y el uso de drogas inyectables siguen estando entre los principales factores de la epidemia, un número mayor de personas adquiere la infección por las relaciones heterosexuales sin protección. En algunos países, han aumentado las tasas de infección entre las trabajadoras del sexo.

Por otra parte, hay pruebas de que personas más jóvenes se inician en prácticas sexuales inseguras. Según un estudio europeo, por lo menos las adolescentes suecas utilizan el preservativo.<sup>5</sup>

Muchas personas que corren el riesgo de contraer el VIH, o viven con él, son objeto de estigma y discriminación. Estos factores impiden que esas personas descubran su condición de seropositivos y busquen tratamiento, lo que puede impulsar la difusión de la enfermedad.

Para las personas seropositivas, son factores importantes de su estilo de vida una buena nutrición, el ejercicio físico, el respeto de la medicación y las prácticas de seguridad alimentaria. El hábito de fumar, las drogas y el alcohol deben evitarse porque pueden debilitar el sistema inmune del cuerpo y dejar a las personas más indefensas ante las infecciones.

La epidemia del VIH/SIDA **en América Central** es cada vez más grave. Y aunque la epidemia sigue concentrada en poblaciones de alto riesgo, se está generalizando en algunos de los países, La transmisión del VIH en América Central se debe

---

<sup>5</sup> The Body. June 8, 2004. The Complete HIV/AIDS Resource, HIV/AIDS Newsroom archives from. [base de datos: www.thebody.com]. Europa. 10 de mayo del 2009. [Consultado: 22 de mayo del 2009].

principalmente a las relaciones heterosexuales, y aunque hay más hombres que mujeres con SIDA en América Central, la brecha de género se está cerrando.

En general, la epidemia se concentra en poblaciones de alto riesgo como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras comerciales del sexo, prisioneros, población Garifuna (grupo afrocaribeño) en el caso de Honduras.<sup>6</sup>

**En América latina y el Caribe** En el 2006, casi 1,7 millones de personas vivían con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, dos tercios de las cuales habitan los cuatro países más grandes: Brasil, México, Colombia y Argentina.<sup>7</sup>

La epidemia del VIH/Sida en **Colombia** se caracteriza como concentrada, significando esto que la infección está aún particularmente confinada a grupos definidos de población de alta vulnerabilidad.

La feminización de la epidemia está ocurriendo gradualmente a nivel nacional y en algunas regiones esta realidad es evidente desde hace varios años. Se observa a nivel nacional un progresivo cambio del patrón predominante de transmisión homosexual hacia el predominio de la transmisión por coito heterosexual, particularmente evidente en la región nor-oriental (Santander y Norte de Santander) y en los departamentos de la región Caribe, donde el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes ha aumentado a mayor velocidad que en hombres de la misma edad desde comienzos de los noventa.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> JACKSON Stevan. VIH-SIDA en Centroamérica. [base de datos: Grupo del Banco Mundial]. Panama. Red Disponible en internet: <<http://go.worldbank.org/75CRXO8N60>>. Fecha de publicación: Octubre del 2003."actualizado en 18 de mayo del 2009"

<sup>7</sup> JACKSON Stevan. VIH-SIDA en América latina y el Caribe. [Base de datos: Universia]. Colombia. Red disponible en internet: <http://www.universia.net.co/vih-sida/destacado/el-vih/sida-en-america-latina-y-el-caribe.html>. Publicado: Abril del 2007. [Consultado el 21 de mayo del 2009].

<sup>8</sup> Programa Conjunto de Las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Situación en Colombia.[Base de datos: ONUSIDA]. Colombia. 2004. [Consultado el 10 de noviembre del 2008]. Red Disponible en internet < <http://www.unicef.org.co/ONUSIDA/index.html> >

Una mejor calidad de vida se asocio a una ausencia de morbilidad psíquica y a la presencia de apoyo social, a la vez se observa el papel fundamental que juega el apoyo social como amortiguador de la morbilidad psíquica en este tipo de pacientes. Estos resultados ponen en relieve la importancia que los factores psicosociales tienen durante el transcurso de enfermedades de carácter crónico.<sup>9</sup>

En los pacientes con VIH-SIDA se presentan factores de riesgo socio familiares como la pobreza, la violencia intrafamiliar, entre otros; esto contribuye a que experimenten conductas sexuales riesgosas y dependencia de sustancias. Además, en el ámbito hospitalario, los portadores asumieron roles pasivos ante su proceso de salud-enfermedad. También se demostró que no se tiene una identificación del rol de enfermería como profesión y disciplina, situando al personal de enfermería según su percepción dentro del paradigma de categorización.<sup>10</sup>

La relajación es un método efectivo pues reduce el estrés, los niveles de ansiedad y de depresión, con lo cual se mejora la integridad del sistema inmunológico y aumentan los aspectos positivos respecto a su calidad de vida. Finalmente, es necesario aclarar que la estrategia de relajación varía de acuerdo con las características de cada sujeto.<sup>11</sup>

El apoyo familiar tiene una influencia importante para la aceptación del tratamiento y de la enfermedad; sin embargo, se evidencia que hace falta información y manejo en la familia y el paciente en forma conjunta.

---

<sup>9</sup> Martín P., Prada J., Morales L., Ruiz I., Arco A., De Labry A., López M., Delgado C., Rodríguez J., López M., Muñoz N., Pasquau J., Causse M., De la Torre J., Muñoz I., Herrero M, Martínez J. "IMPACTO DEL APOYO SOCIAL Y LA MORBILIDAD PSÍQUICA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRATADOS CON ANTIRRETROVIRALES". En: Psicothema. Vol. 17, Nº. 2, 2005. ISSN 0214-9915. Pag. 249

<sup>10</sup> JIMÉNEZ Karen, MARTÍNEZ Carolina, LEIVA Viriam. "Hombres adultos portadores de VIH-SIDA, percepciones e interacciones con los miembros del equipo de salud, durante las estancias hospitalarias en el 2005". En: Enfermería actual de Costa Rica. V. 5 (11). 2007. P. 1. ISSN 1409-4568

<sup>11</sup> Leiva V., Alfaro J., Soto N. "Análisis del entrenamiento en técnicas de relajación para el manejo del estrés, impartido por enfermería, en una población con VIH-SIDA: estudio de caso único". En: Revista Enfermería Actual en Costa Rica, Nº. 14, 2008 ISSN 1409-456.



En el aspecto social debido a la estigmatización de esta enfermedad la sociedad continúa rechazándolo.<sup>12</sup>

Existe toda una dimensión social, asociada con valores, imágenes y prejuicios, en la que las personas con VIH se han visto obligadas a encarar un desafío no menos arduo: el del estigma y la discriminación. El riesgo de perder el trabajo es mayor entre este colectivo que entre la población general. Y continúa: “La pérdida del puesto de trabajo y de ingresos laborales podría estar teniendo lugar cuando se diagnostica la infección por VIH o Sida”.<sup>13</sup>

El riesgo de infarto de miocardio (IM) en personas con VIH es, en términos generales, entre un 70 y un 80% más alto. El aumento de la esperanza de vida de las personas con VIH en los países ricos gracias a la mejora de los tratamientos ha convertido a la ECV en una de las principales preocupaciones en el manejo de estos pacientes. Recientes estudios señalan un elevado riesgo cardiovascular entre las personas infectadas por VIH, y la ECV se ha convertido en una de las principales causas de muerte en esta población.<sup>14</sup>

El diagnóstico VIH positivo puede ser considerado como un acontecimiento potencialmente estresante y traumático, al estar asociado con un proceso de enfermedad de carácter crónico, irreversible y mortal que involucra, además, sentimientos de vergüenza, rechazo social, posible pérdida de trabajo y desprestigio

---

<sup>12</sup> Estrada A., Vera V. Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. En: Rev Hosp Jua México 2004; Vol. 71

<sup>13</sup> Pérez P. VIH Y TRABAJO. [Base de datos: Universia]. Disponible en: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/economica/vih-y-trabajo.html>>. Jul 2008. (Consultado el 18 de febrero 2009).

<sup>14</sup> Pérez P. 2008. Mortalidad por enfermedad cardiovascular en personas con VIH. [Base de datos: Universia]. Disponible en: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/mortalidad-por-enfermedad-cardiovascular-en-personas-con-vih.html>> Jul 2008 (Consultado el 18 de febrero 2009).

social. La percepción que tienen las personas con VIH de su relación familiar, influye sobre su estado emocional y psicológico; cuando perciben una situación de indiferencia, es cuando más consecuencias negativas se tienen.<sup>15</sup>

La forma más habitual de transmisión del VIH es a través del contacto sexual, estimándose que el 85% de las infecciones se produce por esta vía. La infección por VIH también puede producirse por un contacto directo entre la sangre de dos personas (que tiene lugar principalmente cuando los usuarios de drogas inyectables [UDI] comparten material de inyección) o por la transmisión de madre a hijo, bien durante el parto o a través de la leche durante la lactancia.<sup>16</sup>

Los pacientes con VIH/SIDA presentan manifestaciones de ansiedad y depresión, principalmente en las primeras etapas de la enfermedad, pero sin diferencias significativas entre asintomáticas y sintomáticos. (AU) La enfermedad por VIH/SIDA ocasiona un fuerte impacto psicológico en el paciente afectado, principalmente cuando se entera de su diagnóstico y durante la etapa temprana de la enfermedad.<sup>17</sup>

Los problemas de la piel, las uñas y el cabello son un asunto muy serio para las pacientes VIH/SIDA. Estos ocurren hasta en un 90% de las personas que viven con VIH y a menudo, dichas personas experimentan dos o más problemas relacionados a la vez, por lo que consideramos de sumo interés.

La interconsulta con el infectólogo o dermatólogo debe ser considerada en el manejo de

---

<sup>15</sup> Canario J., Báez M. Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH-SIDA. [Base de datos: Universia]. Santo Domingo. Disponible en: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/psicologica/distorsiones-cognitivas-en-personas-que-viven-con-vih-sida.html>> Ago 2006. [Consultado el 08 de marzo del 2009].

<sup>16</sup> Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Entender la transmisión del VIH. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/entender-la-transmision-del-vih.html>> Feb 2008. (Consultado el 14 de febrero del 2009)

<sup>17</sup> Pimentel M., Bisco A. NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES VIH/SIDA SINTOMÁTICOS Y ASINTOMÁTICOS. "Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna". Peru. Vol. 13 N°1 – 2000. Consultado. 16 de Enero 2009. Red disponible en internet: < <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/spmi/v13n1/Niveles%20de%20ansiedad.htm> >

estos pacientes, esto es debido a las posibles complicaciones: como la persistencia, expansión o reaparición de las lesiones; así como también infecciones bacterianas secundarias en la piel y aparición de nuevos síntomas.<sup>18</sup>

La pérdida del apetito y una dieta deficiente son causas importantes de la pérdida de peso asociada a la infección por el VIH. Es necesario desarrollar maneras de mejorar la alimentación, y documentarlas.<sup>19</sup>

La Nutrición es importante para las personas que viven con el VIH ya que debilita el sistema inmunológico exponiendo el cuerpo a infecciones. Pueden causar problemas de nutrición algunas de las medicinas que se estén tomando, la terapia antirretroviral, el estrés, la angustia, el estar solo, la fiebre, demasiada tensión, alergias a alimentos, la propia infección o una combinación de éstas.<sup>20</sup>

La diarrea es uno de los efectos secundarios más comunes del VIH, las infecciones intestinales y los medicamentos anti-VIH.

El VIH puede vivir en las paredes internas del intestino. El VIH, las afecciones relacionadas con éste y los medicamentos anti-VIH pueden ocasionar problemas en el intestino. Aquí se producen infecciones difíciles de tratar y se encuentran depósitos ocultos (bolsillos) de VIH. La actividad del VIH puede afectar a las paredes internas del intestino y puede llevar a: Cambios en la capacidad del cuerpo para procesar los

---

<sup>18</sup> Bello V; Osorio J; Guerra M; Tovar V. Molusco Contagioso Infección Oportunista Del VIH/SIDA. En: Acta odontológica Venezolana. Vol. 43 Nº 2 2005. (Mar 2004). ISSN 0001-6365.

<sup>19</sup> Infosida. VIH y Alimentación equilibrada. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/vih-y-alimentacion-equilibrada.html>> Dic 2008. [Consultado el 05 de abril del 2009].

<sup>20</sup> Portal VIH y Sida. Nutrición y el VIH. [Base de datos: Universia]. Chile. Disponible en internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/nutricion-y-el-vih.html>> Mar 2007. [Consultado el 22 de febrero del 2009]

alimentos y los medicamentos, más infecciones estomacales, diarrea (a veces grave), pérdida de peso.<sup>21</sup>

La mayoría de los medicamentos para el VIH incluyen la fatiga como potencial efecto secundario. La fatiga es un sentimiento general de cansancio que no desaparece incluso tras haber descansado.

La fatiga puede también ser causada por realizar más actividad de la que puedes permitirte.

También puede ser provocada por un desequilibrio hormonal como por ejemplo niveles bajos de testosterona o de DHEA (dehidroepiandrosterona) tanto en hombres como en mujeres.<sup>22</sup>

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA nos desafían a todos: al Estado, a las instituciones de salud, a los trabajadores de la salud, a sus organizaciones gremiales, a las personas infectadas, sus familias y la comunidad en general a identificar e intervenir las causas de esta situación, la cual sólo podrá vencerse con unas políticas gubernamentales específicas, de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y si nuestros cuidados y tratamientos conllevan respeto y dignidad.

El estigma y la discriminación impulsan la epidemia del VIH/SIDA, pues crean una cultura de secretismo, silencio, vergüenza y victimización. Esto aumenta el sufrimiento y tiene consecuencias sociales y económicas devastadoras para las personas que viven con la enfermedad, sus familias y las comunidades. La vergüenza que va unida al estigma sentido, disuade a las personas de buscar asesoramiento, pruebas y tratamiento, esto significa que algunas personas prefieren desconocer su propia

---

<sup>21</sup> Margolese S. Preocúpate por tu intestino. En: Revista the well Project. Diciembre de 2004.

<sup>22</sup> Fatiga sensación de cansancio. GTT (Grupo de Trabajo sobre el Tratamiento del VIH). Nov. 2007. [Consultado el 09 de agosto del 2008]. Disponible en internet: <[http://www.gtt-vih.org/aprende/enfermedades\\_y\\_sintomas/sintomas/fatiga\\_cansancio](http://www.gtt-vih.org/aprende/enfermedades_y_sintomas/sintomas/fatiga_cansancio)>.

situación, por temor a perder su secreto, a perder su puesto de trabajo, la ruptura de relaciones, el ostracismo social o, inclusive, ser objeto de violencia.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Suárez B. Contra el estigma del VIH / SIDA. Revista de ciencias sociales realidad económica. Nov 2007. [Consultado el 16 de abril del 2009]. Disponible en internet: <<http://www.iade.org.ar/modules/noticias/article.php?storyid=2140>>

## MARCO TEORICO

### HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

A principio de los años ochenta se identifico un tipo de infecciones sumamente infrecuentes en adultos jóvenes que por los demás parecían sanos. La causa de este síndrome era una entidad desconocida que aparentemente atacaba el sistema inmunitario del organismo. Se le dio el nombre de SIDA; entre 1983 y 1984, los investigadores aislaron un nuevo virus el VIH que era la causa de la patología.

Esto posibilito el desarrollo de una prueba para la detección de anticuerpos contra le virus. Se comprobó que el VIH era un agente infeccioso catalogado como retrovirus. Se conocían diferentes retrovirus que infectaba especies animales, pero, hasta entonces habían sido patógenos exenciionales para el hombre. Es posible que el VIH hay estado infectado de forma relativamente benigna a algunas poblaciones humanas durante mas de 20 años.

A principio de los años ochentas se creían que solo 100 mil adultos en todo el mundo estaban infectados por el VIH. A finales del 2001, el numero de adultos y niños que vivían con el VIH o con SIDA había aumentado a mas de 40 millones.

El SIDA, la infección por el VIH se caracteriza por tener largos periodos de incubación; es decir, que puede transcurrir años entre el momento de la infección y la aparición de los primeros síntomas de SIDA, se ha catalogado como una enfermedad incurable y que produce la muerte la mayoría de las veces. La probabilidad de desarrollar la enfermedad se incrementa con el tiempo; sin embargo, hasta la fecha no se concluye si todas las personas infectadas por el VIH de manera inevitable progresaran a la enfermedad final (SIDA) o morirán.

Esto significa que, aun que el SIDA sea una enfermedad grave que amenaza la vida y la infección por el VIH sea la condición previa y necesaria para desarrollar tal enfermedad, el hecho de estar viviendo con el VIH no significa que la persona tenga que vivir inexorablemente en un tiempo dado.<sup>24</sup>

## **INMUNOLÓGIA**

El sistema inmune surgió para combatir las infecciones causadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y helminto. Estos patógenos pueden ser responsables de infecciones intracelulares o extracelulares, para las cuales la respuesta inmune debe ser diferente.<sup>25</sup>

Para eliminar un patógeno que haya establecido una infección lo primero que debe de hacer el sistema inmune es reconocerlo como tal y a continuación desarrollar una respuesta adecuada para destruirlo. Para ello cuenta con diversos tejidos células y moléculas y dos tipos de mecanismo que actúan de manera coordinada: unos innatos (fagocitos, inflamocitos, linfocitos NK, complementos), con receptores inespecíficos de reconocimiento del antígeno, que no presentan memoria y que actúan en la primera fase de la infección, y otros adaptativos (linfocitos T y B), inducibles, caracterizados por su especificidad para reconocer los antígenos por selección clonal y por la memoria inmunológica. La respuesta de los leucocitos atraviesan tres fases principales: reconocimiento, activación y función efectora.

---

<sup>24</sup> Luque R. El SIDA en primera persona. Primera edición. Bogotá. Editorial Panamericana. 2001. Pág.,61 – 65

<sup>25</sup> Regueiro J. Inmunológica: Biología y Patología del Sistema Inmune. Tercera Edición. Madrid (España). Editorial Médica Panamericana. 2004. Pág.; 1-8.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se caracteriza por el desarrollo de diferentes infecciones y neoplasia oportunista, es decir, que solo se manifiesta clínicamente en condiciones de inmunodeficiencia profunda.<sup>26</sup>

Desde el punto de vista general, la inmunidad se puede definir en dos clases: **natural** y **específica**. La primera se refiere a respuesta inmunitaria, como las células “asesinas” naturales y activación del complemento, que son inespecíficas y que aparecen sin “preparación” del sistema inmunitario. Inespecífico indica que aparece de la misma respuesta inmunitaria, cualquiera que sea la naturaleza del antígeno extraño.

La inmunidad específica es la respuesta a la exposición de un antígeno específico (preparación) y se desarrollo en dos ramas paralelas: una humoral y otra celular.

La inmunidad humoral se efectúa a través de la producción de anticuerpos, y la inmunidad mediada por células se realiza por medio de células inmunes, sobre todo a través de las células T citotóxicas.

## **COMO AFECTA EL VIRUS AL SISTEMA INMUNE**

Los mecanismos mediante los cuales el VIH es capaz de producir la enfermedad son múltiples y complejos.

Cuando un microorganismo o sustancia extraña entra a nuestro cuerpo, (incluido el VIH) el sistema inmune pronto pone en juego diversas funciones y mecanismos defensivos

---

<sup>26</sup> Ibid., P. 1-8.



para neutralizarla. Partes vitales de tales mecanismos son un tipo de glóbulos blancos denominados linfocitos T4 también conocidos como células CD4.

El VIH tiene la capacidad de insertarse dentro de estas células para lograr replicarse utilizando el material genético de la misma.

No hay que olvidar que al inicio de la infección el sistema de defensa aun funciona correctamente y reacciona contra el virus. Se produce entonces una sustancia química (proteínas especializadas) conocidas como anticuerpos.<sup>27</sup>

La única función del virus una ves ha ingresado a la célula es hacer nuevas copias de si mismo. El proceso de replicaron viral terminara por agotar y dar muerte a las células de donde saldrán todo los nuevos virus a infectar otras células CD4. Aumentando así el nivel de virus (carga viral) disminución el nivel de células (CD4).

El proceso se perpetua, no sin que el organismo trate de compensar la perdida aumentando su producción de linfocitos CD4 que, sin embargo , también pueden ser infectados. Así, poco a poco el sistema de defensa se va deteriorando a tal punto que no es eficaz en combatir cierto tipo de enfermedades, conocidas como enfermedades oportunistas.

Se supone que ha mayor cantidad de virus circulantes, el nivel de linfocitos CD4 caerá más rápidamente facilitando la aparición de la enfermedad y que un nivel bajo de virus puede correlacionarse con un mejor nivel de defensas orgánicas.

---

<sup>27</sup> LUQUE. Op.cit., P. 61 – 63.

**Infección primaria:** tan pronto como la persona se infecta lo que conoceríamos como día “cero” de la infección, y en las semanas subsiguientes, no existe nada que indique que la infección se haya producido. La persona conserva íntegro su estado de salud y no existe ningún síntoma que señale la presencia del virus dentro del organismo. Sin embargo, el virus entra a buscar una especie de glóbulos blancos específicos conocidos como linfocitos CD4, que hacen parte del sistema inmune o de defensas corporales.

A las pocas semanas (de 2 a 4), el sistema inmune puede reaccionar a la presencia del virus y la persona manifiesta los síntomas de un cuadro viral donde puede aparecer ulceraciones en la mucosa, inflamación en algunos ganglios en el cuello, fiebre, erupciones rojas en la piel y faringitis.<sup>28</sup> Estas manifestaciones desaparecen rápidamente (1 a 2 semanas) así el paciente puede interpretarla como un cuadro viral similar a la gripa.

Hay que tener en cuenta que estos síntomas iniciales no se presentan en todas las personas o simplemente puede pasar de inadvertidos y con el tiempo no ser asociados a la infección. No obstante, tales síntomas significan que el virus se está insertando dentro del organismo y que el sistema de defensa ha empezado a movilizarse produciendo anticuerpos contra el virus.

Durante esta primera fase la prueba de anticuerpo contra el VIH aun es negativa, y tan solo se tornara positiva al cabo de unas cuantas semanas mas (de 3 a días) no obstante, la prueba de carga viral será positiva pues el virus se está replicando dentro del organismo. Los conteos de carga viral supera durante esta primera fase el millón de copias del VIH por cada mililitro cúbico de sangre.

---

<sup>28</sup> Ibid., P. 61 – 63.

**Infección asintomática:** la persona infectada por el VIH puede verse y sentirse bien durante muchos años después de haber adquirido la infección. A esta fase se le conoce como periodo “asintomático” ya que la persona no presenta ningún síntoma de la enfermedad. El individuo no sabrá que tiene circulando el virus en su sangre a menos que se realice una prueba diagnóstica. Durante este periodo, el virus se está multiplicando dentro del organismo, principalmente a nivel de los ganglios linfáticos, reduciendo poco a poco la cantidad de linfocitos CD4 presentes en el organismo.

Mientras que el virus se multiplica, la célula CD4 van siendo afectada, y en consecuencia, su cantidad disminuye en el organismo. Usualmente tenemos entre 1.000 y 1.200 linfocitos CD4 por  $\text{mm}^3$  de sangre.<sup>29</sup>

A medida que el virus va matando este tipo de células, el organismo intenta compensar la pérdida y genera mayor producción de linfocitos. Con el tiempo y a pesar de una disminución notable una cantidad de 500 – 600 linfocitos por  $\text{mm}^3$  puede ser aun suficiente para que la persona se defienda de las infecciones oportunistas, sin embargo, cuando la célula CD4 descienden por debajo de 200  $\text{mm}^3$  de sangre, la posibilidad de desarrollar síntomas de SIDA se ve incrementada altamente.

**Infección por VIH avanzado o SIDA:** a medida que el sistema de defensa se deteriora y los linfocitos disminuyen por debajo de 200  $\text{mm}^3$  de sangre la persona es mas propensa a verse afectada por lo que se conoce como enfermedades oportunista; esto es, enfermedades que normalmente son controladas por un sistema inmune y sano, a parecerán con mayor facilidad en una persona seropositiva para el VIH, que en una que no tenga deteriorado su sistema de defensa.

---

<sup>29</sup> Ibid., P. 61 – 63

Durante esta etapa cualquiera enfermedad que presente la persona infectada por el VIH, el diagnóstico cambia y se empieza a catalogar como caso de SIDA.<sup>30</sup>

Sin embargo, esto no quiere decir que la persona se encuentre en estado terminal o que este condenado a morir. Bien es cierto que hasta la fecha no se ha logrado una curación para la infección por el VIH, pero la mayoría de las enfermedades oportunistas se pueden tratar con los medicamentos y la persona puede recuperarse totalmente, volver a sus actividades laborales y gozar de relativo buen estado de salud. El SIDA se manifiesta de múltiples formas dependiendo de factores tales como el tipo de respuesta inmunitaria contra el VIH, del tipo del virus que circula en la sangre, de si la persona esta o no esta en tratamiento antirretrovirales, de las medidas de autocuidado, del tipo de control medico que se lleve, de la clase de enfermedad oportunista que se presente y de la agresividad o virulencia de la misma, así como del estado nutricional y del estado general de salud de la persona, ente otros. En última, de esto dependerá realmente si la persona puede recuperar su estado de salud y de si el SIDA puede o no provocar la muerte.

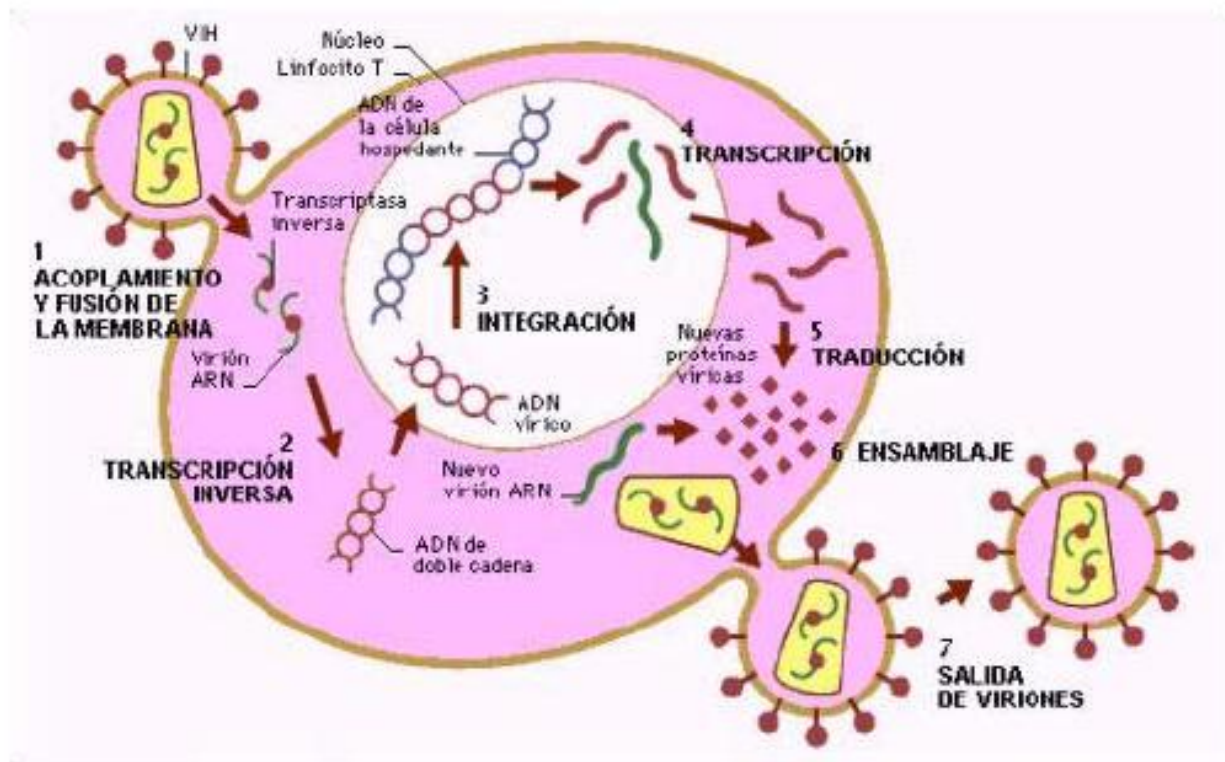
## **CICLO DE REPLICACIÓN**

El ciclo de replicación comprende varias etapas comunes a todos los retrovirus. En una fase inicial o temprana, el virus se une a receptores específicos de la célula gracias a la glicoproteína de superficie. Las membranas vírica y celular se fusionan y la cápside viral entra en la célula.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Ibid., P. 61 – 63

<sup>31</sup> Overbaugh J, Miller A, Eiden M. Receptor and entry cofactors for retroviruses include single and multiple transmembrane-spanning proteins as well as newly described glycoposphatidylinositol-anchored and secreted proteins. *Microbiol and Mol Biol Rev* 2001; 65: P. 371-89.



Las enzimas víricas permanecen asociadas al ARN genómico formando un complejo nucleoproteico. La síntesis de ADN vírico, incluyendo las LTR, se produce en el citoplasma a través de la RT. La actividad ARNasa H de la RT degrada la hebra de ARN y casi simultáneamente emplea la del ADNc como molde para sintetizar una segunda hebra de ADN, convirtiéndolo en bicatenario. Este permanece unido al complejo nucleoproteico, con el que pasa al núcleo celular y, mediante la Integrasa (IN), el ADN viral se integra (provirus) en el genoma celular, donde puede permanecer por un tiempo indefinido. Luego viene la fase de trascrición de los genes, originando ARN que sirven como genoma del nuevo virión y ARN mensajeros para las poliproteínas. Las proteínas de *gag* y *pol* se asocian con el ARN viral formando un “core” intracelular, mientras que las proteínas de *env* se insertan en la membrana plasmática de la célula.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Ibid., P. 371-89.

Tras el ensamblaje, se produce la salida de la célula por gemación, durante la cual el virus adquiere la doble capa lipídica de su envoltura. Estudios recientes sugieren que la salida de la partícula viral se produce en lugares determinados de la célula. Parece ser que Gag migraría hacia zonas de la membrana ricas en determinados lípidos; son las llamadas balsas o raft. Las proteínas asociadas a estos raft que se incorporan a la envuelta del virus desempeñarían también un papel importante en la replicación viral.

Finalmente se produce la maduración de las partículas gemadas mediante el procesamiento de las poliproteínas por la Proteasa (PR) viral que corta las poliproteínas precursoras. Los principales productos son las proteínas de la matriz (p17), cápside (p24), nucleocápside (p7) y la p6 (proteína). La proteasa es solamente activa dentro del virión. La maduración del VIH constituye un mecanismo importante para el diseño de antirretrovirales.<sup>33</sup>

## **FORMAS DE TRANSMISION DEL VIH**

El virus que causa el SIDA se transmite solo a través de tres mecanismos: por las relaciones sexuales desprotegidas, a través de la sangre y de la madre al hijo (antes, durante o después del nacimiento).

Aunque son varios los factores que determinan que se produzca o no la infección, la explicación básica consiste en que el VIH se encuentra dentro de los linfocitos CD4. Esta clase de glóbulos blancos esta presente en varios líquidos corporales, pero principalmente sangre y en las secreciones genitales humanas.<sup>34</sup> Así, pues, para que

---

<sup>33</sup> Dietrich U. HIV-1 entry inhibitors. AIDS Rev 2001, 3:4-12.

<sup>34</sup> LUQUE. Op.cit., P. 74

se de la infección, se necesita de tal tipo de fluidos de una persona infectada ingresen en el organismo de otra que no lo esta.

## **TRANSMISION SEXUAL**

La sangre, el semen y las secreciones vaginales se intercambian durante las relaciones sexuales con penetración del pene, ya sea en la vagina, en la boca o en el ano. En estas cavidades existen mucosas que, con el frote producido durante la relación sexual, pueden llegar a romperse o figurarse, permitiendo así la puerta de entrada para el virus<sup>35</sup>.

Aunque la transmisor del VIH a través de relaciones buco-genitales es bastante discutida, y aparentemente acarrear menos riesgos, se conocen casos de transmisor por relaciones pene-boca (felación). En efecto, el semen infectado, en la boca, transmitirá el VIH a través de cualquier cortada o ulcera.

Siempre que haya intercambio de secreciones infectantes durante relación sexual, el VIH puede pasar, ya sea de hombre a mujer, de mujer a hombre, de hombre a hombre o de mujer a mujer.

La transmisión puede verse aumentada si existen úlceras previas en las mucosas genitales, por presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, por falta de circuncisión en los hombres, por relación sexual traumática o por desfloración en las mujeres.

---

<sup>35</sup> Ibid., P. 75

## **TRANSMISION SANGUINEA**

Para que esta forma de transmisor ocurra, se necesita que la sangre de una persona infectada ingrese en el organismo, ya sea a través de transfusiones o elementos cortopunzantes, tales como jeringas, maquinas de afeitar, equipos de odontología sin esterilizar y agujas de tatuaje o acupuntura que se encuentra contaminado con sangre<sup>36</sup>.

La forma más eficaz de transmisión por esta vía se da, sin lugar a dudas, por el compartir jeringas infectadas para el uso de drogas intravenosas.

El riesgo para los trabajadores de salud es mucho menor, en el que se deben asumir las medidas de bioseguridad en el ámbito hospitalario.

## **TRANSMISION DE LA MADRE AL HIJO**

Si la madre tiene el VIH puede transmitirlo a su bebe, ya sea durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin embargo, no todos los niños que nacen de madres infectadas serán afectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana<sup>37</sup>.

Aunque es muy difícil determinar en que momento pasa el virus al niño, se cree que esto sucede durante el parto. Diversos factores influyen para que se de la transmisión de madre a hijo, también conocida como transmisor vertical o perinatal. Influyen el

---

<sup>36</sup> Ibid., P. 75

<sup>37</sup> Ibid., P. 76



tiempo que lleve la madre infectada, siendo mas frecuente la transmisión si la infección en la madre es reciente, pues aun el organismo no ha producido defensas contra el virus, o cuando la infección es tardía y se presentan los síntomas del SIDA, pues las defensas orgánicas están tan deterioradas que se incrementan la cantidad de virus presente en la sangre (carga viral).

Otro factor que influye es la cantidad de sangre presente durante el parto, o si el parto es instrumentado, siendo mayor riesgo de transmisión si se utilizan fórceps o instrumentos de monitoreo que se colocan sobre el cuero cabelludo del niño por nacer. Igualmente, el riesgo es mayor si el parto es prematuro, si se presenta ruptura prematura de membranas por más de 4 horas, o si la madre sufre algún tipo de infección concomitante, como la sífilis, el herpes o la hepatitis B. El parto por cesárea parece proteger del riesgo de infección, por lo que se recomienda el programa de intervención quirúrgica en las madres infectadas, antes de iniciar el trabajo de parto.

Dado que el virus también se encuentra en la leche materna, se recomienda no lactar al bebe, y la única excepción seria aquella en la que la condiciones de pobreza de la madre fueran tan extremas que hubieran mayor riesgo de muerte para el niño por desnutrición que por el SIDA en si mismo.

Hoy por hoy, se recomienda que toda mujer infectada y que este en embarazo, inicie un tratamiento preventivo con drogas antirretrovirales. Administrado durante el embarazo, en el momento del parto, y al bebe durante las primeras semanas de vida.

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

La forma de presentación es muy variable de un individuo a otro y se debe considerar un muy amplio espectro de manifestaciones clínicas, algunas de ellas muy propias como el complejo de demencia relacionado a SIDA o la trombocitopenia por VIH. Sin embargo, la mayoría de las veces la sintomatología va a ser debida a infecciones o neoplasias oportunistas y la afección única o concomitante de múltiples aparatos y sistemas dependiendo del grado de inmunosupresión al momento que la persona busca atención médica.<sup>38</sup>

## **MANIFESTACIONES EN TRACTO GASTROINTESTINAL**

En la cavidad oral podemos encontrar lesiones herpéticas con vesículas o úlceras en el borde mucocutáneo de los labios, la comisura, los carrillos, lengua o incluso un compromiso extenso como la estomatitis.

Candida albicans, es frecuentemente identificada por las lesiones blanquecinas, puede producir placas eritematosas en paladar duro o pequeñas úlceras en la comisura bucal.

Leucoplaquia vellosa; ésta se presenta como placas blanquecinas en el borde de la lengua en forma de pequeñas columnas.

De los procesos neoplásicos, el sarcoma de Kaposi se puede presentar como lesión única o múltiple de color rojo violáceo.

---

<sup>38</sup> Roussell H. Programa de actualización continúa en infectología C4 VIH-SIDA: PAC INFECTO-1. Primera edición. México. Editorial intersistemas S.A de C:V Copyright. 2005

Gingivitis, en el individuo afectado por VIH se puede presentar con cuadros muy severos.

*El esófago:* lesiones en su tercio inferior, producidas por *Candida albicans*, citomegalovirus o herpes simple como los más frecuentes.

*En estómago:* disminución en la producción de ácido que se encuentra particularmente en los pacientes con enfermedad avanzada y que dificultan la digestión de alimentos y la absorción de algunos medicamentos que requieren de un pH ácido como el ketoconazol. Esto también facilitaría el paso de microorganismos comunes y oportunistas.

*En duodeno:* giardiasis y cryptosporidiasis;

*En yeyuno e íleon* se ha informado salmonelosis, tuberculosis y particularmente en la porción terminal del íleon perforaciones por citomegalovirus.

*En colon* podemos encontrar amibiasis, infecciones por *Mycobacterium avium intracellulare*

*En recto y ano:* problemas comunes como hemorroides, fisuras, úlceras, papilomas, gonorrea, sífilis y síndrome diarreico.

## MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS

El sistema nervioso tanto central como periférico es frecuentemente involucrado tanto por el virus mismo como por las infecciones oportunistas e incluso por los medicamentos antirretrovirales.<sup>39</sup>

Alteraciones:

Complejo de demencia; se caracteriza inicialmente por pérdidas temporales de la memoria progresando hasta una demencia severa similar a la producida por la enfermedad de Alzheimer.

Neuropatía por VIH que se caracteriza por una sensación de adormecimiento con hipersensibilidad dolorosa de forma bilateral más frecuente en las extremidades inferiores (piernas y pies) pero puede incluir también o algunas veces sólo en las superiores (antebrazos y manos).

Toxoplasmosis cerebral que se manifiesta por los efectos de masa de las lesiones del protozoo produciendo cefalea, hemiparesia y algunas veces convulsiones y alteraciones del estado de la conciencia.

La meningitis por *Cryptococcus neoformans*; se manifiesta con cefalea intensa generalizada exacerbada en la región retroocular; la hipertensión endocraneal.

---

<sup>39</sup> Ibid.

## METODOS DIAGNOSTICOS

Los métodos para diagnosticar la infección de los virus de la inmunodeficiencia humana se basan principalmente en los siguientes principios: la detección de anticuerpos contra el virus como el ELISA y Western blot<sup>40</sup>, la detección del material genético del virus mediante la reacción en cadena de la polimerasa (RCP), el cultivo del virus y la detección del antígeno p 24 mediante un sistema inmunoenzimático<sup>41</sup>.

El sistema de ELISA es indudablemente el que más se utiliza en la práctica diaria; éste se basa en una serie de reacciones antígeno–anticuerpo y en una reacción enzima–substrato. Este estudio permite saber finalmente si el suero del paciente que estamos estudiando tiene o no anticuerpos contra algunas de las estructuras del virus que son utilizadas como antígenos en el primer paso de esta técnica.

El Western blot; este se basa esencialmente en separar las principales estructuras del virus en un gel de poliacrilamida, mediante la aplicación de corriente eléctrica la cual hace correr estas proteínas y glicoproteínas de acuerdo a su peso molecular. Una vez separadas, son transferidas a un papel de nitrocelulosa donde se agrega el suero en estudio y si éste tiene anticuerpos contra las estructuras virales nos daremos cuenta por la presencia de bandas.

Los resultados que nos informa el laboratorio son tres: un resultado positivo es cuando aparecen múltiples bandas, un resultado negativo es cuando no aparece ninguna banda

---

<sup>40</sup> Ibid.,

<sup>41</sup> Ibid.,

y un resultado indeterminado es cuando sólo aparece alguna o algunas bandas pero que no son suficientes indeterminados en una forma más temprana.<sup>42</sup>

Se repite el Western blot cada dos meses hasta los seis meses y si éste continúa indeterminado es considerado como negativo, ya que si se tratara de una infección temprana, este período bastaría para hacerse positivo, es decir, aparecerían el resto de las bandas necesarias para el diagnóstico. En los casos donde la sospecha clínica es importante, porque el paciente presente signos de inmunodeficiencia o infecciones oportunistas, se puede solicitar un ELISA o un Western blot específicos para el VIH.

La reacción en cadena de la polimerasa (RCP) es un método cualitativo de diagnóstico que se basa en la detección del ADN proviral también llamado provirus que es obtenido en el ciclo de replicación viral después de que el ARN viral ha sido transcrito hacia ADN mediante la transcriptasa reversa. Este método es aun más complejo y costoso que los descritos previamente y se justificaría su uso sólo en situaciones clínicas especiales:

Como es el caso de los hijos de madres infectadas por el VIH en donde los exámenes basados en búsqueda de anticuerpos (Ac) como el ELISA y WB no serían de utilidad, puesto que la madre le transfiere a su producto Ac en forma pasiva haciendo imposible determinar cuales bebés realmente están infectados y cuales no. La RCP detecta material genético viral, totalmente independiente de la presencia o ausencia de anticuerpos y es por lo tanto de mucho valor diagnóstico.

---

<sup>42</sup> Ibid.,

El cultivo viral, si bien es factible realizarlo no es utilizado como método rutinario de diagnóstico ni aun en los países de alto desarrollo económico; en parte por toda la infraestructura que se requiere, pero también por lo poco sensible que es el método con la tecnología actualmente disponible, quedando su uso restringido a los laboratorios de investigación.

El antígeno P 24 se puede determinar mediante un sistema de ELISA que inicia con Ac contra este Ag fijo en la placa a la cual se le agrega la muestra problema. Sin embargo, la utilidad clínica de esta prueba es muy limitada, debido a que sólo es positiva en la etapa inicial de la infección por unas semanas, cuando el paciente presenta el llamado síndrome retroviral agudo. En el resto de la evolución es negativo por años. En estadios finales de la enfermedad puede volver a salir positivo al existir más virus en circulación. En muchos estudios clínicos de los años de 1980 se utilizaba como marcador subrogado para medir respuesta al tratamiento; pero en este sentido ha sido desplazado por la medición de la carga viral que refleja mejor la realidad.

## TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

El tratamiento específico de la infección por el VIH se inició en la segunda mitad de la década de los ochenta con el uso del AZT (zidovudina o azidotimidina) como único antiviral a dosis altas e intervalos de administración cada cuatro horas.<sup>43</sup>

A finales de 1999 contamos con tres grupos de medicamentos antirretrovirales; el primer grupo está formado por los inhibidores de la transcriptasa reversa que químicamente son análogos de los nucleósidos: AZT (zidovudina), DDI (dedoxiinosina), DDC (dodeoxicitosina), 3TC (lamivudina), D4T (stavudina), ABC (abacavir); en el segundo grupo tenemos a los inhibidores de las proteasas: saquinavir, ritonavir, indinavir, nelfinavir y amprenavir y en el tercer grupo están los inhibidores de la transcriptasa en reversa que químicamente *no* son análogos de los nucleósidos: nevarapime, delavirdine y efavirenz.

Sin embargo para tener éxito en el tratamiento del paciente infectado con VIH se requiere el entendimiento y la atención a múltiples aspectos que participan en el proceso y no sólo conocer las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los medicamentos, empezando por aceptar que tratamos enfermos y no enfermedades es decir seres humanos con cualidades y defectos y en particular con una patología compleja, cargada emocionalmente y con un estigma social importante.

La primera consideración que tenemos que hacer es cuando iniciar tratamiento antirretroviral, ya que no se trata de una decisión automática de que una vez

---

<sup>43</sup> Ibid.,



establecido el diagnóstico se inicie necesariamente el tratamiento; en particular si el individuo se encuentra libre de síntomas, se recomienda evaluar el grado de daño al sistema inmune mediante la medición de los linfocitos CD4 y hacer una determinación de la carga viral; si el conteo de linfocitos es menor de 500 cel/mm<sup>3</sup> o la carga viral es mayor de 10 000 (bDNA) ó 20 000 (RT–PCR) copias/mL y el paciente está dispuesto a tomar medicamentos se inicia tratamiento; si el paciente tiene una infección oportunista se recomienda también iniciar el tratamiento incluso sin esperar los resultados de linfocitos y carga viral.

## **DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA**

Declaración Universal de los Derechos de las Personas con VIH/Sida. Está declaración se apoya en las recomendaciones realizadas, entre otros, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Europea (UE), la UNESCO y la Organización Internacional del Trabajo (OTI).<sup>44</sup>

1. Cualquier acción que vulnere los derechos de las personas con VIH/Sida y que limite, impida o niegue su participación en actividades laborales, escolares, sociales o de cualquier otra índole, por su condición de infectados/as o enfermos/as, es discriminatoria y debe ser sancionada.

2. La discriminación en el trabajo debe ser combatida. La infección por el VIH no es motivo de cese laboral ni causa legal de despido, y el trabajador/a no está obligado/a a informar al empresario de su infección.

---

<sup>44</sup> Derechos de las Personas que viven con el VIH/SIDA. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en internet: <[http://www.universia.net.co/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=6213](http://www.universia.net.co/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=6213)> Mar 2007. (Consultado el 22 de Noviembre del 2008)

3. A ningún/a alumno/a o profesor/a, se le puede negar el derecho de asistir a clase y participar en las actividades escolares por el hecho de estar infectado/as o enfermo/a de Sida.

4. Negar el derecho al alojamiento o vivienda por causa del Sida es una violación de la Constitución.

5. Las personas afectadas por el VIH/Sida tienen el mismo derecho a la asistencia médica que el resto de los ciudadanos.

6. El derecho a la confidencialidad y a la intimidad debe ser escrupulosamente observado. Cualquier referencia a la condición de la infección por el VIH o a la enfermedad, sin el consentimiento de la persona afectada, viola los derechos de la Constitución.

7. La prueba para conocer la condición, o no, de infectado/a por el VIH, así como cualquier tipo de examen médico, son voluntarios y no pueden realizarse sin el consentimiento de la persona afectada.

8. A falta de una vacuna, la única forma de evitar la transmisión del virus del Sida es la puesta en práctica de las medidas preventivas, que son: no compartir jeringas ni el resto de útiles de inyección, usar el condón en las penetraciones anales y/o vaginales, no ingerir ni tener en la boca semen o flujo vaginal y evitar el embarazo si estás infectada.

9. Por la forma de actuar el virus, muchas personas pueden no conocer su condición de seropositividad hasta transcurrido cierto período de tiempo y durante el cual pueden transmitir el virus. Por tanto la responsabilidad de la puesta en práctica de las medidas

de prevención no es solamente de las personas con VIH/Sida sino de todos los ciudadanos/as, afectados/as y no afectados/as.

10. Apoyar a las personas con VIH/Sida, no es sólo una forma de ser solidario con ellas sino con nosotros mismos, y defender sus derechos supone defender también nuestros derechos y los de todos/as los/as ciudadanos/as.

## MARCO CONCEPTUAL

**Anticuerpo:** proteínas especiales producidas por el organismo que destruyen un germen específico. Sustancia en la sangre formada en respuesta a la invasión de agentes patógenos tales como virus, retrovirus, hongos y parásitos. Usualmente los anticuerpos defienden al cuerpo contra la invasión de agentes patógenos.<sup>45</sup>

**Antirretrovirales:** grupo de medicamentos que actúan, específicamente, contra el VIH, inhibiendo su reduplicación.<sup>46</sup>

**Casos de Sida:** persona infectada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que presenta signos y síntomas asociados con cualquiera de las enfermedades concomitantes a la inmunosupresión que definen SIDA.<sup>47</sup>

**Células T:** tipo de glóbulo blanco esencial del sistema inmunológico; ayuda a regular el sistema inmunológico y controla las funciones macrofagicas de la célula B.<sup>48</sup>

**Conducta con riesgo:** acción o conjunto de acciones y actividades que asumen las personas, exponiéndose directamente a la posibilidad de infectarse con el VIH.<sup>49</sup>

**Condón:** dispositivo de látex o goma muy fina para cubrir el pene erecto; cuando se usa correctamente, puede proteger contra la trasmisión del VIH.<sup>50</sup>

---

<sup>45</sup> Valencia J. Respondiendo sobre el SIDA. Santa Fe de Bogota. Editorial Policromia Digital. 2000. P. 99

<sup>46</sup> Ibid., 99

<sup>47</sup> Ibid., 100

<sup>48</sup> Ibid., 100

<sup>49</sup> Ibid., 100

<sup>50</sup> Ibid., 100

**Contacto genital:** contacto entre los órganos sexuales de dos personas.<sup>51</sup>

**Discriminación:** amenaza o vulneración del derecho a la igualdad mediante actitudes o prácticas individuales o sociales, que afecten al respeto o la dignidad de la persona o grupo de personas y el desarrollo de sus actividades, por la sospecha o confirmación de estar infectada por el VIH.<sup>52</sup>

**ELISA:** ensayo con enzima inmunoabsorbente. Prueba de sangre usada para detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH; los resultados que indican la presencia de anticuerpos contra el VIH deben ser confirmados con la prueba de western – blot ante de considerar que una persona esta infectada por el VIH.<sup>53</sup>

**Enfermedad de trasmisión sexual (ETS):** enfermedad que es trasmitida durante la relación sexual a través del contacto sexual entre personas.<sup>54</sup>

**Enfermedad infectocontagiosa:** enfermedad producida por la transmisión del agente causal que la causa, ya sea por contacto directo con la persona afectada o por otra vía, como el aire, los alimentos, el agua, u otras.<sup>55</sup>

**Epidemia:** rápida propagación de una enfermedad o dolencia en la población.<sup>56</sup>

---

<sup>51</sup> Ibid., 101

<sup>52</sup> Ibid., 101

<sup>53</sup> Ibid., 101

<sup>54</sup> Ibid., 101

<sup>55</sup> Ibid., 101

<sup>56</sup> Ibid., 101

**Estado terminal:** situación clínica con eminencia de muerte, no reversible, en la cual, según criterio médico, una persona no tiene posibilidad de recuperar su estado de salud.<sup>57</sup>

**Incidencia:** número de casos nuevos en un tiempo, población y lugar determinados.<sup>58</sup>

**Infección por el VIH:** presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el organismo de una persona, confirmada por pruebas diagnósticas de laboratorio.<sup>59</sup>

**Infecciones oportunistas:** infecciones que están dormidas en el cuerpo hasta cuando el sistema es seriamente dañado o comprometido y emergen activamente.<sup>60</sup>

**Inmunodeficiencia:** falla, daño, o disminución del sistema inmunológico de una persona para producir una respuesta ante la presencia de agentes o sustancias biológicas extrañas, por diferentes causas.<sup>61</sup>

**Portador:** persona que tiene en su organismo un microorganismo o una enfermedad.<sup>62</sup>

**Prevalencia:** número de casos totales o acumulados durante el desarrollo de la epidemia en una población dada, en un tiempo determinada.<sup>63</sup>

---

<sup>57</sup> Ibid., 102

<sup>58</sup> Ibid., 103

<sup>59</sup> Ibid., 103

<sup>60</sup> Ibid., 103

<sup>61</sup> Ibid., 103

<sup>62</sup> Ibid., 105

<sup>63</sup> Ibid., 105

**Prevención:** adopción de medidas adecuadas tendientes a evitar los riesgos de contaminación y trasmisión del VIH. <sup>64</sup>

**Pruebas positivas:** exámenes de laboratorio que reportan la existencia de evidente infección por el VIH. <sup>65</sup>

**Retrovirus:** virus RNA que tiene una enzima (transcriptasa reversa) que puede causar la elaboración de una copia de DNA o RNA viral. Los retrovirus causan sarcomas y leucemias y SIDA en el hombre. <sup>66</sup>

**Seronegativo:** resultado de una prueba diagnóstica no reactiva o negativa para la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). <sup>67</sup>

**Seropositivo:** término que describe la aparición de anticuerpos en el suero del paciente, que permiten diagnosticar el estado de infección por un agente, mediante una prueba de laboratorio. <sup>68</sup>

**SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida):** conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario de una persona o como consecuencia de la infección por el VIH. Término que define la enfermedad o al grupo de pacientes que la padecen. <sup>69</sup>

---

<sup>64</sup> Ibid., 105

<sup>65</sup> Ibid., 105

<sup>66</sup> Ibid., 105

<sup>67</sup> Ibid., 106

<sup>68</sup> Ibid., 106

<sup>69</sup> Ibid., 106

**Sistema inmunitario:** parte del organismo que destruye los gérmenes y células externas contra los agentes patógenos, tales como virus, bacterias, parásitos y hongos.

**Síndrome:** grupo de problema o síntomas relacionados entre sí.<sup>70</sup>

**VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana):** causante de la enfermedad denominada SIDA. El término se utiliza además para describir al grupo de portadores del virus, que no han desarrollado aún síntomas ni signos de la enfermedad, es decir, pacientes asintomáticos.<sup>71</sup>

**Virus:** agente patógeno que debe vivir en las células del cuerpo, a menudo destruyéndolas.<sup>72</sup>

**VIH-Sida:** incluye los casos de personas infectadas por el virus, pero unas son asintomáticas y las otras ya han desarrollado la enfermedad.<sup>73</sup>

**Western – blot:** prueba que incluye la identificación de anticuerpos contra moléculas proteicas específicas; es más precisa que ELISA para detectar anticuerpos VIH en muestras de sangre y suele utilizarse como prueba de confirmación en muestras que se encuentran positivas repetidamente en la prueba ELISA.<sup>74</sup>

---

<sup>70</sup> Ibid., 106

<sup>71</sup> Ibid., 107

<sup>72</sup> Ibid., 107

<sup>73</sup> Ibid., 107

<sup>74</sup> Ibid., 104



## DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio se realizó con pacientes con VIH/SIDA de la fundación HERES de la ciudad de Santa Marta, en el cual se estableció la aplicación del método científico conocido como el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) permitiendo al profesional de Enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Considerando sus cuatro etapas:<sup>75</sup>

1. **Valoración:** consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno del paciente con VIH-SIDA de la fundación HERES de Santa Marta. Con el fin de obtener un diagnóstico situacional de los diferentes cuidados que reciben estas personas, a la vez, se valorará su ámbito biopsicosocial, por medio del instrumento de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon.<sup>76</sup>
2. **Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería teniendo en cuenta cada una de las necesidades presentes de la muestra escogida.<sup>77</sup>
3. **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud, con el objetivo de establecer un plan de cuidados que contribuya a su bienestar y el progreso de la enfermedad, mediante la creación de un plan estandarizado de cuidados específicos para estos pacientes, donde se engloba los posibles diagnósticos enfermeros e

---

<sup>75</sup> Pérez M. Operacionalización del Proceso de Atención de Enfermería. EN: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol 10. N° 2. (Agosto/2002). Pag 62.

<sup>76</sup> *Ibid.* Pag 63.

<sup>77</sup> *Ibid.* Pag 64.

intervenciones a realizar; basándonos en los lenguajes taxonómicos NANDA, NOC y NIC.<sup>78</sup>

4. **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados en el que se realizara una posterior evaluación. Con el fin de comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.<sup>79</sup>

## **ETAPAS DE LA INVESTIGACION**

### **1. PLANEACIÓN**

Esta fue una etapa en la que se desarrollo toda la parte conceptual concerniente a la investigación en donde se diseñaron la metodología basado en los siguientes pasos:

- Recolección de la información: mediante la aplicación del instrumento, la observación y los registros clínicos del paciente.
- Análisis de la información: mediante la organización de los datos, donde se centra a definir los juicios diagnósticos sobre el estado de salud del paciente (Diagnostico de enfermería), se proyectan los resultados esperados (NOC) y planifican las intervenciones (actividad NIC).
- Operacionalizar el proceso de atención de enfermería.

### **2. EJECUCIÓN**

Etapa en la que se aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a los pacientes con VIH/SIDA en el que se realizaran las intervenciones programas de

---

<sup>78</sup> Ibid. Pag 64-65.

<sup>79</sup> Ibid. Pag 65.

acuerdo al grado del desarrollo de la enfermedad y las complicaciones que este presente, para un posterior seguimiento.

### **3. EVALUACIÓN**

Finalmente se hará un análisis crítico en el que se destaque el impacto de las intervenciones en la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA y el apoyo que este refleja para el cuidador, es decir, el personal de enfermería.

## **TIPO DE ESTUDIO**

Esta investigación es descriptivo cualitativo – observacional de corte transversal ya que este se realizo en un corte determinado de tiempo<sup>80</sup> durante el periodo 2008 - 2009, además se definió las características que identifican al paciente con VIH/SIDA y sus necesidades, a través de la medición de atributos como es el caso de su estado biopsicosocial, observándolo holísticamente. Para tal efecto se establecieron:

- Características demográficas (estrato socioeconómico, sexo, estado civil distribución por edades, niveles de educación, ocupación.).
- Formas de conducta y actitudes que han adoptado las personas con VIH/SIDA (comportamientos sociales, afrontamiento de la enfermedad, etc.)
- Comportamientos concretos de la población en estudio.
- Asociación de las variables de investigación.

Para ello se contó con la aprobación del paciente, con el fin de tener un mayor acceso a la información, además con la ayuda de un consentimiento informado que respaldó la parte ética del paciente.

---

<sup>80</sup> Hernández SR. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Mexico, D.F., 2000. Pag 32

## **UNIVERSO**

El universo objeto de estudio estuvo constituida por las personas que presentan VIH/SIDA seropositivos mayor de un año de diagnostico de la ciudad de Santa Marta.

## **POBLACIÓN**

La población de análisis sobre la cual obtuvo la información necesaria para identificar las características mas predominantes de las personas afectadas por el VIH/SIDA fueron los pacientes que se encontraban en la fundación HERES de la ciudad de Santa Marta.

## **MUESTRA**

La muestra estuvo integrada por 100 pacientes usuarios de la fundación HERES de la ciudad de Santa Marta entre el periodo Diciembre 2008 – Abril 2009, obtenidos a través de la formula **N** conocida.

## **TIPO DE MUESTREO**

Para este estudio se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico, tipo intencional<sup>81</sup> ya que se tomo como muestra a los pacientes que asistieron a las consultas medicas durante los periodos establecidos para la aplicación del instrumento.

---

<sup>81</sup> Ibid. Pag 36.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes seropositivos mayor de un año de diagnóstico que se encuentren adscrito a la fundación HERES de la ciudad de Santa Marta.
- Paciente con VIH/SIDA que presenta la sintomatología propia de la enfermedad.
- Pueden ser incluidos los pacientes de ambos sexos.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Personas que a pesar de presentar sintomatología de VIH/SIDA, no se encuentran físicamente estables y no puedan responder al instrumento.
- Personas menores de 18 años.

## DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO

### GUÍA DE VALORACIÓN SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Los patrones funcionales de salud fueron creados por **Marjorie Gordón** (1972)<sup>82</sup> a mediados de los años 70, para enseñar a sus alumnos, de la escuela de enfermería en Boston, la valoración de los pacientes.

Los patrones funcionales de salud proporcionan un formato para la valoración en el momento de la admisión y una base de datos para los diagnósticos enfermeros. En la valoración hay dos fases: la recogida de los datos y el examen físico.

La recogida de datos proporciona una descripción de los patrones funcionales del cliente, la descripción se hace desde la perspectiva del individuo, la familia o los representantes de la comunidad, y proporciona datos en forma de informe verbales, estos informes se obtienen mediante preguntas que ayudan a los clientes a explicar su historia y situación actual de salud y manejo de la misma.

La observación en la fase de examen físico proporciona datos sobre los indicadores de los patrones de verificación de la información obtenida durante la recogida de datos de la historia.

Los formatos de valoración que se presenta en el anexo N° 1 están diseñados para obtener información de forma sistémica.

---

<sup>82</sup> GORDÓN M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 10a Edición. Madrid. Ed. Mosby. 2003. Pag 10-11. ISBN: 9788481746679

Son formatos de cribaje para la recogida de una serie de datos enfermeros básicos en cualquier especialidad, para cualquier grupo de edad y en cualquier punto del continuo Salud –Enfermedad.

Las preguntas y el examen físico inciden en las áreas de todos los diagnósticos enfermeros actuales.

Si los datos indican que puede haber un problema real o potencial (patrón disfuncional), deberían generarse hipótesis diagnósticas (diagnósticos enfermeros) para dirigir la recogida adicional de datos. Esto dirige la búsqueda de las características diagnósticas o críticas de cada posibilidad.

Los diagnósticos se agrupan bajo las mismas áreas de los patrones de la guía de valoración, y pueden usarse para etiquetar los datos del área de un patrón.

## PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS

La realización de la recolección de los datos se llevo a cabo en la Fundación HERES de Santa Marta entre el periodo Diciembre 2008 – Abril 2009, se tomaron 100 pacientes con VIH que asistían a la consulta externa de la institución, la entrevista eran realizadas por investigadoras de la presente tesis con el fin de aclararle cualquier inquietud respecto a la encuesta aplicada, en un lazo de tiempo de 10 a 15 minutos.

Terminada de realizar las entrevistas se procedió a tabular los datos mediante el software SPSS (Statistical Product and Service Solutions)<sup>83</sup>, donde se obtuvieron las distribuciones de frecuencias de las variables sociodemográficas y las de la escala de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Representadas en gráficos de distribución de frecuencias de cada una de las variables utilizadas. Con los resultados obtenidos se procedió al diseño del protocolo de Atención de Enfermería en la cal se establece los diagnósticos publicado por la NANDA, indicadores de evaluación del NOC y las intervenciones y actividades NIC.

---

<sup>83</sup> Introducción al SPSS. [SPSS 10 Guía para el análisis de datos]. Nueva York. Red disponible en internet <http://www2.uca.es/serv/ai/formacion/spss/Imprimir/01estruc.pdf>. Consultado: 10 de agosto del 2009.



## ASPECTOS ÉTICOS

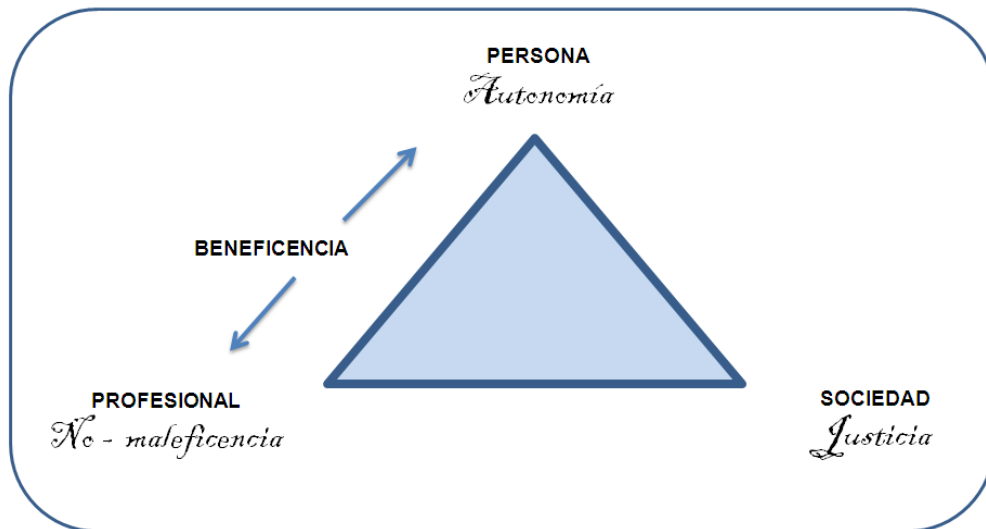
### BIOÉTICA

Bioética es el uso valorativo interdisciplinario del dialogo entre ciencia y ética a todo nivel, para formular y resolver, en la medida de lo posibles. Los problemas planteados por la investigación y la tecnología a la vida, a la salud y al medio ambiente (OPS).

La bioética es definida también como “el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud”. Cabe entonces en el estudio de la bioética todo lo que se relaciona con la vida humana: el ambiente, la economía, la política, la salud, los derechos humanos. Y todo lo que tiene que ver con otros seres vivos e incluso con los seres abióticos.

### PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

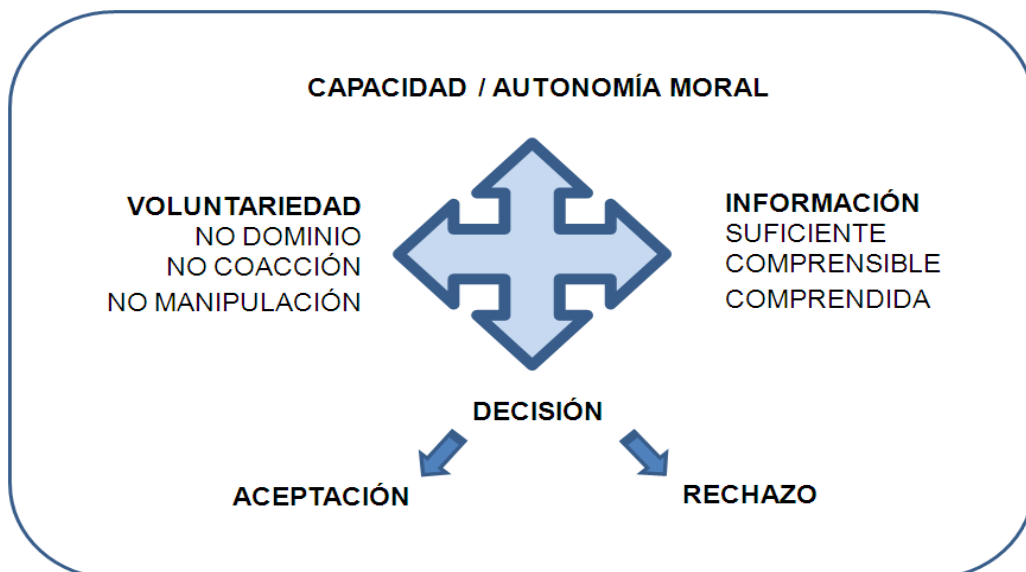
La bioética se fundamenta en unos principios, los cuales en relación con el cuidado de la salud se representa en un triangulo. En la base del triangulo (ver Fig. N° 1) se ubica la **No – maleficencia**, que significa no hacer daño, la **Justicia**, que significa ajustarse a lo que la sociedad haya acordado o determinado. En el vértice superior esta ubicado la **autonomía**, se entiende como el uso de la libertad con responsabilidad; es potestad de la persona. Beneficencia, se refiere a lo bueno para la persona. Esta ubicado en un lado del triangulo entre el profesional de la salud y la persona, porque es responsabilidad del profesional de la salud informar a la persona sobre su situación para que se habilite y pueda tomar autónomamente sus decisiones.



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado (Ver anexo1) es un proceso gradual que se da en la relación sanitaria, en virtud de la cual el sujeto competente recibe información suficiente y comprensible del profesional del a salud, que lo capacita para participar activa y voluntariamente en la toma de decisiones respecto a su diagnóstico y tratamiento y en general, en el cuidado de su salud. Este proceso tiene sentido en razón del respeto de la autonomía de la persona.

### ELEMENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Capacidad o autonomía moral**, se refiere a la capacidad del sujeto para tomar sus propias decisiones; deber ser evaluada por el profesional de la salud a través de todas las interacciones que pueda tener con el paciente. **Información**, la cual debe tener una serie de características (suficiente, comprensible, comprendida). **Voluntariedad**, actitud o disposición moral para querer algo; se refiere a la tendencia, al deseo. Puede ser más o menos intensa, o de mayor o menor profundidad. Para efectos del consentimiento informado la voluntad tiene que ser autónoma, es decir libre de dominio, de coacción y de manipulación. **Decisión**, se considera tanto la aceptación como el rechazo. <sup>84</sup>

---

<sup>84</sup> Lopera A. Ética y bioética. Colombia. Edición ORION EDITORES LTD. 2005. PAG 55-62. Vol 11, No 29. ISSN 0123-3122

## RESULTADOS

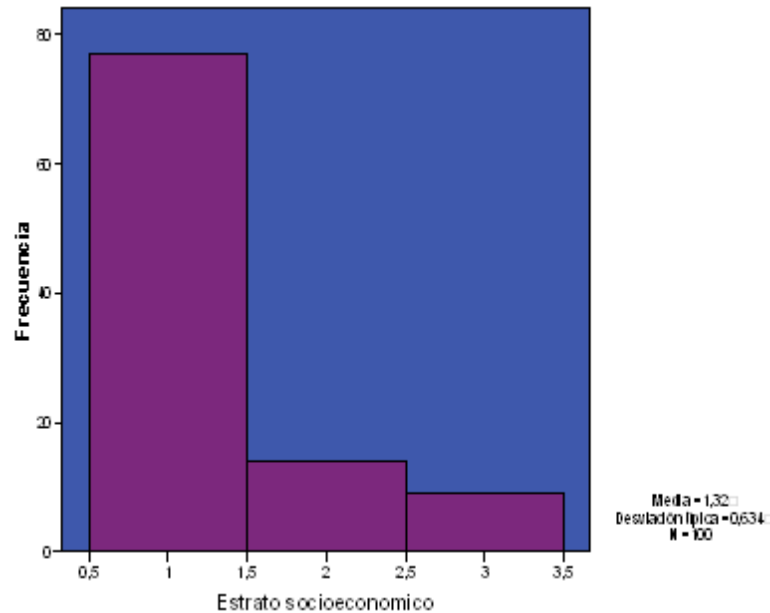
**OBJETIVO ESPECIFICO 1:** Descripción de los factores sociodemográficos de los pacientes con VIH/SIDA que asisten a la Fundación HERES Salud.

**TABLA # 1. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE ESTRATO SOCIOECONOMICO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Estrato 1	77	77,0	77,0	77,0
	Estrato 2	14	14,0	14,0	91,0
	Estrato 3	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**GRAFICO # 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE ESTRATO SOCIOECONÓMICO**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “*Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta*”

**INTERPRETACIÓN:** Se puede observar que el estrato socioeconómico de las personas encuestadas es de nivel 1 en un 77%, en comparación con otras investigaciones como la realizada por la Universidad del Valle (2006)<sup>85</sup> este comportamiento ha cambiado un poco ya que se concluyo que los factores económicos no son los más importantes para incrementar el riesgo de contraer el VIH-SIDA, pues las mujeres tanto de estratos 1 y 2 como las de 4 y 5 se presenta en proporciones similares; a la vez se encontró que en los estratos socioeconómicos bajos se presentaron factores de riesgos como el poco conocimiento de las formas de prevención y transmisión del SIDA, relacionado con la baja escolaridad.

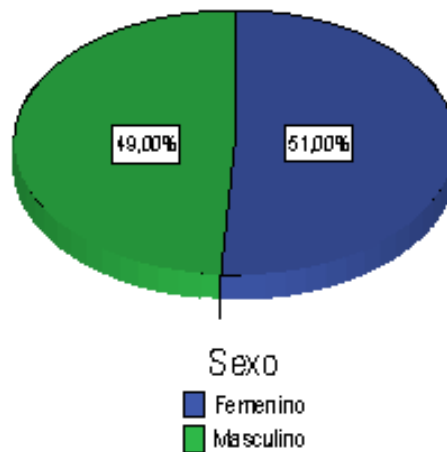
<sup>85</sup> Universidad del Valle. Riesgos Femeninos. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en Internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/social/riesgos-femeninos.html>>. Sep 2006. [Consultado: 31 de julio del 2009].

**TABLA # 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE DEL SEXO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	51	51,0	51,0	51,0
	Masculino	49	49,0	49,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**GRAFICO # 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE DEL SEXO**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**INTERPRETACIÓN:** El sexo se encuentra representado por un 51% femenino y un 49% masculino siendo homogénea la distribución según el género, en este estudio el SIDA no evidencia ninguna incidencia del VIH por un género específico; lo que ha tenido un cambio a lo largo del tiempo ya que estudios anteriores como los realizado

por Enríquez (2007)<sup>86</sup> que demuestran que la población mas afectada estaba dada por hombres con un 66.4%.

---

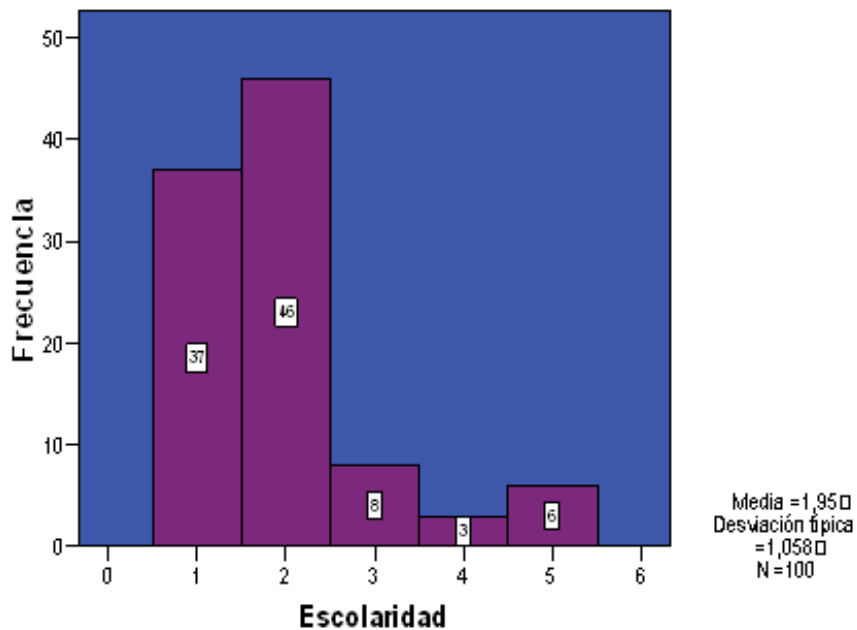
<sup>86</sup> Enríquez C., Santes C., Martínez N., Del Angel E., Salazar J., Aranda C. Bienestar físico y emocional. Apoyo social y económico en pacientes con VIH/SIDA. En: Desarrollo Científ Enferm. Ago 2007, 15(7). Disponible en internet: <<http://www.index-f.com/dce/15/15-304.php>>. [Consultado el 10 de julio de 2009]

**TABLA # 3. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE ESCOLARIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	37	37,0	37,0	37,0
	Secundaria	46	46,0	46,0	83,0
	Técnico	8	8,0	8,0	91,0
	Universitario	3	3,0	3,0	94,0
	Ninguno	6	6,0	6,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**GRAFICO # 3. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE ESCOLARIDAD**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*



**INTERPRETACIÓN:** El grado de escolaridad predominante fue la secundaria con el 46%, seguido por la primaria con un 37%, es una población de escasos recursos provenientes del estrato socioeconómico 1, estos resultados confirman unas de las conclusiones encontradas por Jiménez (2007)<sup>87</sup> y Enríquez (2007)<sup>88</sup> en el estudio que evidencia en cuanto al nivel de estudios, la mayoría de las personas tiene la secundaria, mientras el resto tiene primaria, preparatoria y profesional respectivamente estando expuestos a factores de riesgo socio familiares como la pobreza, la violencia intrafamiliar, entre otros; que contribuyo a que experimentaran conductas sexuales riesgosas y dependencia de sustancias.

---

<sup>87</sup> JIMÉNEZ Karen., Op. Cit.

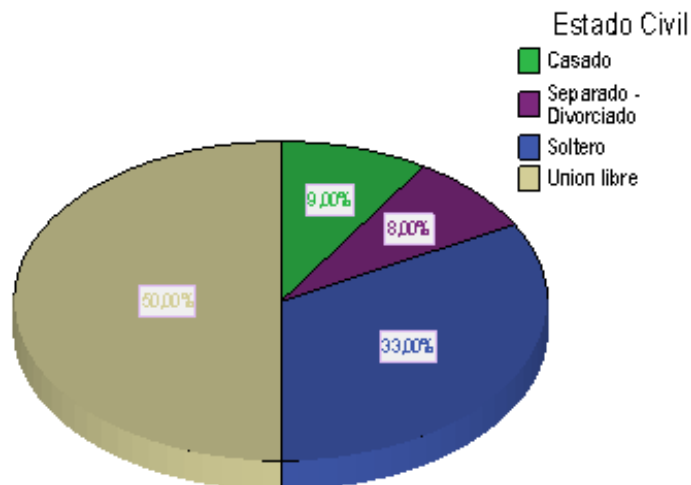
<sup>88</sup> Enríquez C.*et al.* Op. cit., P. 306

**TABLA # 4. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE ESTADO CIVIL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Soltero	33	33,0	33,0	33,0
Casado	9	9,0	9,0	42,0
Union libre	50	50,0	50,0	92,0
Separado - Divorciado	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 4. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE ESTADO CIVIL**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACIÓN:** El estado civil predominante fue unión libre con un 50%, seguido en un 30% soltero, correlacionándolo con el estrato socioeconómico esto se debe por el nivel educativo y de cultura del que proceden estos pacientes. En comparación con

otros estudios por Enríquez (2007)<sup>89</sup> se halló respecto al estado civil el 43% es casado y el 47% soltero.

En esta época estos pacientes tienen más apoyo por parte de sus parejas actuales y familiares ya que anteriormente la mayoría eran solteros y divorciados por rechazo y discriminación a la patología padecida.

---

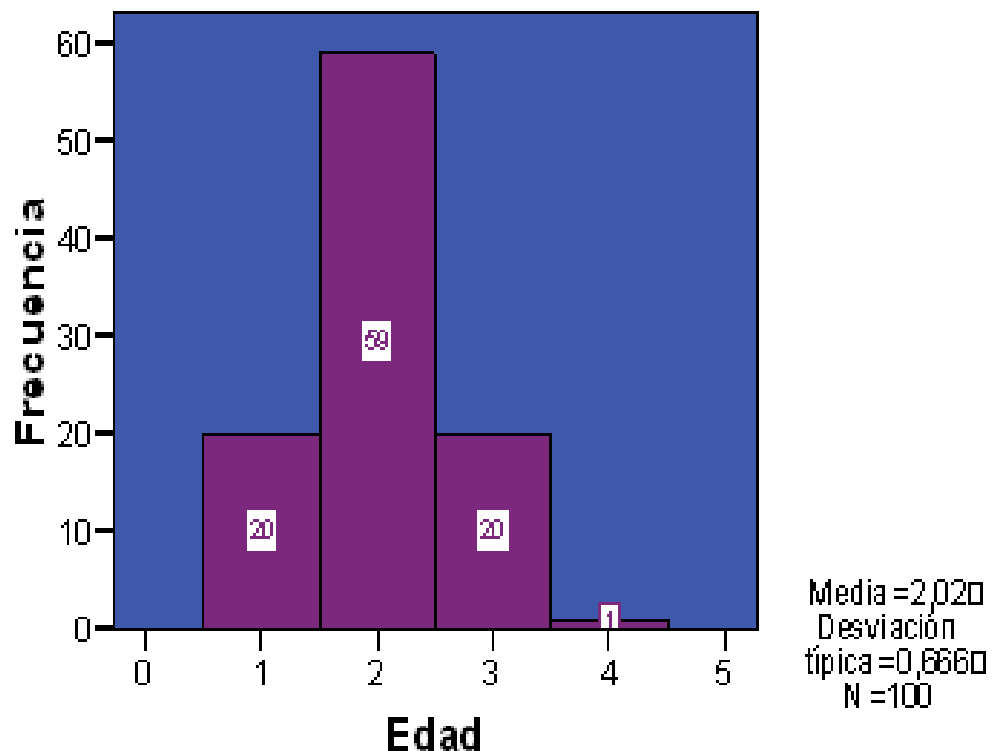
<sup>89</sup> Ibid., P. 306

**TABLA # 5. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE  
EDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18 - 24	20	20,0	20,0	20,0
	25 - 40	59	59,0	59,0	79,0
	41 - 60	20	20,0	20,0	99,0
	Mayor de 60	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: "Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta"

**GRAFICO # 5. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE  
EDAD**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: "Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta"

**INTERPRETACIÓN:** Las edades oscilaban entre 25-40 años con un 59%, de 41-60 años con un 20% al igual que las edades entre 18-24. Esto confirma que la oscilación entre las edades no ha tenido un cambio significativo evidenciado por el estudio de Enríquez (2007)<sup>90</sup> en el que la edad promedio se dio de 36-40 años con un 48% y de 31-35 con un 33%.

Lo anteriormente expuesto demuestra que es una población joven en la etapa reproductiva las cuales inician su vida sexual a tempranas edades sin tomar medidas de protección a pesar de la gestión que ha realizado el Equipo de salud y los medios de comunicación.

---

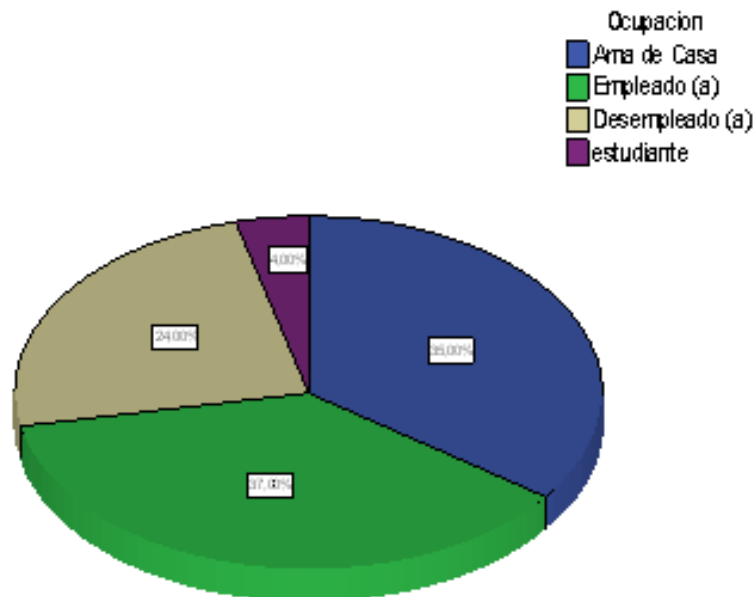
<sup>90</sup> Ibid., P. 306

**TABLA # 6. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE OCUPACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de Casa	35	35,0	35,0	35,0
	Empleado (a)	37	37,0	37,0	72,0
	Desempleado (a)	24	24,0	24,0	96,0
	estudiante	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**GRAFICO # 6. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA VARIABLE OCUPACIÓN**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**INTERPRETACIÓN:** La ocupación de la población fue en un 37% empleados, 35% ama de casa, 24% desempleado lo que refleja que la actividad laboral en estos pacientes es disminuida. Lo que se confirma al compararlo con el estudio de Pérez (2008)<sup>91</sup> en el que se demuestra que el riesgo de perder el trabajo es mayor en las personas infectadas por el VIH, que entre la población general; debido a la estigmatización que sufre este tipo de pacientes por temor al contagio.

Aunque es importante recordar que con una buena educación y un manejo de la patología la proliferación de esta enfermedad puede ser controlada.

---

<sup>91</sup> Pérez P. Op. Cit.

**OBJETIVO ESPECIFICO 2:** Valorar el estado de salud del paciente con VIH/SIDA de la fundación HERES, a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon

**TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ESTADO DE SALUD EN GENERAL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Excelente	22	22,0	22,0	22,0
	Buena	57	57,0	57,0	79,0
	Regular	16	16,0	16,0	95,0
	Mala	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**GRAFICO # 7. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ESTADO DE SALUD EN GENERAL**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*



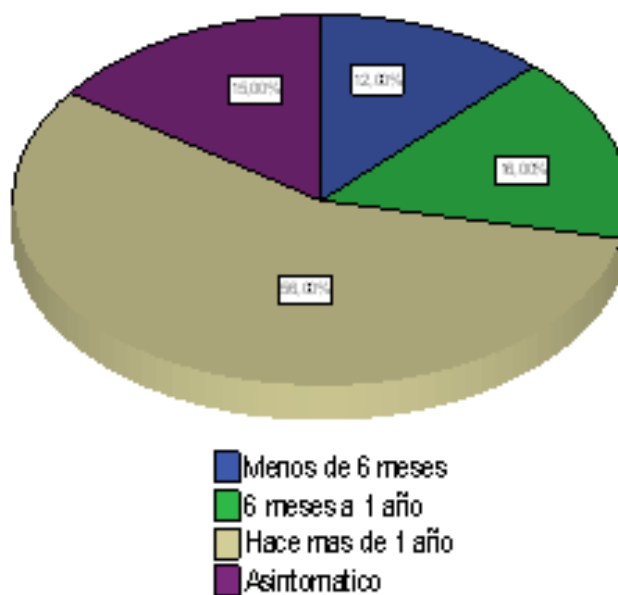
**INTERPRETACIÓN:** La población considero que la salud general fue Buena en un 55%. Estos resultados reflejan la asistencia a los controles permanentes de la entidad que les proporciona el bienestar de su salud y calidad de vida.

**TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE MANIFESTACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LA PATOLOGÍA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Menos de 6 meses	12	12,0	12,0	12,0
6 meses a 1 año	16	16,0	16,0	28,0
Hace más de 1 año	56	56,0	56,0	84,0
Asintomático	15	15,0	15,0	99,0
Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: "Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres de Santa Marta"

**GRAFICO # 8. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE MANIFESTACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LA PATOLOGÍA**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: "Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta"

**INTERPRETACIÓN:** Los síntomas de la patología se manifestaron hace más de un año en un 56%, motivo por el cual representa que la enfermedad puede ser controlada por los múltiples medicamentos y tratamientos certificados.

Según los estudios realizados por Lamotte (2004),<sup>92</sup> estos pacientes se encontrarían en *la fase de complejo relacionado con el sida* en la que los síntomas ya se presentan a medida que avanza la enfermedad y que representa una fase intermedia entre el portador asintomático y la de caso sida o final. Durante este periodo se presentan una inmunodeficiencia subyacente que provoca el desarrollo de la sintomatología general, hematológico, digestivo, dermatológico, neurológicos, respiratorios y linfadenopáticos.

---

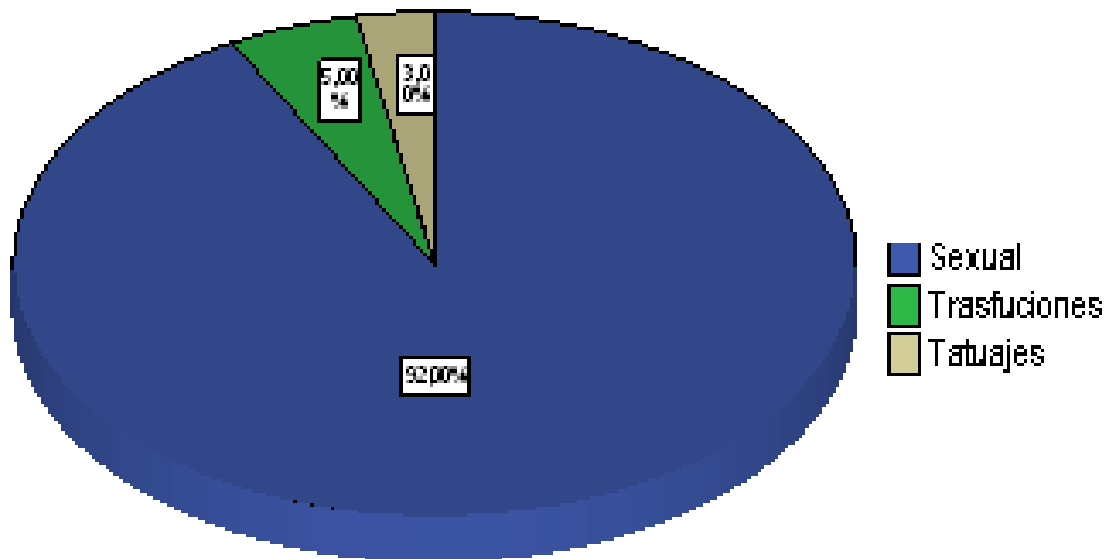
<sup>92</sup> Lamotte J. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. [artículo en línea]. MEDISAN 2004; 8 (4). Disponible en: <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8\\_4\\_04/san06404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm)> [consulta: 4 De Mayo Del 2009].

**TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE TRANSMISIÓN LA ENFERMEDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sexual	92	92,0	92,0	92,0
	Trasfusiones	5	5,0	5,0	97,0
	Tatuajes	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 9. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACIÓN:** La forma de transmisión de la enfermedad fue la sexual en un 92%. Lo que indica que la población no utiliza métodos de protección de barrera como

el preservativo, ni la monogamia. Esto sigue demostrando en el estudio de Lamotte (2004)<sup>93</sup> que el SIDA sigue manejando el mismo comportamiento de transmisión en la que la vía sexual representa el principal modo de transmisión en nuestro país y en el mundo en las que se incluyen las relaciones heterosexuales, así como la penetración anal, vaginal y el sexo oral.

Sin embargo el uso de sangre y hemoderivados contaminados ha podido ser controlados y sobre ella se mantiene una estricta vigilancia epidemiológica; a la vez, no es posible eliminar por completo la posibilidad de transmisión a través de ella, dada la existencia del período de ventana (corresponde a los primeros meses de la infección, cuando los resultados de las pruebas serológicas son negativos por la ausencia de anticuerpos).

---

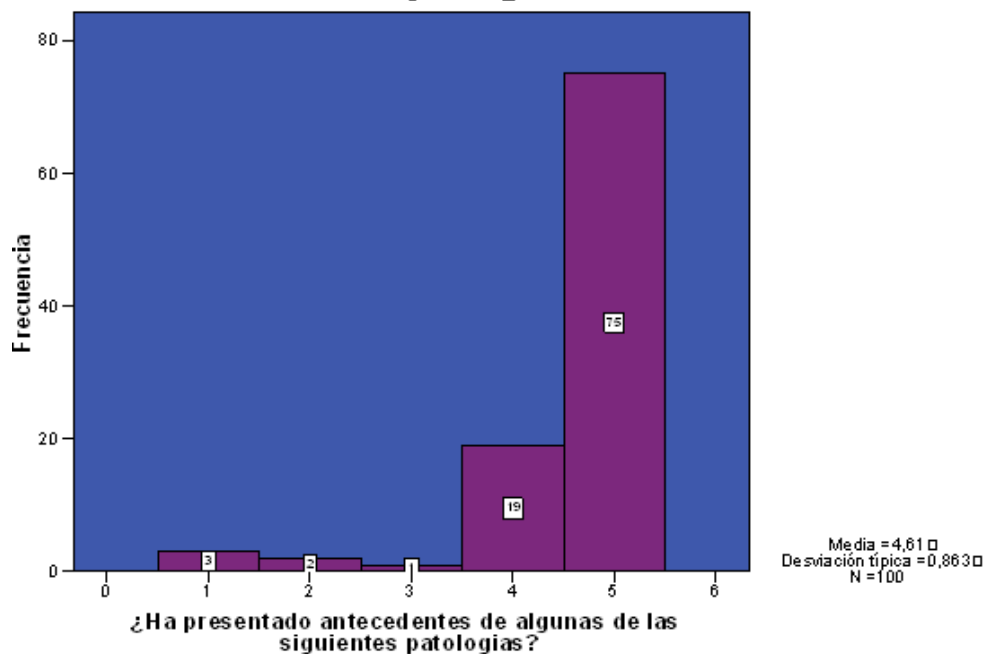
<sup>93</sup> Lamotte J. Op. Cit . P. 3

**TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ANTECEDENTES PERSONALES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hipertension	3	3,0	3,0	3,0
	Diabetes	2	2,0	2,0	5,0
	Enfermedades Coronarias	1	1,0	1,0	6,0
	Enfermedades Respiratorias	19	19,0	19,0	25,0
	Ninguna	75	75,0	75,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 10. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ANTECEDENTES PERSONALES**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACIÓN:** Se evidencia que una parte de la muestra escogida presentaron antecedentes de enfermedades respiratorias con un 19%, entre las cuales se encuentra la tuberculosis debido a que presentan una disminución de las defensas y son sensibles a la portación de la bacteria, el VIH activa la tuberculosis latente de una persona, que pasa a estar infectada y a ser transmisora del bacilo de la tuberculosis a terceros.<sup>94</sup>

A la vez se refleja que el 75% no ha padecido de ninguna de las siguientes patologías lo que favorece el manejo de su patología de base y la disminución de las complicaciones.

---

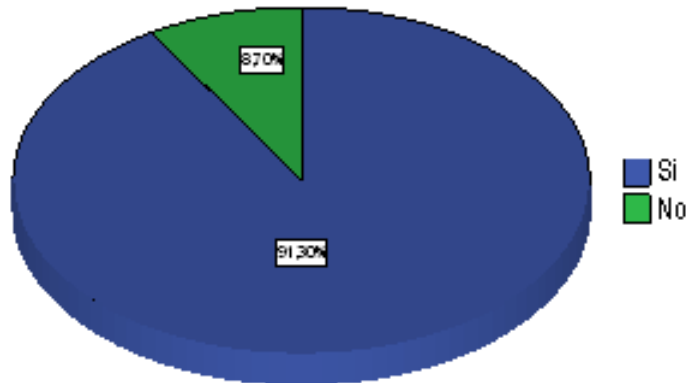
<sup>94</sup> Onusida. Tuberculosis y VIH. [Base de datos: Universia].Colombia. Disponible en internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/tuberculosis-y-vih.html>>. May 2008. [Consulta: 24 de febrero del 2009].

**TABLA 11: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE CONTROLES MÉDICOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	21	21,0	91,3	91,3
	No	2	2,0	8,7	100,0
	Total	23	23,0	100,0	
No aplica	Sistema	77	77,0		
Total		100	100,0		

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 11. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE CONTROLES MÉDICOS**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACIÓN:** De los pacientes que presentaron antecedentes de las patologías el 91.3% asistió a controles médicos lo que indica que un gran porcentaje de estos llevan un autocontrol de su salud, garantizando el régimen terapéutico.



En estudios de Varela (2008)<sup>95</sup> y Gutiérrez (2004)<sup>96</sup> se ha demostrado que La adherencia al tratamiento se realiza de forma indicada por parte de los pacientes sin ninguna distinción entre pacientes con y sin grupo de ayuda. Además se plantea que la adherencia al tratamiento en VIH/sida consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad.

Los resultados demuestran que los pacientes tienen una adherencia al tratamiento en el que se implica los múltiples comportamientos, simples y complejos de autocontrol de la salud, que le permiten el cumplimiento, aceptación y adecuación del régimen terapéutico propuesto.

---

<sup>95</sup> Varela M. Salazar I. Correa S. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH-SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. En: Acta Colombiana de Psicología. Vol 11 N° 2. 2008: P. 101-113. ISSN 1909-9711

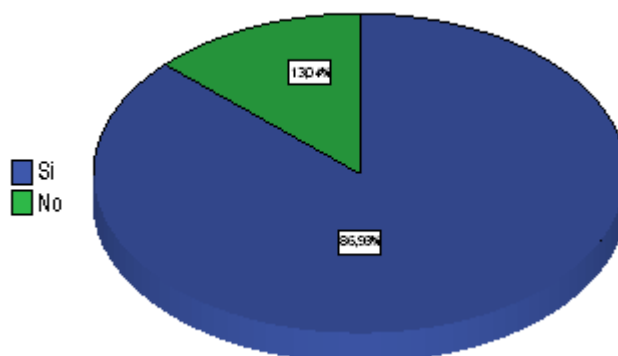
<sup>96</sup> Gutierrez G., Olaiz A., Garcia J. Adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA con y sin grupo de ayuda. En: Rev Méd UV. Vol. 4 N° 2. 2004.

**TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE CONTROL DE MEDICAMENTOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	20	20,0	87,0	87,0
	No	3	3,0	13,0	100,0
	Total	23	23,0	100,0	
Perdidos	Sistema	77	77,0		
Total		100	100,0		

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 12. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE CONTROL DE MÉDICAMENTOS**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACIÓN:** De los pacientes que presentaron antecedentes de las patologías un 87% si toma medicamentos recomendados por el profesional de salud. Encontramos que los pacientes han logrado mantener un cumplimiento riguroso del tratamiento de las enfermedades ajenas a la infección del VIH, evitando de este modo las complicaciones que pueden generar a nivel físico y emocional. Por otro lado, permite determinar que aceptan el diagnóstico y la necesidad de realizar el proceso del régimen terapéutico de forma correcta para mejorar su estado de salud.

Se ha comprobado según Infosida (2008)<sup>97</sup> que existen unos factores que facilitan una buena adherencia dentro de ellos se destacan el tener sentido de autoestima, conocer y apreciar los efectos positivos de la terapia, comprender cómo funcionan los fármacos antirretrovirales, la aceptación del propio estatus con respecto al VIH, utilizar ayudas y recordatorios para la toma de la medicación, tener acceso a regímenes más sencillos de tomar y con efectos secundarios más llevaderos y contar con una red de apoyo tanto en el entorno cercano como a nivel social.

Cabe destacar que los pacientes de la fundación HERES tienen un excelente apoyo permanente por parte del grupo multidisciplinario de salud que ayudan a que estos tengan responsabilidad en el control de su enfermedad.

---

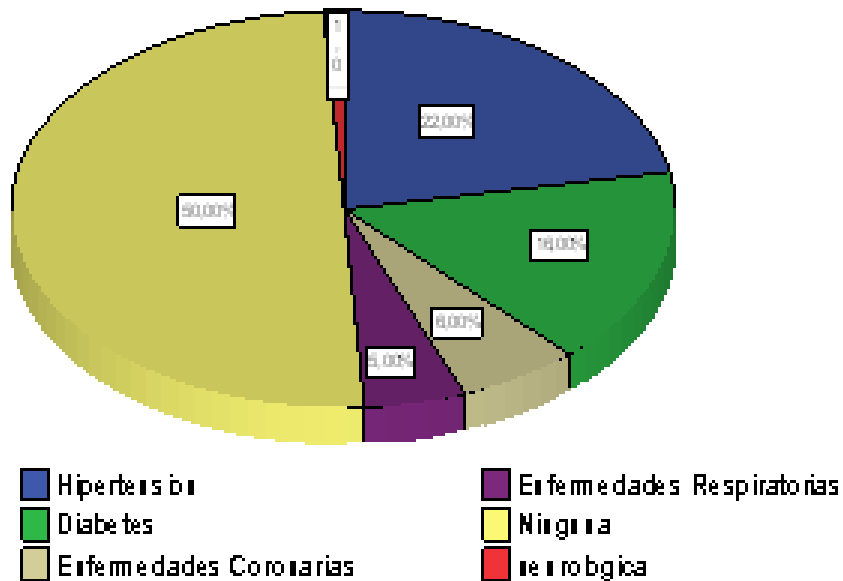
<sup>97</sup> Infosida. La importancia de la adherencia al tratamiento del VIH. [Base de datos: universia]. Colombia. Disponible en Internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/la-importancia-de-la-adherencia-en-el-tratamiento-del-vih.html>>. Sep 2008. [Consultado: 2 de julio del 2009]

**TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ANTECEDENTES FAMILIARES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hipertension	22	22,0	22,0	22,0
	Diabetes	16	16,0	16,0	38,0
	Enfermedades Coronarias	6	6,0	6,0	44,0
	Enfermedades Respiratorias	5	5,0	5,0	49,0
	Ninguna	50	50,0	50,0	99,0
	neurologica	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 13. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ANTECEDENTES FAMILIARES**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACIÓN:** Se puede determinar que un 50% si presenta antecedentes familiares de enfermedades coronarias, diabetes, hipertensión y neurológicas, lo cual se da como factor de riesgos para este tipo de paciente.

En estudios aportado por Pérez (2008)<sup>98</sup>, señalan un elevado riesgo cardiovascular en las personas infectadas por VIH, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte en esta población.

Además se afirmo que los fármacos antirretrovirales, pueden aumentar el riesgo de colesterolemia, hipertensión pulmonar y enfermedad pericárdica.

Sin embargo varios estudios han sugerido que factores tradicionales de riesgo, como la diabetes, la hiperlipidemia o la hipertensión arterial, sólo representan el 25% del exceso de riesgo en personas con VIH.

Con lo anteriormente expuesto y los resultados encontrados en nuestro estudio se afirman nuestras conclusiones y se determina la importancia del control de la enfermedad, realizando un cuidado holístico e integral al paciente y su núcleo familiar, teniendo en cuenta los factores de riesgos que se presentan ya que esto puede repercutir sobre el bienestar de su salud.

---

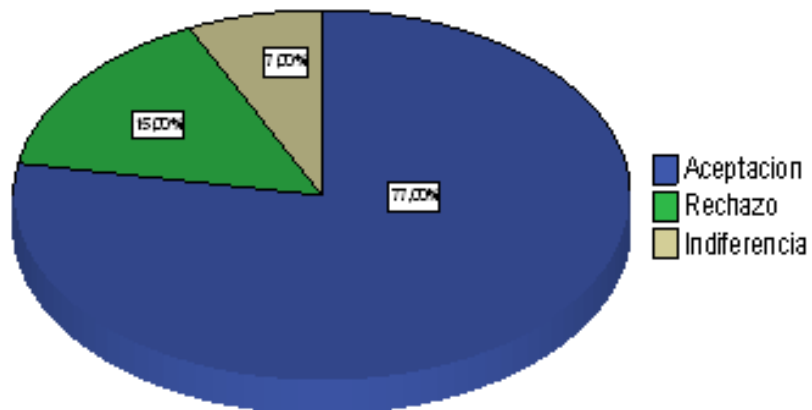
<sup>98</sup> Pérez P. 2008. Op.cit.

**TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ACTITUD Y COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Aceptación	78	78,0	78,0	78,0
	Rechazo	15	15,0	15,0	92,0
	Indiferencia	7	7,0	7,0	99,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 14. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ACTITUD Y COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACIÓN:** La actitud y comportamiento frente a la enfermedad ha sido de aceptación en un 78%.

Correa (2006)<sup>99</sup> demuestra que en la adaptación psicológica a cualquier enfermedad grave entran en juego múltiples factores relacionados con las características de la enfermedad, tratamiento, personalidad, capacidad de afrontamiento, soporte familiar, redes de apoyo, y los aspectos socioculturales vinculados a la enfermedad. Estos factores van a determinar el proceso de elaboración del duelo por la pérdida de la salud.

Afrontar el diagnóstico por VIH/SIDA implica reacciones emocionales como respuesta a las múltiples exigencias que debe asumir la persona seropositiva, después de un proceso de negación los pacientes terminan por aceptar su situación de enfermos sin ningún problema; sin embargo una parte de la población no asimila la situación y terminan por opciones ligeras como lo es el suicidio y aislamiento social; para efectos de este estudio el 15% de la población encuestada no acepta la enfermedad a pesar de tanto tiempo de tenerla.

A la vez hay que destacar que estos pacientes están en continuas terapias psicológicas brindadas por la institución lo que ayuda a la asimilación o aceptación del SIDA, esto acompañado con que la mayoría de la muestra utilizada tiene mas de 1 año con el proceso de la enfermedad, recordando así que el duelo tiene una duración de 6 meses, nos lleva a concluir que estos pacientes ya pasaron por la etapa de negación para llegar a la aceptación de la patología.

---

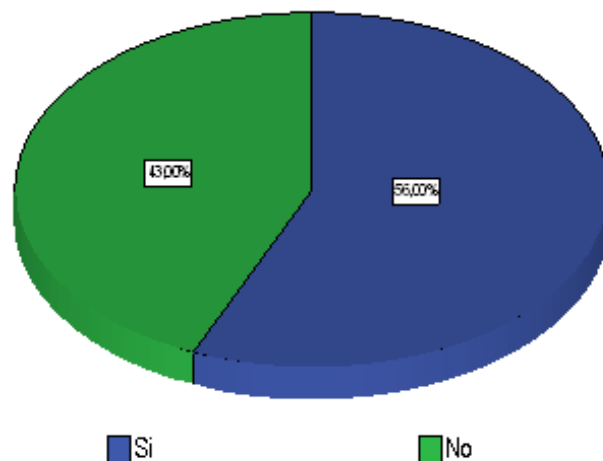
<sup>99</sup> Correa D. Asistencia Psicológica en VIH/SIDA: un Acompañamiento Esencial. Colombia. [Base de datos: Universia]. Disponible en Internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/psicologica/asistencia-psicologica-en-vih-sida-un-acompanamiento-esencial.html>>. Universidad Javeriana de Cali. 2006. [Consultado: 1 de Agosto del 2009].

**TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PERDIDA DE PESO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	57	57,0	57,0	57,0
	No	43	43,0	43,0	99,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**GRAFICO # 15. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PERDIDA DE PESO**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**INTERPRETACION:** El 57% ha perdido peso lo que refleja la sintomatología propia del proceso de la enfermedad.



Asimismo en investigaciones por Infosida (2008)<sup>100</sup> se ha demostrado La pérdida del apetito y una dieta deficiente son causas importantes de la pérdida de peso asociada a la infección por el VIH.

Además una ingesta deficiente de alimentos o la mala absorción de estos provocan que el organismo recurra a sus propias reservas de energía, que provengan de la grasa corporal y de las proteínas contenidas en los músculos.

Es así como se disminuye su peso corporal y por lo tanto su masa corporal.<sup>101</sup>

Con esto se hace necesario ejercer un control estricto que favorezca el mantenimiento del Índice de Masa Corporal evitando así alteraciones nutricionales en este tipo de pacientes.

---

<sup>100</sup> Infosida. VIH y alimentación equilibrada. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en internet: <<http://www.universia.net.co>>. Dic 2008. [Consultado: 18 de mayo del 2009].

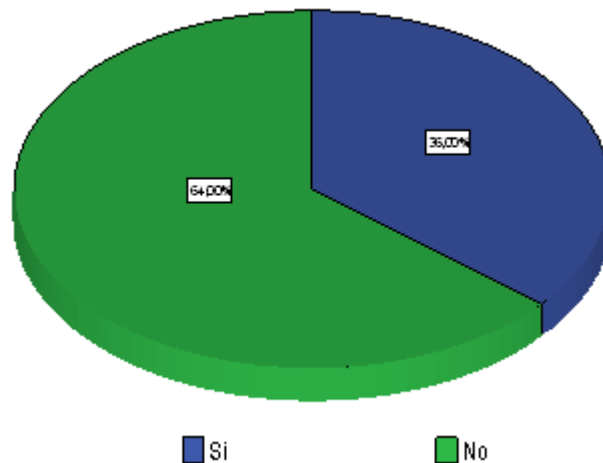
<sup>101</sup> OMS. FAO. Aprender a vivir con el VIH/SIDA – Manual sobre cuidados y Apoyo nutricionales a los enfermos de VIH/SIDA. En: Documentos de la FAO. Roma. Disponible en Internet: <<http://www.fao.org/DOCREP/006/Y4168S/y4168s06.htm#TopOfPage>>. 2003. [Consultado: 26 de junio 2009]

**TABLA 16: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE AUMENTO DE PESO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	36	36,0	36,0	36,0
	No	64	64,0	64,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “*Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta*”

**GRAFICO # 16. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE AUMENTO DE PESO**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “*Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta*”

**INTERPRETACION:** Un 36% ha aumentado peso, esta ganancia se debe según investigaciones de Collazo (2007)<sup>102</sup> a los efectos adversos del tratamiento farmacológico a los que están sometidos estos pacientes. Los medicamentos que se le administran a los pacientes con VIH contienen principios activos los cuales ayudan para

<sup>102</sup> Collazo M., Martínez A., Castro O., González D., Sánchez L. Evaluación económica del tratamiento con los Antirretrovirales de producción nacional para los Pacientes con VIH/SIDA en cuba. En: Revista Española Economía de la Salud. V.6 (5) 2007. P. 312.

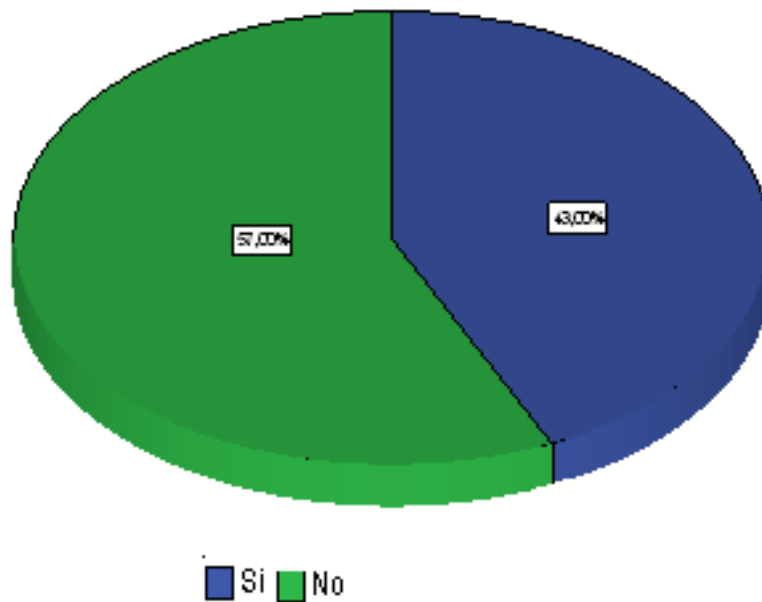
el mejoramiento tanto de la enfermedad como para la nutrición de los pacientes; teniendo en cuenta esto en los pacientes que toman su medicación con mucha responsabilidad.

**TABLA 17: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE  
PROBLEMAS CUTANEOS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	43	43,0	43,0	43,0
No	57	57,0	57,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 17. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMAS CUTANEOS**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** Respecto a los problemas cutáneos un 57% no manifiesta tenerlo y un 43% presenta este tipo de problemas en las cuales se encontraron piel seca, prurito, mala cicatrización, etc. Los problemas de la piel, las uñas y el cabello son un asunto muy serio para los pacientes con VIH/SIDA. En investigaciones realizadas por Bello (2004)<sup>103</sup> se ha demostrado que estos ocurren hasta en un 90% de las personas que viven con VIH y a menudo, dichas personas experimentan dos o más problemas relacionados a la vez, por lo que consideramos de sumo interés. Según las cifras manejadas por nuestro estudio este tipo de problemas a disminuido notoriamente en la que se refleja el buen manejo de los cuidados de la piel, a la vez es importante que el personal de la salud siga trabajando con el fin de seguir disminuyendo aun mas estas cifras para evitar complicaciones y mantener el bienestar del paciente.

La interconsulta con el infectologo o dermatólogo debe ser considerada en el manejo de estos pacientes, esto es debido a las posibles complicaciones: como la persistencia, expansión o reaparición de las lesiones; así como también infecciones bacterianas secundarias en la piel y aparición de nuevos síntomas.

---

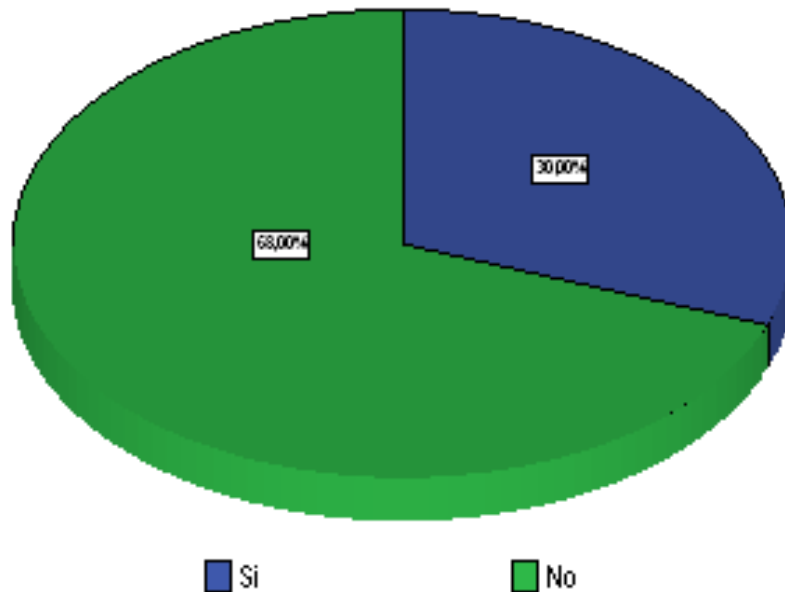
<sup>103</sup> Bello V, *et al.* Op. Cit.

**TABLA 18: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMAS DE ALIMENTACION**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	31	31,0	31,0	31,0
	No	69	69,0	69,0	99,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**GRAFICO # 18. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMAS DE ALIMENTACION**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**INTERPRETACION:** En los problemas de la alimentación un 31% si presenta este tipo de molestias tales como nauseas, vómitos, inapetencia, dificultad en la deglución, etc., y un 69% no presenta este tipo de problema.

Según la OMS (2003)<sup>104</sup> las náuseas en este tipo de pacientes reducen el apetito y pueden ser causadas por algunos alimentos, el hambre, las infecciones, el estrés y la carencia de agua. Pueden también constituir un efecto secundario de algunos de los medicamentos que se encuentren tomando.

Teniendo en cuenta el estudio realizado por Infosida (2008)<sup>105</sup> en el que se establece que la pérdida del apetito y una dieta deficiente son causas importantes de la pérdida de peso asociada a la infección por el VIH. Es necesario desarrollar un tratamiento nutricional para mejorar la alimentación en las personas portadoras y así evitar cualquier tipo de complicaciones.

Cabe resaltar que la Nutrición es importante para las personas que viven con el VIH ya que debilita el sistema inmunológico exponiendo el cuerpo a infecciones oportunistas que se encuentran en su entorno.

---

<sup>104</sup> OMS. FAO. Op. Cit .

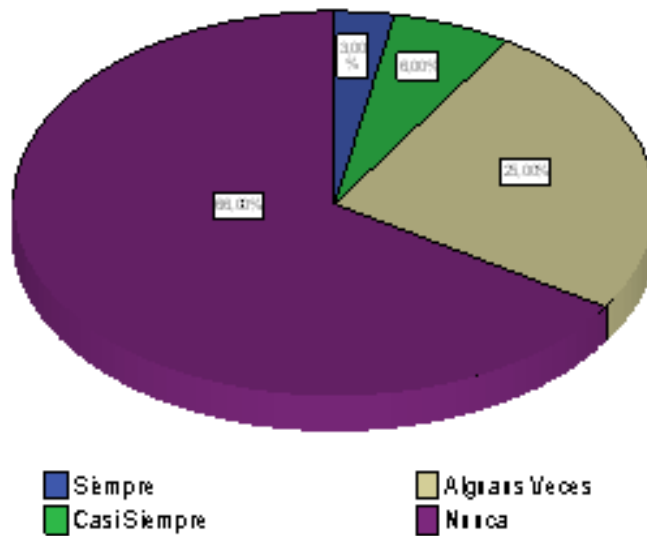
<sup>105</sup> Infosida. Op. Cit .

**TABLA 19: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMA EN LA ELIMINACION INTESTINAL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	3	3,0	3,0	3,0
	Casi Siempre	6	6,0	6,0	9,0
	Alguans Veces	25	25,0	25,0	34,0
	Nunca	66	66,0	66,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: "Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta"

**GRAFICO # 19. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMA EN LA ELIMINACION INTESTINAL**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: "Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta"



**INTERPRETACION:** Los problemas de la eliminación intestinal refieren con un 66% que nunca los ha tenido y un pequeño grupo presento alteraciones como la diarrea y el estreñimiento, signos característicos de esta enfermedad.

Publicaciones recientes en este tema por Gonzalez (2007)<sup>106</sup> encontró que los trastornos gastrointestinales son particularmente relevantes entre las personas que viven con VIH- SIDA; constituyendo la diarrea, la manifestación clínica mas reciente, esto se debe a que el VIH puede vivir en las paredes internas del intestino, provocando las afecciones en conjunto con los medicamentos antirretrovirales. Aquí se producen infecciones que llevan a: Cambios en la capacidad del cuerpo para procesar los alimentos y los medicamentos, infecciones estomacales, heces líquidas y pérdida de peso.

A la vez cabe resaltar que se esta ejerciendo un buen control por parte del equipo de salud y grupo familiar en el manejo de estas alteraciones ya que en nuestro estudio se han disminuido las cifras en el padecimiento de las molestias intestinales.

---

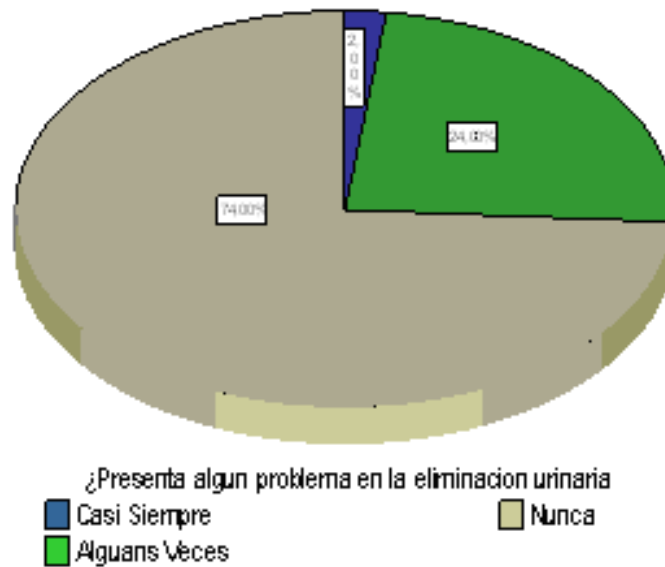
<sup>106</sup> González M. Escobedo A., Ruiz A. Diarreas Crónicas Asociadas a Giardia Lamblia, Coccidias y Adenovirus en Pacientes Viviendo con VIH/SIDA. En: Redalyc. V. 32. México. 2007. P. 107. ISSN 0185-5751

**TABLA 20: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMA EN LA ELIMINACION URINARIA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi Siempre	2	2,0	2,0	2,0
	Algunas Veces	24	24,0	24,0	26,0
	Nunca	74	74,0	74,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 20. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMA EN LA ELIMINACION URINARIA**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

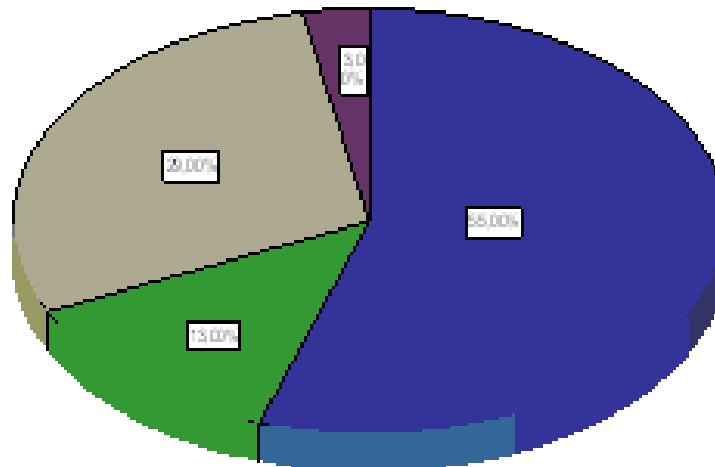
**INTERPRETACION:** Dentro de los problemas de eliminación urinaria un 74% indica que nunca los ha tenido, un 24% algunas veces, y un 2% casi siempre presenta algún tipo de inconveniente en la eliminación como la cistitis.

**TABLA 21: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ENERGIA PARA LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS EN EL DIA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	55	55,0	55,0	55,0
	Casi Siempre	13	13,0	13,0	68,0
	Algunas Veces	29	29,0	29,0	97,0
	Nunca	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 21. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ENERGIA PARA LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS EN EL DIA**



¿Tiene suficiente energía para las actividades requeridas o deseadas en el día?



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** Respecto a la pregunta si tiene suficiente energía para las actividades requeridas o deseadas en el día un 55% manifiesta que siempre, el 29% algunas veces, el 13% casi siempre y un 3% nunca lo que indica que la mayoría de los pacientes pueden realizar sus actividades diarias sin poseer fatiga o cansancio. Sin embargo existe un grupo de estos que presentan agotamiento y no logran culminar sus actividades cotidianas.

En comparación con otros estudios estas cifras se han disminuidos y se refleja el buen manejo y control de la conservación de la energía, fatiga y cansancio ya que un gran porcentaje de la muestra escogida no padece de estos síntomas.

Autores como Bernard (2006)<sup>107</sup> encontraron que un 70% de las personas con VIH experimentaban fatiga, desarrollándose muy tempranamente (durante la semana 1) en la mayoría de los participantes, produciéndose el pico en la semana 4. La prevalencia de fatiga estuvo fuertemente relacionada con la anemia.

Como sabemos la fatiga también es uno de los síntomas propios del proceso de la enfermedad, a la vez es importante que el personal de enfermería este atento a estos cambios y ayude al paciente a la conservación de la energía.

---

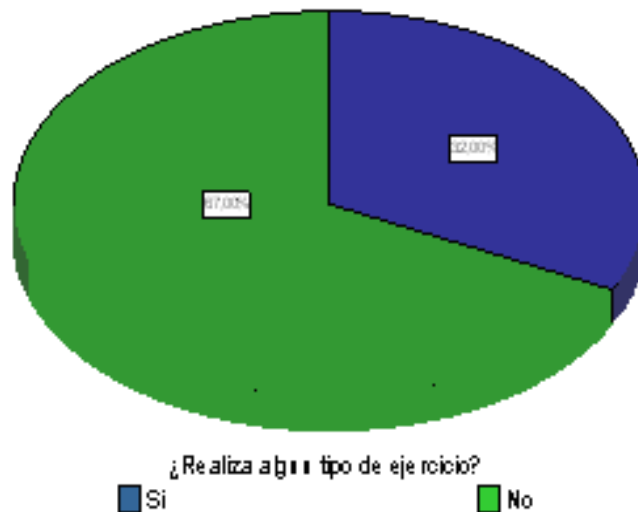
<sup>107</sup> Bernard E. Fatiga y Depresión en Pacientes con VIH. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en Internet: <<http://www.universia.net.co>>. 2006. [Consultado: 12 de Julio del 2009].

**TABLA 22: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE TIPO DE EJERCICIO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	32	32,0	32,0	32,0
No	68	68,0	68,0	99,0
Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 22. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE TIPO DE EJERCICIO**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** En la realización de algún tipo de ejercicio un 68% no aplica ninguna actividad deportiva y un 32% siendo minoría si realiza dentro de los cuales encontramos caminar, trotar, nadar y asistir a gimnasio.

Se ha demostrado según Nixon (2005)<sup>108</sup> que realizar ejercicios aeróbicos en pacientes con VIH-SIDA de forma constante y ejercicios progresivos de resistencia durante al menos 20 minutos, tres veces por semana durante cuatro semanas parecen ser seguros y pueden llevar a reducciones significativas de los síntomas de depresión y así como a potenciales mejorías clínicamente importantes en el estado cardiopulmonar.

Además existe una relación significativa entre la masa muscular y la inmunidad. Al aumentar el tamaño de los músculos, se hace más lento el avance del VIH.

Las personas que hacen ejercicio con frecuencia a menudo tienen recuentos de células CD4 más altos y menos efectos secundarios a causa del VIH y de los medicamentos anti-VIH.

Con respecto a los resultados encontrados es posible resaltar que la actividad física de estos pacientes se encuentra deteriorada y es necesario establecer estrategias que ayuden al estado físico de estos y por ende a su salud.

---

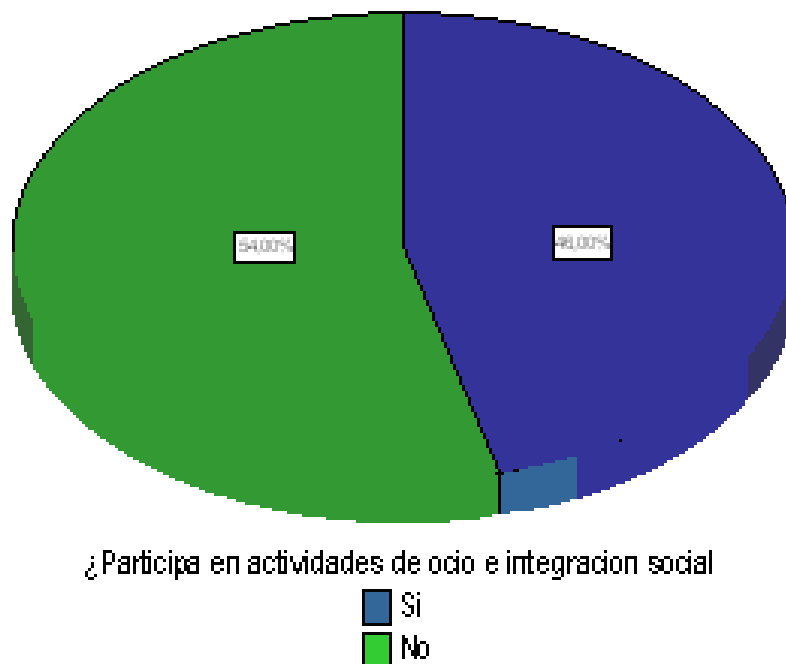
<sup>108</sup> Nixon S., O'Brien K., Glacier R., Tynan A. Intervenciones con Ejercicios Aeróbicos para Adultos con VIH/SIDA (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en internet: <<http://www.update-software.com>>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)>. Feb 2005. [Consultado: 29 Julio del 2009].

**TABLA 23: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE OCIO E INTEGRACION SOCIAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	46	46,0	46,0	46,0
No	54	54,0	54,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 23. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE OCIO E INTEGRACION SOCIAL**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** En la participación en actividades de ocio e integración social encontramos que un 54% no participa lo que refleja el aislamiento social de este tipo de pacientes y discriminación por parte de su entorno y un 46% si participa dentro de su comunidad e institución de salud que les brinda actividades de recreación y espacio para compartir diferentes actividades que fomente la estabilidad social.

Se ha demostrado en estudios aportados por La iniciativa Latinoamericana (2007)<sup>109</sup> que el VIH/SIDA pesa una fuerte carga social. Además el miedo irracional a contagiarse genera la discriminación, la marginación y el aislamiento social de las personas infectadas.

Es necesario seguir trabajando con la población seropositiva con el fin de lograr una integración social en estos y más participación en las actividades de recreación y ocio de sus tiempos libres.

---

<sup>109</sup> La iniciativa Latinoamericana. Apoyo psicológico, una herramienta más contra el Sida. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en Internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/psicologica/apoyo-psicologico-una-herramienta-mas-contra-el-sida.html>>. Jul 2007. [consultado: 19 de julio del 2009]

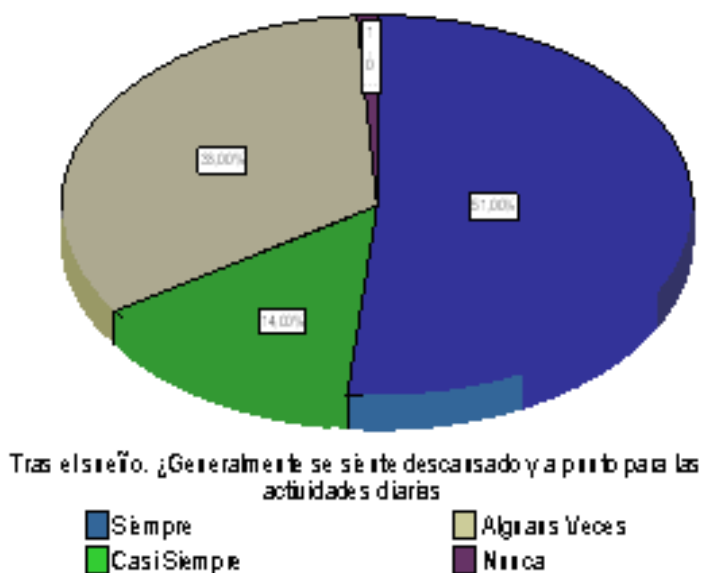


**TABLA 24: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE SENSACION DE SUEÑO Y DESCANSO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	51	51,0	51,0	51,0
	Casi Siempre	14	14,0	14,0	65,0
	Algunas Veces	34	34,0	34,0	98,0
	Nunca	1	1,0	1,0	99,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 24. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE SENSACION DE SUEÑO Y DESCANSO**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** A la pregunta tras el sueño. ¿Generalmente se siente descansado y a punto para las actividades diarias? Se obtuvo que un 51% siempre se sentía descansado, un 14% casi siempre, 34% alguna vez y un 1% nunca se sentía

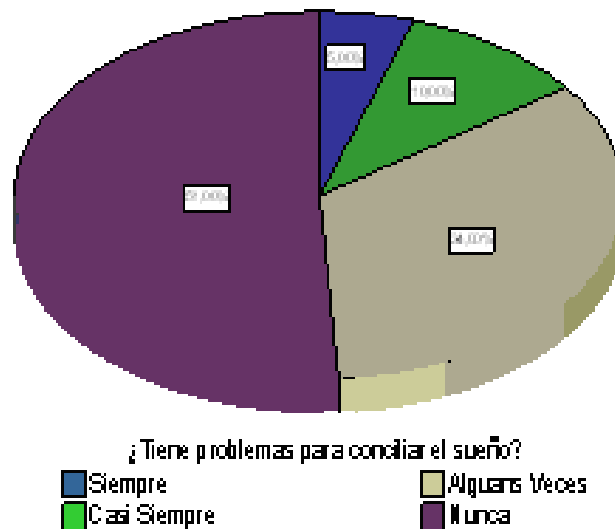
descansado siendo este un factor que altera la homeostasis del paciente y el mantenimiento de su salud a la vez la mayoría de estos pacientes están desarrollando un buen patrón de descanso lo que contribuye a la obtención de la energía requeridas para las actividades diarias.

**TABLA 25: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	5	5,0	5,0	5,0
	Casi Siempre	10	10,0	10,0	15,0
	Algunas Veces	34	34,0	34,0	49,0
	Nunca	51	51,0	51,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 25. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** Encontramos que el 49% de los pacientes presento problemas para conciliar el sueño distribuido en frecuencias de algunas veces, casi siempre y siempre, motivo por el cual impide mantener su estado biopsicosocial estable. En su

mayoría las personas que presentaron alteraciones en este patrón requieren de la ayuda de medicamentos recomendados por la parte médica para conciliar el sueño.

Según Toso (2009)<sup>110</sup>, el inicio y la duración del sueño están determinados, en gran parte, por el momento en el cual el sujeto se dispone a dormir y por su actividad previa. Asimismo, el ciclo sueño-vigilia se ve influenciado por las señales del medio ambiente. Los sistemas nervioso, inmunitario y endocrino marcan el ritmo del sueño. Los mediadores inmunológicos, especialmente las citoquinas (grupo de proteínas), envían señales al sistema nervioso central, regulando los patrones normales de sueño. Estas señales se involucran con la alteración de los patrones de sueño, como las modificaciones conductuales durante las enfermedades infecciosas.

---

<sup>110</sup> Toso M. Trastornos Del Sueño Cuando Disminuyen Las Defensas De Los Sistemas Inmunológico Y Nervioso. En: Shvoong. Abr 2009. [Consultado el 16 de julio del 2009] Disponible en Internet: <<http://es.shvoong.com/medicine-and-health/immunology/1882641-nuevos-avances-m%C3%A9dicos-sobre-trastornos/>>.

**TABLA 26: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMAS DE AUDICION**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	4	4,0	4,0	4,0
No	96	96,0	96,0	99,0
Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 26. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMAS DE AUDICION**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

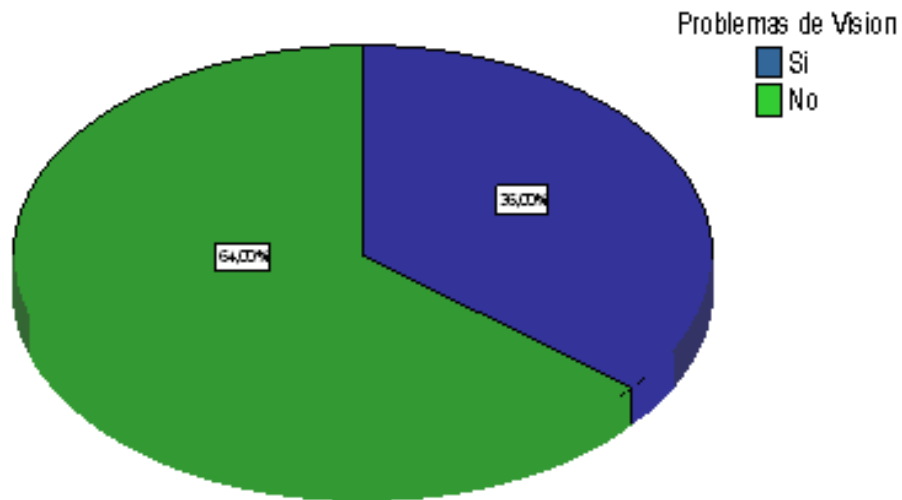
**IINTERPRETACION:** La población encuestada represento que un 96% no presento problemas en la audición y un 4% Si, entre los cuales encontramos la disminucion de este sentido.

**TABLA 27: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE  
PROBLEMAS DE VISION**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	36	36,0	36,0	36,0
	No	64	64,0	64,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**GRAFICO # 27. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE  
PROBLEMAS DE VISION**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**INTERPRETACION:** Se encontró que el 36% de las personas que participaron en la investigación presentaron diferentes alteraciones oftalmológicas tales como

hipermetropía, miopía, astigmatismo, entre otras. Yañez (2007)<sup>111</sup> en su estudio encontró que el 62% de los pacientes refirieron síntomas oculares, siendo los más frecuentes disminución de la agudeza visual, picazón, ojo rojo, sequedad, visión de flotantes y diplopía. Lo que permite decir, que este tipo de alteraciones son frecuentes en los portadores del virus principalmente en la etapa avanzada de la enfermedad.

---

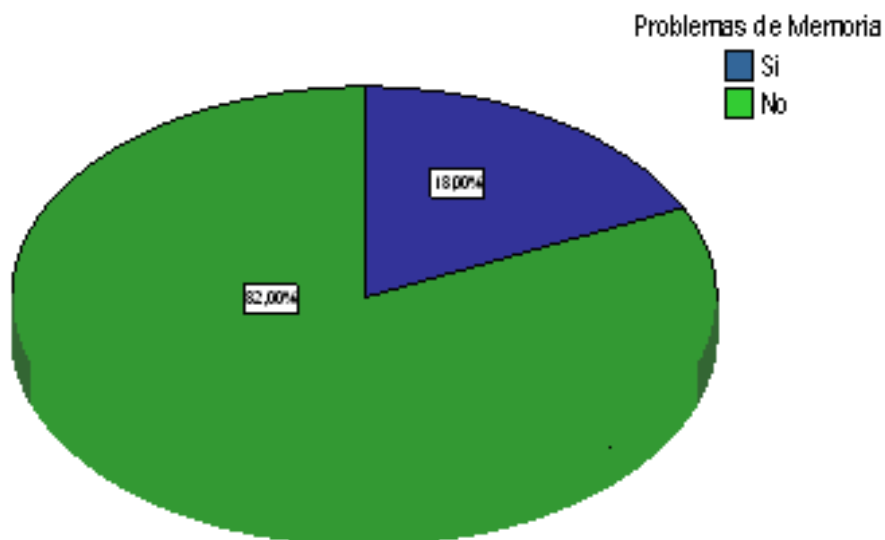
<sup>111</sup> Yañez B. Hallazgos oftalmológicos en pacientes con VIH/SIDA en la era pre TARGA. En: Revista Peru Med Exp Salud Pública. V. 24 (3) 2007. P. 291.

**TABLA 28: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE  
PROBLEMAS DE MEMORIA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	18	18,0	18,0	18,0
No	82	82,0	82,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**GRAFICO # 28. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE  
PROBLEMAS DE MEMORIA**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: *“Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”*

**INTERPRETACION:** Dentro de la muestra escogida un 18% presento problemas de memoria como la perdida de la capacidad de recordar hechos sucedidos recientes y



remotos. Álvarez (2009)<sup>112</sup> manifiesta en su investigación que alrededor del 30-60 por ciento de los pacientes infectados por el virus presenta a lo largo de su evolución un trastorno neurológico, ya sea por acción directa del virus sobre el encéfalo, por infecciones oportunistas, tumores, trastornos autoinmunes, encefalopatías metabólicas o medicamentos y alteraciones vasculares de causa incierta. Además, durante la etapa terminal ocurren un síndrome definido como complejo demencia-SIDA, su incidencia aumenta a medida que disminuyen los linfocitos CD4 Inicialmente el paciente refiere pérdida de la memoria y el interés por su entorno y lentitud del pensamiento.

Sin embargo en comparación con el presente estudio se puede determinar que un gran porcentaje de la población encuestada no presente este tipo de alteraciones cognitivas, a la vez, es necesario implementar medidas que favorezcan la prevención y fomente la capacidad de la memoria.

---

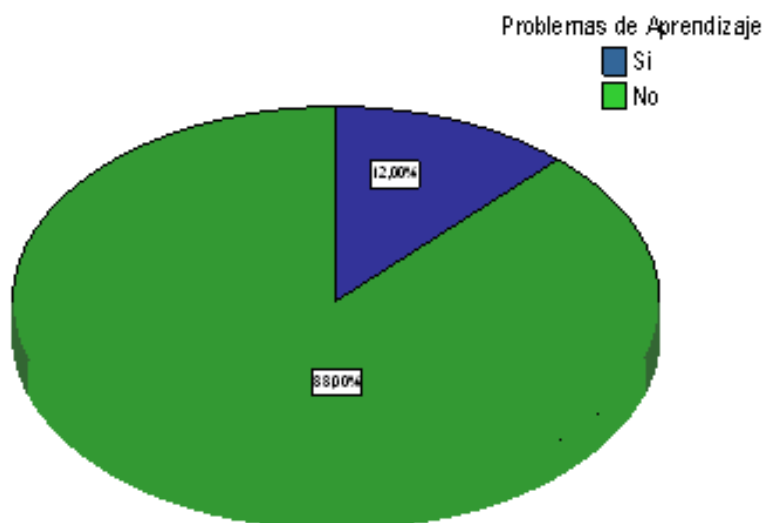
<sup>112</sup> Álvarez M., De León J., Herrera B. Manifestaciones neurológicas en el paciente con SIDA. En: Rev méd electrón [Serida en línea] V. 31 (2) 2009. Disponible en Internet: <<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol2%202009/tema15.htm>> [Consultado el 16 de julio del 2009]

**TABLA 29: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	12	12,0	12,0	12,0
	No	88	88,0	88,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 29. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** se encontró que el 12% de la población encuestada presenta dificultad en la adquisición de nuevos conocimientos. Puesto que, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede alterar las estructuras cerebrales en la misma manera en que se ven perjudicadas cuando una persona abusa de drogas

estimulante. En ambos casos, según manifiestan, se alteran funciones cognitivas como el aprendizaje, la solución de problemas o la capacidad para procesar información.<sup>113</sup>

---

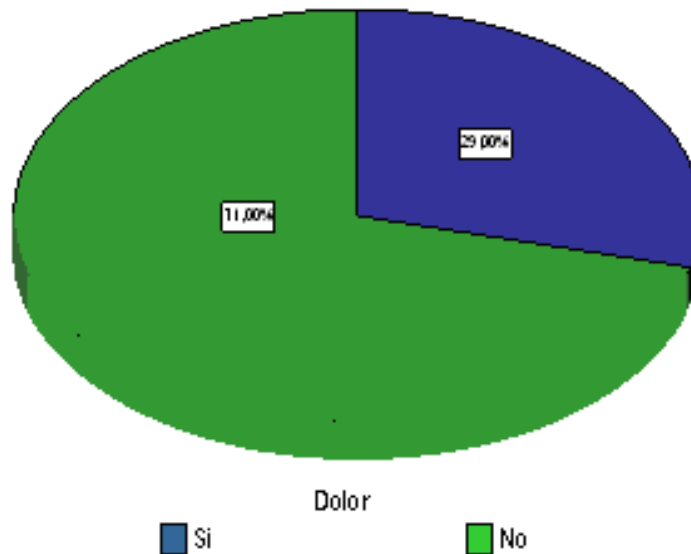
<sup>113</sup> Elmundosalud.es. Daño cerebral producido por el VIH. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/dano-cerebral-producido-por-el-vih.html>>. Sep 2006. [Consultado el 11 de junio del 2009].

**TABLA 30: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE DOLOR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	29	29,0	29,0	29,0
	No	71	71,0	71,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 30. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE DOLOR**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** Respecto al dolor se encontró que el 29% evidencio la presencia de dolor, entre los más comunes predomina el dolor a nivel lumbar, extremidades y

cefalea; a diferencia de Covarrubias (2009)<sup>114</sup> quien revela en su estudio que la prevalencia del dolor en los enfermos con VIH/SIDA es del 88% y su frecuencia se incrementa conforme avanza la enfermedad. Se identifica que la unidad asistencial de salud de estos pacientes se encuentra realizando actividades encaminadas a satisfacer la calidad de vida disminuyendo favorablemente la continuidad del dolor.

---

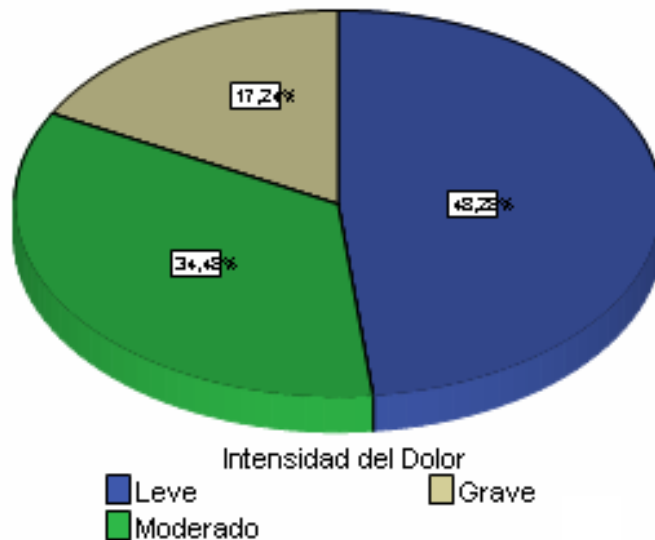
<sup>114</sup> Covarrubias A., Gutiérrez C., Guevara U., Betancourt J. Dolor en VIH/SIDA: Reporte de un caso y revisión Bibliográfica. En: Revista mexicana de anestesiología Vol. 32. No. 2 Abril-Junio 2009 Pag. 129

**TABLA 31: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE INTENSIDAD DEL DOLOR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Leve	14	14,0	48,3	48,3
	Moderado	10	10,0	34,5	82,8
	Grave	5	5,0	17,2	100,0
	Total	29	29,0	100,0	
Perdidos	Sistema	71	71,0		
Total		100	100,0		

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 31. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE INTENSIDAD DEL DOLOR**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** De la población que presenta dolor un 14% manifiesta que su intensidad es leve, lo que indica el control o manejo ya sea con medidas farmacológicas y no farmacológicas en las que predomina la terapia de relajación; por otro lado,

Covarrubias (2009)<sup>115</sup> afirma que el 69% de los pacientes con VIH/SIDA, consideran su dolor como moderado a severo en intensidad debido a que el número de localizaciones del dolor, se incrementa significativamente a medida que disminuye la sobrevida.

---

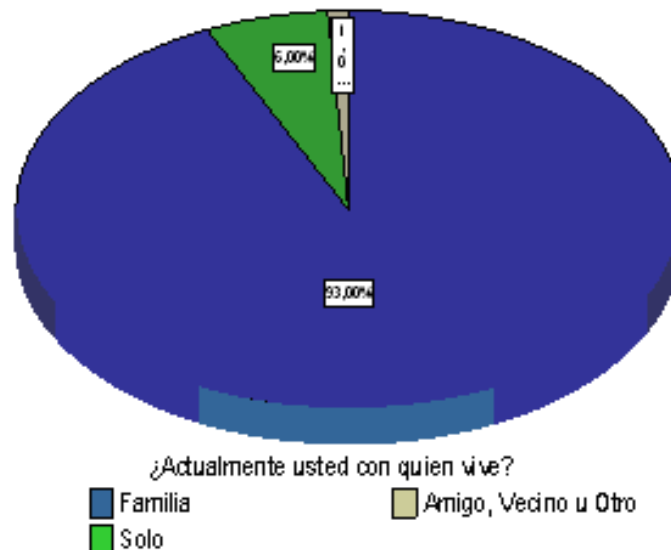
<sup>115</sup> Covarrubias A.*et al.* Op. Cit. Pag. 129

**TABLA 32: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ACTUALMENTE USTED CON QUIEN VIVE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Familia	93	93,0	93,0	93,0
	Solo	6	6,0	6,0	99,0
	Amigo, Vecino u Otro	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 32. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ACTUALMENTE USTED CON QUIEN VIVE**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** Encontramos que a pesar de que existe la discriminación social en este tipo de patología estos encuentran apoyo en su familiares representado en un 93% motivo por el cual permite que los pacientes afronten con mayor facilidad el proceso de



patología. De igual modo, confirma lo descrito por Vera (2004)<sup>116</sup>, en donde observa que el apoyo familiar tiene una influencia importante para la aceptación del tratamiento y de la enfermedad

---

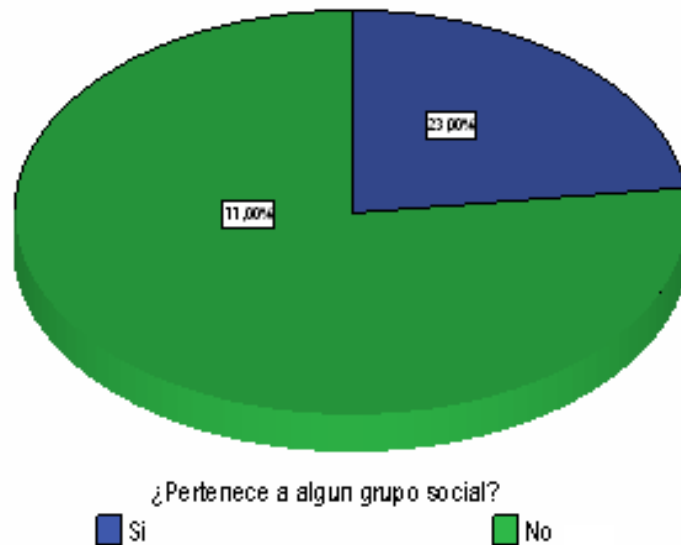
<sup>116</sup> Estrada A. Vera V. Op.cit., P. 5

**TABLA 33: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE GRUPO SOCIAL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	23	23,0	23,0	23,0
	No	77	77,0	77,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 33. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE GRUPO SOCIAL**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** En la participación hacia un grupo social un 77% no se integra a la convivencia que ofrece su comunidad muchas veces para evitar alteraciones psicológicas; sin embargo, algunos acuden a grupos de integración, siendo los más comunes talleres de oración que contribuyen al equilibrio emocional de su patología.

Lamotte (2004)<sup>117</sup> enuncia en su estudio que los problemas sociales pueden generar estados anímicos desfavorables que contribuyen al progreso de este cuadro morboso.

---

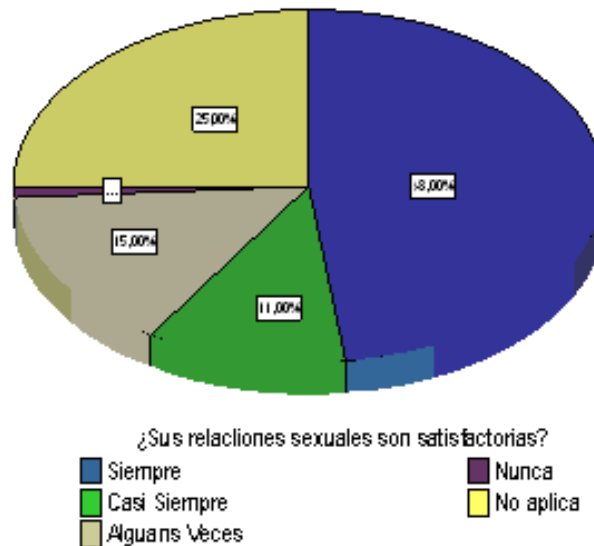
<sup>117</sup> Lamotte J. Op. Cit. p. 13

**TABLA 34: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE SATISFACCION EN LAS RELACIONES SEXUALES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	48	48,0	48,0	48,0
	Casi Siempre	11	11,0	11,0	59,0
	Algunas Veces	15	15,0	15,0	74,0
	Nunca	1	1,0	1,0	75,0
	No aplica	25	25,0	25,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 34. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE SATISFACCION EN LAS RELACIONES SEXUALES**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

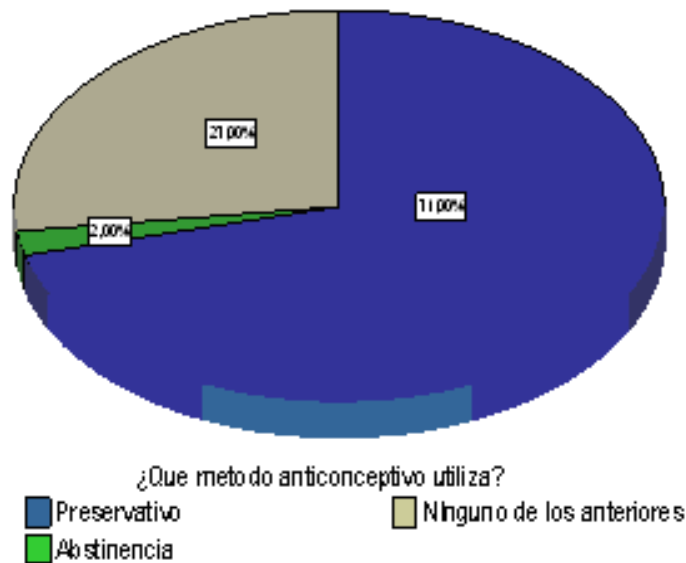
**INTERPRETACION:** Respecto a la satisfacción en las relaciones sexuales un 48% respondió que siempre, un 15% algunas veces, un 11% casi siempre y un 1% nunca. A la vez se encontró que un 25% no aplica es decir que estas personas no tienen actualmente una vida sexual activa.

**TABLA 35: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE METODOS ANTICONCEPTIVO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Preservativo	71	71,0	71,0	71,0
	Abstinencia	2	2,0	2,0	73,0
	Ninguno de los anteriores	27	27,0	27,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 35. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE METODOS ANTICONCEPTIVOS**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** Dentro de los métodos anticonceptivos utilizados, un 71% utiliza los preservativos. La utilización del preservativo es un elemento crucial para un enfoque

integral, eficaz y sostenible de la prevención del VIH<sup>118</sup> en la población y otras enfermedades de transmisión sexual, debido a que no permite el paso del semen, fluido vaginal ni sangre de una persona a otra durante las relaciones sexuales; por otro lado, es necesario mencionar que alguna de las personas que participaron en el estudio no mantiene una vida sexual activa.

---

<sup>118</sup> OMS/ONUSIDA. Nota informativa sobre Los preservativos y la prevención del VIH: Declaración de ONUSIDA, UNFPA y OMS. Mar 2009. [Consultado el 21 de julio del 2009]. Disponible en Internet: <[http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090319\\_preventionposition.asp](http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090319_preventionposition.asp)>

**TABLA 36: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ESTRES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	13	13,0	13,0	13,0
	Casi Siempre	10	10,0	10,0	22,0
	Algunas Veces	56	56,0	56,0	78,0
	Nunca	21	21,0	21,0	99,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 36. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE ESTRES**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** En cuanto al manejo del estrés se evidencio que un 56% algunas veces se sentían tensos o estresados, por los diferentes problemas familiares, sociales, laborales y de salud a la que se enfrentan a diario los pacientes. Morris (2008)<sup>119</sup>

<sup>119</sup> Morris K. La Terapia Para Manejar El Estrés Puede Mejorar La Calidad De Vida De Las Personas Con VIH. [Base de datos: Universia].Colombia. Mayo 2008.

manifestación que los factores psicosociales como la depresión, el estrés o la falta de apoyo social pueden influir en el curso de la infección por VIH. Dichos factores pueden afectar a la actuación del sistema inmunitario e incidir sobre la adhesión al tratamiento anti-VIH, motivo que conlleva a al desarrollo progresivo de la patología.



**TABLA 37: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE IMPORTANCIA DE LA RELIGION EN LA VIDA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	94	94,0	94,0	94,0
	No	6	6,0	6,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 37. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE IMPORTANCIA DE LA RELIGION**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** Un 94% refiere que la religión es importante para su vida como refugio y apoyo moral en el proceso de su enfermedad, además el bienestar espiritual les permite favorecer su estilo de vida y contribuye a las relaciones con los demás. Lo

anterior se puede relacionar por lo encontrado por Sánchez (2008)<sup>120</sup> en donde muestra un bienestar espiritual en personas con VIH/SIDA alto con mayor nivel en el aspecto religioso que en el existencial, indicando un camino de trabajo en la relación de las personas consigo mismas de manera que puedan darle sentido a la enfermedad.

---

<sup>120</sup> Sánchez B. Comparación entre el bienestar espiritual de personas con VIH/SIDA y el de personas aparentemente sanas. En: Revista Actualizaciones En Enfermería. V. 11 (1). Feb 2008 P. 13. ISSN 0123-5583

**TABLA 38: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE  
AYUDA DE LA RELIGION EN LAS DIFICULTADES**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	91	91,0	91,0	91,0
	No	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**GRAFICO # 38. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA VARIABLE  
LA RELIGION EN LAS DIFICULTADES**



**Fuente:** elaboración propia de investigación: “Protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con VIH-Sida en la fundación Heres Salud de Santa Marta”

**INTERPRETACION:** En cuanto a los resultados obtenidos se puede observar que el 91% de las personas encuestadas si le proporciona armonía, apoyo y ayuda en afrontamiento a diversas emociones que surgen como producto del concomimiento y manejo de la enfermedad el hecho de que se encuentre aferrado a una creencia

espiritual. En el estudio de Sánchez (2008)<sup>121</sup> se referencia que el bienestar espiritual influyen en la evolución de la enfermedad y generan efectos fisiológicos y psicológicos tales como la actitud positiva, el manejo del estrés y la búsqueda de bienestar.

---

<sup>121</sup> *Ibíd.*, P 14.

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN ENFERMERIA		DX DE ENFERMERIA	PLANIFICACION		EVALUACIÓN
DATO CLAVE	PATRÓN ALTERADO	DX	RESULTADOS NOC	INTERVENCION NIC	EVALUACIÓN PROYECTADA
<p>Falta de conductas generadoras de salud (uso inefectivo del preservativo)</p> <p>92% de personas encuestadas que obtuvieron el virus VIH por transmisión sexual</p> <p>Falta de demostración de conductas adaptativas a los cambios internos y externos por la patología</p> <p>Antecedentes personales de enfermedades respiratorias</p> <p>Antecedentes familiares de</p>	<p><b>Percepción Manejo de la Salud</b></p>	<p>Manejo inefectivo de la salud: falta de métodos anticonceptivos de barrera R/C alteración de las habilidades de comunicación M/P trasmisión sexual del VIH (92%)</p>	<p><b>CONDUCTAS DE FOMENTO DE LA SALUD (1602)</b></p> <p>160201 Utiliza conductas para evitar el riesgo (prevención del VIH)</p> <p>160209 Utiliza recursos físicos (preservativo) para fomentar la salud</p>	<p><b>FACILITAR LA AUTORESPONSABILIDAD (4480)</b></p> <p>Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud. (Se aplica al paciente un cuestionario referente al conocimiento de la patología VIH SIDA)</p> <p>Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.</p> <p>Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias</p> <p>Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente. (Se evaluara las conductas de salud adoptadas por el paciente)</p> <p>Fomentar el uso de los métodos anticonceptivos de barrera. (se realizaran sesiones educativas en donde se sensibilice al paciente el uso del preservativo)</p>	<p>El paciente siempre utilizara conductas para evitar el riesgo.</p> <p>El paciente siempre utilizara recursos físicos (preservativo) para fomentar la salud</p>
		<p>Riesgo de déficit del régimen de salud R/C antecedentes personales y familiares</p>	<p><b>CONTROL DEL RIESGO (1902)</b></p> <p>190201 reconoce los factores de riesgos</p> <p>190208 modifica el estilo de vida para reducir el riesgo</p>	<p><b>FACILITAR LA AUTORESPONSABILIDAD</b></p> <p>Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud</p> <p>Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias</p> <p>Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de</p>	<p>El paciente siempre reconocerá los factores de riesgos que afectan la salud.</p> <p>El paciente</p>

<p>HTA y enfermedades coronarias</p> <p>Asistencia a controles médicos</p>			<p>190204 desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas</p> <p>190213 utiliza los servicios sanitarios de forma congruentes cuando lo necesitan</p>	<p>sus propios autocuidados como sea posible</p> <p>Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente</p> <p>Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional o un cambio de conducta</p>	<p>siempre modifica el estilo de vida que perjudica su salud.</p> <p>El paciente siempre desarrolla las estrategias que disminuyen los riesgos de su salud.</p> <p>El paciente siempre utiliza los servicios sanitarios cuando lo necesitan.</p>
<p>pérdida de peso</p> <p>problemas cutáneos</p> <p>manchas</p> <p>sequedad paños</p> <p>mala cicatrización</p> <p>prurito</p> <p>alteración de la pigmentación</p>	<p><b>Nutricional Metabólico</b></p>	<p>Desequilibrio nutricional R/C</p> <p>diarrea e inapetencia</p> <p>M/P pérdida de peso</p>	<p><b>ESTADO NUTRICIONAL (1004)</b></p> <p>100401 Ingestión de nutrientes</p> <p>100405 Relación peso talla</p> <p>100411 Hidratación</p>	<p><b>MANEJO DEL PESO (1260)</b></p> <p>Determinar el peso corporal ideal del individuo (se calcula el índice de masa corporal del paciente)</p> <p>Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.</p> <p><b>MANEJO DE LA NUTRICION (1100)</b></p> <p>Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlos</p> <p>Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida</p>	<p>El paciente pasara a ingerir nutrientes necesarios para su alimentación saludable.</p> <p>El paciente mantendrá la relación peso/talla.</p> <p>El paciente siempre tendrá una buena hidratación de</p>

problemas en la alimentación  náuseas inapetencia  vómitos  malestar estomacal  diarrea				Pesar al paciente a intervalos adecuados	piel y mucosas.
		Náuseas R/C estimulación de los mecanismos neurofarmacológicos M/P informes verbales de sentir náuseas o malestar estomacal	<b>CONTRL DE NAUSEAS Y VOMITOS (1618)</b>  161801 Reconoce el inicio de las náuseas  161805 Utiliza medidas preventivas  161806 Evita factores causales cuando es posible  161812 Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados	<b>MANEJO DE LAS NAUSEAS (1450)</b>  Proporcionar información acerca de las náuseas, sus causas y su duración (se utilizarán medios informativos como folletos, videos, carteleros y charlas)  Administrar alimentos fríos, líquidos transparentes, sin olor, sin color según sea conveniente  Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, imaginación simple dirigida, terapia musical y distracción)  Observar el aprendizaje de estrategias para controlar las náuseas (Se evalúa constantemente al paciente los métodos preventivos utilizados para el manejo de las náuseas)	El paciente reconocerá el inicio de las náuseas.  El paciente siempre utilizará medidas preventivas.  El paciente evitará factores causales de náuseas y vómitos.  El paciente siempre informará el control de las náuseas y vómitos.
		Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C déficit nutricional/alteración del turgor cutáneo	<b>INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS (1101)</b>  110104 Hidratación  110108 Textura  110113 Piel intacta	<b>CUIDADOS DE LA PIEL (3584)</b>  Instruir sobre la higiene y aseo de la piel (Se educa al paciente a través de secciones educativas y lúdicas que ayuden a identificar al paciente las medidas apropiadas para el cuidado de la piel y la importancia en el estado de salud)  Aplicar humectantes a la piel (preferiblemente cremas que no irriten la textura de la piel como es el caso de alergias a algunos componentes)  Dar masajes en las zonas afectadas	El paciente siempre mantendrá intacta, hidratada y con una adecuada textura piel y mucosas.

				Evitar fricción en la zona afectada Fomentar la ingesta de líquidos	
Diarrea Estreñimiento Heces secas, duras Incapacidad para eliminar las heces Heces líquidas Cistitis	<b>Eliminación</b>	Diarrea R/C Alto grado de estrés o ansiedad M/P eliminación de heces líquidas	<b>HIDRATACIÓN (0602)</b> 060201 Piel tersa 060202 Membranas – mucosas húmedas 060215 Ingesta adecuada de líquidos	<b>MANEJO DE LA DIARREA (0460)</b> Determinar la historia de la diarrea (Indagar sobre las medidas de higiene que adopta el paciente en cuanto a la preparación e ingesta de alimentos, aseo del hogar, actividades realizadas durante el día). Solicitar al paciente miembro familiar que registre color, volumen, frecuencia y consecuencia de las deposiciones. Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional. Observar la turgencia de la piel regularmente. Medir la producción de diarrea / defecación (Investigar el número de defecaciones al día). Pesar regularmente al paciente. Instruir sobre dieta pobres en fibra, ricas en proteínas y de alto valor calórico. Enseñar a evitar los laxantes.	El paciente obtendrá una piel tensa y membranas – mucosa húmedas. El paciente conservará una ingesta adecuada de líquidos.
		Estreñimiento R/C inadecuada eliminación M/P heces secas y duras	<b>ELIMINACIÓN INTESTINAL (0501)</b> 050101 Patrón de eliminación 050104 Cantidad de las heces en relación con la	<b>MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO (0450)</b> Vigilar la existencia del peristaltismo (Auscultar la motilidad intestinal). Comprobar movilidad intestinal, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.	El paciente logrará un excelente patrón de eliminación. La cantidad de las heces del



			<p>dieta</p> <p>050105 Heces blandas y formadas</p> <p>050112 Facilidad de eliminación de las heces</p>	<p>Fomentar la ingesta de líquidos.</p> <p>Instruir al paciente / familia acerca de una dieta rica en fibras.</p> <p>Instruir al paciente / sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.</p> <p>Pesar al paciente regularmente.</p> <p>Enseñar al paciente o la familia los procesos digestivos normales.</p>	<p>paciente en relación con la dieta ingerida serán las adecuadas.</p> <p>El paciente eliminara heces blandas y formadas.</p> <p>El paciente siempre tendrá facilidad de eliminación de las heces.</p>
		<p>Deterioro de la eliminación urinaria R/C</p> <p>infección del tracto urinario</p> <p>M/P disuria</p>	<p><b>ELIMINACIÓN URINARIA (0503)</b></p> <p>050301 Patrón de la eliminación</p> <p>050302 Olor de la orina</p> <p>050303 Cantidad de la orina</p> <p>050304 Color de la orina</p> <p>050306 Claridad de la orina</p>	<p><b>MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA (0590)</b></p> <p>Explicar al paciente los signos y síntomas de infección urinaria.</p> <p>Controlar periódicamente la eliminación urinaria incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.</p> <p>Enseñar al paciente / familia la producción de orinar.</p> <p>Enseñar al paciente a beber líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.</p> <p>Enseñar al paciente a vaciar la vejiga (Indicarle la eliminación de la Oriana de 3 – 4 horas y por lo menos una vez por la noche para ayudar a prevenir infecciones urinarias).</p>	<p>El paciente conseguirá un excelente manejo de patrón de eliminación urinaria.</p> <p>El olor, cantidad, color, claridad de la orina serán las indicas para mantener un estado de eliminación urinaria adecuada del paciente.</p>
<p>Sedentarismo.</p> <p>Apatía a las</p>	<p><b>Actividad ejercicio</b></p>	<p>/</p> <p>Déficit de las actividades recreativas R/C</p>	<p><b>IMPLICACIÓN SOCIAL (1503)</b></p>	<p><b>TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO (5360)</b></p> <p>Ayudar a explorar el significado personal de las</p>	<p>El paciente pasara a interactuar</p>

<p>actividades de ocio e integración social.</p> <p>Fatiga.</p> <p>Cansancio.</p> <p>Falta de energía para las actividades diarias.</p> <p>Falta de actividades físicas (ejercicios.)</p>		<p>apatía a la actividad recreativa en el entorno M/P aburrimiento y aislamiento social</p>	<p>150301 Interacción con amigos íntimos</p> <p>150302 Interacción con vecinos</p> <p>150303 Interacción con miembros de la familia</p> <p>150307 Participación en la organización de las actividades</p> <p>150311 Participación en actividad de ocio</p> <p>10503 Participación de deportes de equipo</p>	<p>actividades recreativas favoritas (Realizar taller que favorezcan las expresiones y sentimientos del paciente).</p> <p>Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en las actividades recreativas (valoración física/ mental del paciente).</p> <p>Incluir al paciente en la planificación de las actividades recreativas.</p> <p>Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes, con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar las actividades recreativas que tengan sentido.</p> <p>Supervisar las sesiones recreativas según cada caso.</p>	<p>socialmente con amigos, vecinos y principalmente con los miembros de la familia.</p> <p>El paciente siempre participara en la organización de las actividades de recreación e integración social.</p> <p>El paciente participara en deportes de equipo que facilite la implicación social.</p>
		<p>Fatiga R/C mal estado físico por le proceso de la enfermedad M/P cansancio y falta de energía suficientes para mantener las actividades habituales.</p>	<p><b>CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA (0002)</b></p> <p>000201 Equilibrio entre actividad y descanso.</p> <p>000203 Reconoce limitaciones de energía.</p> <p>000204 Utiliza técnicas de conservación de energía.</p>	<p><b>MANEJO DE LA ENERGÍA (0180)</b></p> <p>Determinar las limitaciones físicas del paciente (Realizar una valoración céfalo/caudal).</p> <p>Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente (Indagar las actividades y síntomas asociadas con el aumento de la fatiga es decir, dolor, medicación, inapetencia, actividades físicas desarrolladas durante el día).</p> <p>Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones,</p>	<p>El paciente identificara el nivel de energía para realizar las actividades y del mismo modo, el tiempo que debe tener para descansar.</p>

			000209 Organiza actividades para conservar energía.	<p>Establecer límites a la hiperactividad cuando interfiera con otras personas o con el paciente.</p> <p>Limitar los estímulos ambientales (luz, ruidos) para facilitar la relajación.</p> <p>Utilizar ejercicios de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular.</p> <p>Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.</p> <p>Planificar las actividades para los periodos en los que tiene más energía.</p>	
<p>Sensación de no sentirse bien descansado durante el día.</p> <p>Fatiga</p> <p>Letargo</p> <p>Cansancio</p> <p>Falta de energía para las actividades diarias</p> <p>Incapacidad para conciliar el sueño</p> <p>Deterioro de desempeño de</p>	<b>Reposo/ Sueño</b>	<p>Deterioro del patrón del sueño R/C</p> <p>Malestar físico M/P informe de no sentirse bien descansado durante el día.</p>	<p><b>DESCANSO (0003)</b></p> <p>000301 Tiempo descanso</p> <p>000302 Patrón de descanso</p> <p>000303 Calidad descanso</p> <p>000304 Descansado físicamente</p> <p>000305 Descansado mentalmente</p> <p>000308 Descansado emocionalmente</p>	<p><b>MEJORAR EL SUEÑO (1850)</b></p> <p>Determinar el esquema del sueño/ vigilia del paciente (El paciente describirá el periodo de horas que descansa durante el día).</p> <p>Enseñar al paciente a controlar las pautas del sueño (Realizar siesta durante el día).</p> <p>Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.</p> <p>Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</p> <p>Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares; ejemplo: leer un libro, ver televisión.</p> <p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama (preocupaciones, ansiedad, temor, miedo).</p>	<p>El paciente obtendrá siempre un patrón de descanso en el que se alcance tiempo, calidad un alivio físico, mental y emocional.</p>

tareas físicas y mentales				Disponer/ llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.	
Ansiedad					
Estrés					
Dolor físico de intensidad leve y moderada.	<b>Cognitivo/ Perceptual</b>	Dolor agudo R/C déficit de conocimiento en el manejo del dolor M/P informes de malestar severo.	<b>CONTROL DEL DOLOR (1605)</b>	<b>MANEJO DEL DOLOR (1400)</b>	El paciente siempre reconocerá el inicio del dolor, los factores etiológicos para la toma de medidas preventivas.
Alteración en la agudeza visual (visión borrosa)			160502 Reconoce comienzo del dolor. 160501 Reconoce factores causales. 160503 Utiliza medidas preventivas. 160605 utiliza los analgésicos de forma apropiada. 160511 Refiere dolor controlado.		
Dificultad en el aprendizaje.					El paciente utilizara el tratamiento de forma adecuada para controlar la aparición del dolor.
Incapacidad para recordar acontecimientos recientes.		Perdida sensorial no compensada: visión R/C perdida de la	<b>FUNCIÓN SENSITIVA: VISIÓN (2404)</b>	Determinar gestor de ayuda en su cuidado Administración de tratamiento médico según corresponda ( antibiótico, gotas oftálmicas, analgesia)	El paciente siempre mantendrá una excelente función
			240406 Manchas flotante.		

		agudeza visual M/P visión borrosa.	<p>240410 Visión doble.</p> <p>240411 Visión borrosa.</p> <p>240412 Visión distorsionada</p>	<p>Instilación de gotas en forma adecuada (lavado de manos previo, aplicación)</p> <p>Uso de dispositivos para deambulación.</p> <p>Instruir sobre la manipulación ocular (evitar friccionar o aplicar pomadas no recetadas)</p> <p>Educación al paciente sobre intervención quirúrgica cuando corresponda.</p> <p>Colocar protección ocular cuando el paciente lo requiera.</p>	sensitiva: Visión; sin alteraciones como manchas flotantes, visión doble, borrosa y distorsionada.
		Perdida no compensada de la memoria R/C estados neurológicos degenerativos M/P episodios frecuentes de incapacidad para recordar acontecimientos recientes.	<p><b>MEMORIA (0908)</b></p> <p>090801 Recuerda información inmediata de forma precisa.</p> <p>090802 Recuerda información reciente de forma precisa.</p>	<p><b>ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA (4760)</b></p> <p>Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente.</p> <p>Recordar experiencias pasadas con el paciente.</p> <p>Proporcionar entrenamiento de orientación como que el paciente practique información y fechas personales.</p> <p>Remitir a terapia ocupacional.</p> <p>Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.</p>	El paciente siempre lograra recordar información precisa sobre acontecimientos relevantes que han pasado en su vida.
<p>Temor</p> <p>Preocupación</p> <p>Ansiedad</p> <p>Inestabilidad</p> <p>Insomnio</p>	<b>Autopercepción / autoconcepto.</b>	Ansiedad R/C percepción de amenaza del estado de salud M/P informe de sentirse ansioso, aprensivo, tenso, atemorizado,	<p><b>AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD (1402)</b></p> <p>140202 Eliminar precursores de la ansiedad.</p> <p>140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando esta ansioso.</p>	<p><b>DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820)</b></p> <p>Proporcionar información objetiva respecto al diagnostico, tratamiento y pronostico.</p> <p>Administrar terapia de relajación.</p> <p>Escuchar con atención.</p> <p>Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y</p>	<p>El paciente siempre utilizara recursos que ayuden a disminuir los niveles de ansiedad.</p> <p>El paciente</p>

		preocupado, temeroso.	<p>140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes.</p> <p>140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.</p> <p>140217 Controla la respuesta de ansiedad.</p>	<p>miedos.</p> <p>Identificar los cambios en el nivel de ansiedad (Aplicar el Test psicométrico de <i>ansiedad</i> de Hamilton).</p> <p>Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones (Asistir a actividades sociales: Paseos, Fiestas; escuchar música, ver televisión).</p> <p>Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad (Indagar los factores causales: problemas familiares, económicos, emocionales, salud, etc.).</p> <p>Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>	siempre refiere control de la ansiedad.
<p>Depresión.</p> <p>Deterioro de la interacción social.</p> <p>Aislamiento social</p> <p>Tristeza</p> <p>Poca participación en grupos sociales</p> <p>Apatía</p> <p>Limitación del contacto con la comunidad</p> <p>Indiferencia</p>	<b>Rol relaciones</b>	<p>Aislamiento social R/C conducta o valores socialmente inaceptables (patología: VIH/ SIDA) M/P expresiones de sentimientos de soledad impuestos por otros, sentimientos de rechazo.</p>	<p><b>IMPLICACIÓN SOCIAL (1503)</b></p> <p>150303 Interacción con miembros de la familia.</p> <p>150301 Interacción con amigos íntimos.</p> <p>150302 Interacción con vecinos.</p> <p>150307 Participación y organización de actividades.</p>	<p><b>POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN (5100)</b></p> <p>Animar al paciente a desarrollar relaciones.</p> <p>Fomentar las relaciones con personas a que tengan intereses y objetivos comunes.</p> <p>Fomentar las actividades sociales y comunitarias (Realizar talleres, actividades deportivas, folclóricas y recreación).</p> <p>Fomentar, compartir problemas comunes con los demás (Personas que padezcan de las misma patología)</p> <p>Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que puedan aumentar su comprensión.</p>	El paciente siempre lograra implicarse en actividades sociales que involucre: miembros de la familia, amigos íntimos, vecinos.

Trastorno del autoestima					
Expresión de soledad.					
<p>Informes de sentirse estrés</p> <p>Ansiedad</p> <p>Depresión</p> <p>Temor</p> <p>Incapacidad para afrontar la situación</p> <p>Problemas familiares, laborales y de salud.</p>	<p><b>Afrontamiento / tolerancia al estrés</b></p>	<p>Afrontamiento inefectivo (crisis situacional) R/C inadecuada solución de os problemas M/P informes de presencia de estrés.</p>	<p><b>AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS (1302)</b></p> <p>130201 Identifica patrones de superación eficaces.</p> <p>130204 Refiere disminución de estrés.</p> <p>130205 Verbalización / aceptación de la situación.</p> <p>130210 Adopta conductas para reducir el estrés</p>	<p><b>AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230)</b></p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico.</p> <p>Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante (Identificar los factores que producen estrés: problemas familiares, sociales, económicos, etc.).</p> <p>Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</p> <p>Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales (Indagar medidas de afrontamiento de problemas anteriores y sus resultados).</p> <p>Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles (Identificar las personas más significativas del paciente que fortalecen al paciente).</p> <p>Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación.</p>	<p>El paciente siempre adoptara medidas que ayuden a disminuir el estrés.</p>

## DISCUSIÓN

A pesar que muchos países europeos, no aplican programas de prevención, formación y tratamiento del VIH/SIDA, en nuestro estudio logramos determinar que los pacientes con esta patología disponen del régimen terapéutico necesario para evitar y controlar la evolución de los signos y síntomas que se pueden presentar, del mismo modo, se pudo detectar que en la mayoría de los pacientes tiene un nivel socioeconómico bajo, sin embargo no impide que puedan acceder a los programas de prevención y promoción que les ofrece el estado; por otro lado, se sigue demostrado que la infección predomina en la población vulnerable debido a la carencia de recursos educativos que le ofrezcan información clara y precisa para evitar el contagio, recordemos que la mayoría de los pacientes que participaron en el estudio no culminaron su formación académica.

Aun que, en Europa Occidental, se presentan el mayor número de casos infectados por el VIH en la población masculina debido a las relaciones homosexuales, encontramos que en nuestro sitio de estudio existe una distribución homogénea, representado por un 51% femenino y un 49% masculino, lo que demuestra que a pesar de los diferentes medios de protección contra enfermedades de transmisión sexual sigue predominando la confianza hacia la pareja sentimental, factor de riesgo que impide el uso de preservativos.

La forma más habitual de transmisión del VIH emitida por artículos es a través del contacto sexual, estimándose que el 85% de las infecciones se produce por esta vía; esto se sigue demostrado con los resultados obtenidos en la población encuestada de la Fundación Heres Salud de la ciudad de Santa Marta en donde la forma de transmisión de la enfermedad fue la sexual en un 92%.

Según estudios europeos existen pruebas en donde demuestran que personas más jóvenes se inician en prácticas sexuales inseguras, resultado que coincide con los



arrojados en la presente investigación, puesto que el grupo etareo con mayor infección oscilaban entre 25-40 años con un 59%, asociado a la violencia intrafamiliar, problemas a nivel social, bajos niveles educativos que conllevan a la irresponsabilidad y pensamientos equívocos con respecto a la sexualidad.

Para las personas seropositivas, son factores importantes de su estilo de vida una buena nutrición, el ejercicio físico, el respeto de la medicación y las prácticas de seguridad alimentaria; agentes que en su mayoría no son llevados a cabo por las personas que padecen del VIH/SIDA, algunos por el nivel socioeconómico que no permiten obtener los nutrientes necesarios para una buena alimentación y que no logran ser remplazados por otro tipo de suplementos vitamínicos; en cuanto, a la realización de actividades físicas y recreativas son nulas por la falta de energía, cansancio y fatiga que suelen manifestarse, por el desarrollo de su enfermedad mientras en otros se debe a los efectos adversos de algunos fármacos.

Una mejor calidad de vida se asocia a una ausencia de morbilidad psíquica y a la presencia de apoyo social, a la vez se observa el papel fundamental que juega el apoyo social como amortiguador de la morbilidad psíquica en los pacientes con VIH/SIDA. En nuestro estudio los resultados arrojaron que aun el ser humano sigue discriminando a las que convive con esta patología, ocasionando alteraciones a nivel psicológico que generan cambios en la salud física, resultado que coincide con estudio anteriores en donde notifican la discriminación de estas de personas en cuanto a la violación de sus derechos al trabajo, vivienda, educación e inclusive la atención en salud y de enfermería.

El diagnóstico VIH positivo puede ser considerado como un acontecimiento potencialmente estresante y traumático para los pacientes; es importante que los familiares le brinde el apoyo necesario para la aceptación del tratamiento y de la

enfermedad, y de este modo reducir los sentimientos de ansiedad, preocupación y temor que se genera como lo podemos observa en la presente investigación en donde el 56% algunas veces experimenta sentimientos de inquietud.

## RECOMENDACIONES

Se necesita un plan de cuidados de enfermería para reducir y controlar los casos de VIH-SIDA que se presentan en la ciudad de Santa Marta.

Se debe implementar en las diferentes instituciones que tengan contacto con portadores del virus, una valoración individualizada de Enfermería que logre identificar los patrones funcionales de salud que se encuentren alterados y que permitan identificar las estrategias terapéuticas a desarrollar, con el objetivo de favorecer el bienestar del paciente.

Además de las terapias físicas y psicológicas para el manejo del estrés y ansiedad se deben implementar actividades que ayuden a la integración social de la población portadora del VIH, que involucren al grupo multidisciplinario de salud y de este modo evalúen la evolución biospico-social del paciente.

La asistencia a la consulta de controles de Enfermería con pacientes seropositivos debe ser más frecuente para permitir el seguimiento y control de las intervenciones enfocadas a garantizar la calidad de vida del individuo y la familia. Además se hace necesario que el profesional de enfermería asuma su rol como cuidador principal de salud.

El profesional de Enfermería debe establecer un plan de autocuidado individualizado del paciente para que este se apropie del cuidado de su salud.

Indagar o evaluar constantemente al paciente y núcleo familiar sobre la adherencia al tratamiento impuesto por el grupo multidisciplinario de salud.

Instaurar intervenciones de enfermería para el manejo y control de los niveles de depresiones manejados por los pacientes portadores del virus.

## CONCLUSIONES

En la realización del presente estudio, podemos concluir que la población escogida con VIH/SIDA se encontraron alterados los patrones funcionales según Marjory Gordon, Nutricional metabólico, Actividad/ Ejercicio, Autopercepción/ Autoconcepto, Rol/ Relación y Afrontamiento y Tolerancia al estrés, en el cual se detectaron alteraciones significativas como la pérdida de peso, problemas cutáneos, fatiga, aislamiento social, ansiedad y estrés.

Para la ejecución de las labores del profesional de enfermería en este tipo de patologías crónicas, se crea la necesidad de la planificación, estandarización y aplicación del protocolo “*cuidados de enfermería para pacientes con VIH/SIDA*” con el objetivo de evitar complicaciones que afecten su bienestar y calidad de vida, atención que debe llevarse bajo un seguimiento individual que garantice el estado de salud.

Se encontró que la población, más susceptibles a adquirir la infección del virus son de estrato socioeconómico bajo lo que podría estar asociado directamente con otros factores de riesgos como son niveles bajo de escolaridad que no sobre pasan en este estudio la secundaria, conflictos familiares entre los cuales se encuentran la pobreza y la violencia intrafamiliar, que contribuyen a que realicen actividades sexuales sin protección siendo este el principal agente en la transmisión del VIH. Es aquí donde los profesionales de la salud deben hacer más énfasis en la promoción y prevención de las enfermedades de transmisión sexual, para evitar la propagación de esta pandemia en el territorio nacional.

La población infectada es muy joven oscilando entre las edades de 25 a 40 años, convirtiéndose en una problemática de salud pública que obliga a generar nuevas estrategias que favorezca a la disminución de la incidencia en este grupo etareo.

Además el estado civil predominante fue la unión libre que se puede relacionar con el nivel de cultura según su estrato socioeconómico y el nivel de escolaridad.

A pesar de que estas personas padecen el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida su actitud frente a la enfermedad es de aceptación sin importar la fase en la que ellos se encuentren, aferrándose en sus creencias espirituales que le transmiten confianza y fortaleza para admitir con responsabilidad el régimen terapéutico, sobre todo porque encuentran en sus familiares el apoyo emocional y social que le brinda armonía interna y favorece la relación hacia sí mismo y los demás contribuyendo en su calidad de vida.

Se encontró que las personas que participaron en el presente estudio a pesar de tener una enfermedad crónica y degenerativa poseen una estabilidad emocional y física reflejada por la aceptación de la patología y adherencia al tratamiento; todo esto por el apoyo del equipo interdisciplinario de la fundación HERES Salud quienes les ofrecen un ambiente de confianza, armonía y optimismo que les ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo de la vida sobre todo confiando en sus capacidades y posibilidades.

Asimismo la muestra escogida maneja aun aislamiento social, en la cual los pacientes se cohiben de asistir a eventos sociales u actividades recreativas que el mismo centro asistencial les brinda. Del mismo modo hay que mencionar que algunos de los pacientes inasistentes a estos tipos de eventos son porque se encuentran residentes en diferentes pueblos y veredas del Magdalena.

## BLIBLIOGRAFIA

- ✓ Álvarez M., De León J., Herrera B. Manifestaciones neurológicas en el paciente con SIDA. En: Rev méd electrón [Seriada en línea] V. 31 (2) 2009. Disponible en Internet:<<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol2%202009/tema15.htm>> [Consultado el 16 de julio del 2009]
- ✓ Bello V; Osorio J; Guerra M; Tovar V. Molusco Contagioso Infección Oportunista Del VIH/SIDA. En: Acta odontológica Venezolana. Vol. 43 Nº 2 2005. (Mar 2004). ISSN 0001-6365.
- ✓ Bernard E. Fatiga y Depresión en Pacientes con VIH. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en Internet: <<http://www.universia.net.co>>. 2006. [Consultado: 12 de Julio del 2009].
- ✓ Canario J., Báez M. Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH-SIDA. [Base de datos: Universia]. Santo Domingo. Disponible en: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/psicologica/distorsiones-cognitivas-en-personas-que-viven-con-vih-sida.html>> Ago 2006. (Consultado el 08 de marzo del 2009).
- ✓ CIE.la infección por VIH y el SIDA. EN: international council of nurse. (2008). Pag: 1-3
- ✓ Collazo M., Martínez A., Castro O., González D., Sánchez L. Evaluación económica del tratamiento con los Antirretrovirales de producción nacional para los Pacientes con VIH/SIDA en cuba. En: Revista Española Economía de la Salud. V.6 (5) 2007. P. 312. Utilize

- ✓ Comisión de las Comunidades Europeas. 'Planteamiento coordinado e integrado para combatir el VIH/SIDA en la Unión Europea y en sus alrededores'. EN: international council of nurse. (Mar del 2004).
- ✓ Correa D. Asistencia Psicológica en VIH/SIDA: un Acompañamiento Esencial. Colombia. [Base de datos: Universia]. Disponible en Internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/psicologica/asistencia-psicologica-en-vih-sida-un-acompanamiento-esencial.html>>. Universidad Javeriana de Cali. 2006. [Consultado: 1 de Agosto del 2009].
- ✓ Covarrubias A., Gutiérrez C., Guevara U., Betancourt J. Dolor en VIH/SIDA: Reporte de un caso y revisión Bibliográfica. En: Revista mexicana de anestesiología Vol. 32. No. 2 Abril-Junio 2009 Pag. 129
- ✓ Derechos de las Personas que viven con el VIH/SIDA. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en internet:: <[http://www.universia.net.co/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=6213](http://www.universia.net.co/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=6213)> Mar 2007. (Consultado el 22 de Noviembre del 2008)
- ✓ Dietrich U. HIV-1 entry inhibitors. AIDS Rev 2001, 3:4-12.
- ✓ Elmundosalud.es. Daño cerebral producido por el VIH. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/dano-cerebral-producido-por-el-vih.html>>. Sep 2006. [Consultado el 11 de junio del 2009].
- ✓ Enríquez C., Santes C., Martínez N., Del Angel E., Salazar J., Aranda C. Bienestar físico y emocional. Apoyo social y económico en pacientes con



VIH/SIDA. En: Desarrollo Científ Enferm. Ago 2007, 15(7). Disponible en internet: <<http://www.index-f.com/dce/15/15-304.php>>. [Consultado el 10 de julio de 2009]

- ✓ Estrada A., Vera V. Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. En: Rev Hosp Jua México 2004; Vol. 71
- ✓ Famisar. Vive y deja vivir: campaña mundial contra el SIDA. Edición realizada por ONUSIDA y CORMUJER 2002. Bogota. Editorial Roto/ Offeset. Pág., 17
- ✓ Fatiga sensación de cansancio. GTT (Grupo de Trabajo sobre el Tratamiento del VIH). Nov. 2007. [Consultado el 09 de agosto del 2008]. Disponible en internet: <[http://www.gtt-vih.org/aprende/enfermedades\\_y\\_sintomas/sintomas/fatiga\\_cansancio](http://www.gtt-vih.org/aprende/enfermedades_y_sintomas/sintomas/fatiga_cansancio)>.
- ✓ García R., Luque R., Mcdouall J., Moreno Díaz L.. Infección por VIH y SIDA en Colombia. Bogota D.C – Colombia. Editorial Gráficos de pro – Offset Ltda. 2006. P. 11 – 13, 33 - 40
- ✓ Godoy Meriño A. Actitudes y Conocimientos De Profesionales de Enfermería Sobre El Paciente VIH+ - SIDA. Nure Investigación., Vol 6, Junio 2004. Pág. 1-6.
- ✓ González M. Escobedo A., Ruiz A. Diarreas Crónicas Asociadas a Giardia Lamblia, Coccidias y Adenovirus en Pacientes Viviendo con VIH/SIDA. En: Redalyc. V. 32. México. 2007. P. 107. ISSN 0185-5751
- ✓ GORDÓN M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 10a Edición. Madrid. Ed. Mosby. 2003. P. 12, 65, 85, 121, 141, 165, 189, 205, 339, 341, 347, 353, 359, 383, 399, 401, 465, 467, 553, 555. ISBN: 9788481746679

- ✓ Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Entender la transmisión del VIH. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/entender-la-transmision-del-vih.html>> Feb 2008. [Consultado el 14 de febrero del 2009]
- ✓ Gutierrez G., Olaiz A., Garcia J. Adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA con y sin grupo de ayuda. EN: Rev Méd UV. Vol. 4 N° 2. 2004.
- ✓ Hernández SR. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Mexico,D.F., 2000. Pag 32
- ✓ Infosida. La importancia de la adherencia al tratamiento del VIH. [Base de datos: universia]. Colombia. Disponible en Internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/la-importancia-de-la-adherencia-en-el-tratamiento-del-vih.html>>. Sep 2008. [Consultado: 2 de julio del 2009]
- ✓ Infosida. VIH y Alimentación equilibrada. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/vih-y-alimentacion-equilibrada.html>> Dic 2008. (Consultado el 05 de abril del 2009).
- ✓ Infosida. VIH y alimentación equilibrada. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en internet: <<http://www.universia.net.co>>. Dic 2008. [Consultado: 18 de mayo del 2009].
- ✓ Introducción al SPSS. [SPSS 10 Guía para el análisis de datos]. Nueva York. Red disponible en internet <http://www2.uca.es/serv/ai/formacion/spss/Imprimir/01estruc.pdf>. Consultado: 10 de agosto del 2009.

- ✓ JACKSON Stevan. VIH-SIDA en América latina y el Caribe. [Base de datos: Universia]. Colombia. Red disponible en Internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/destacado/el-vih/sida-en-america-latina-y-el-caribe.html>>. Publicado: Abril del 2007. [Consultado el 21 de mayo del 2009].
  
- ✓ JACKSON Stevan. VIH-SIDA en Centroamérica. [Base de datos: Grupo del Banco Mundial]. Panamá. Red Disponible en Internet: <<http://go.worldbank.org/75CRXO8N60>>. Fecha de publicación: Octubre del 2003.” Actualizado en 18 de mayo del 2009”
  
- ✓ JIMÉNEZ Karen, MARTÍNEZ Carolina, LEIVA Viriam. “Hombres adultos portadores de VIH-SIDA, percepciones e interacciones con los miembros del equipo de salud, durante las estancias hospitalarias en el 2005”. En: Enfermería actual de Costa Rica. V. 5 (11). 2007. P. 1. ISSN 1409-4568
  
- ✓ La iniciativa Latinoamericana. Apoyo psicológico, una herramienta más contra el Sida. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en Internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/psicologica/apoyo-psicologico-una-herramienta-mas-contr-el-sida.html>>. Jul 2007. [consultado: 19 de julio del 2009].
  
- ✓ Lamotte J. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. [artículo en línea]. MEDISAN 2004; 8 (4). Disponible en: <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8\\_4\\_04/san06404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm)> [consulta: 4 De Mayo Del 2009].
  
- ✓ Leiva V., Alfaro J., Soto N. “Análisis del entrenamiento en técnicas de relajación para el manejo del estrés, impartido por enfermería, en una población con VIH-

SIDA: estudio de caso único”. En: Revista Enfermería Actual en Costa Rica, N°. 14, 2008 ISSN 1409-456.

- ✓ Lopera A. Ética y bioética. Colombia. Edición ORION EDITORES LTD. 2005. PAG 55-62. Vol 11, No 29. ISSN 0123-3122
- ✓ Luque R. El SIDA en primera persona. Primera edición. Bogotá. Editorial Panamericana. 2001. Pág.,61 – 65
- ✓ Margolese S. Preocúpate por tu intestino. En: Revista the well Project. Diciembre de 2004.
- ✓ Martín P., Prada J., Morales L., Ruiz I., Arco A., De Labry A., López M., Delgado C., Rodríguez J., López M., Muñoz N., Pasquau J., Causse M., De la Torre J., Muñoz I., Herrero M, Martínez J. “IMPACTO DEL APOYO SOCIAL Y LA MORBILIDAD PSIQUICA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRATADOS CON ANTIRRETROVIRALES”. En: Psicothema. Vol. 17, N°. 2, 2005. ISSN 0214-9915. Pag. 249
- ✓ Mccloskey J. Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Edición. España. Elseiver. 2005. P. 206, 277, 345, 394, 422, 533, 537, 550, 559, 565, 585, 594, 613, 666, 758.
- ✓ Ministerio de Protección Social. Resumen de situación de la epidemia por VIH – Sida en Colombia. Informe ONUSIDA de la semana 44 hasta 1 de diciembre del 2007 Bogota – Colombia. 2007.

- ✓ Moorhead S. Johnson M. Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). 3ª Edición. España. Elsevier. 2005. P. 139, 150, 200, 256, 261, 265, 266, 318, 328, 329, 375, 392, 398, 402, 404, 407, 416.
  
- ✓ Muma R., Ann B., Burucki M., Pollard R. Manual de HIV para profesionales de la salud. Primera Edición .México D.F. Santa Fe de Bogota. Editorial el manual moderno. 2000. P. 21-29; 31-36.
  
- ✓ Nixon S., O'Brien K., Glacier R., Tynan A. Intervenciones con Ejercicios Aeróbicos para Adultos con VIH/SIDA (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en internet: <<http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)>. Feb 2005. [Consultado: 29 Julio del 2009].
  
- ✓ OMS. FAO. Aprender a vivir con el VIH/SIDA – Manual sobre cuidados y Apoyo nutricionales a los enfermos de VIH/SIDA. En: Documentos de la FAO. Roma. Disponible en Internet: <<http://www.fao.org/DOCREP/006/Y4168S/y4168s06.htm#TopOfPage>>. 2003. [Consultado: 26 de junio 2009]
  
- ✓ OMS/ONUSIDA. Nota informativa sobre Los preservativos y la prevención del VIH: Declaración de ONUSIDA, UNFPA y OMS. Mar 2009. [Consultado el 21 de julio del 2009]. Disponible en Internet: <[http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090319\\_preventionposition.asp](http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090319_preventionposition.asp)>

- ✓ ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA. EN: programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH SIDA y Organización Mundial de la Salud (OMS). (Dic del 2007). Pág: 9-42. ISBN 9789291736232
- ✓ Onusida. Tuberculosis y VIH. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/tuberculosis-y-vih.html>>. May 2008. [Consulta: 24 de febrero del 2009].
- ✓ Overbaugh J, Miller A, Eiden M. Receptor and entry cofactors for retroviruses include single and multiple transmembrane-spanning proteins as well as newly described glycosylphosphatidylinositol-anchored and secreted proteins. Microbiol and Mol Biol Rev 2001; 65: P. 371-89.
- ✓ Pérez M. Operacionalización del Proceso de Atención de Enfermería. EN: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol 10. N° 2. (Agosto/2002). Pag 62-65
- ✓ Pérez P. 2008. Mortalidad por enfermedad cardiovascular en personas con VIH. [Base de datos: Universia]. Disponible en: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/mortalidad-por-enfermedad-cardiovascular-en-personas-con-vih.html>> Jul 2008 (Consultado el 18 de febrero 2009).
- ✓ Pérez P. VIH Y TRABAJO. [Base de datos: Universia]. Disponible en: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/economica/vih-y-trabajo.html>>. Jul 2008. (Consultado el 18 de febrero 2009).
- ✓ Pimentel M., Bisco A. NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES VIH/SIDA SINTOMÁTICOS Y ASINTOMÁTICOS. "Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna". Peru. Vol. 13 N°1 – 2000. [Consultado. 16 de Enero 2009]. Red disponible en internet:

<<http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/spmi/v13n1/Niveles%20de%20ansiedad.htm> >

- ✓ Portal VIH y Sida. Nutrición y el VIH. [Base de datos: Universia]. Chile. Disponible en internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/medica/nutricion-y-el-vih.html>> Mar 2007. [Consultado el 22 de febrero del 2009]
- ✓ Programa Conjunto de Las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Situación en Colombia.[Base de datos: ONUSIDA]. Colombia. 2004. [Consultado el 10 de noviembre del 2008]. Red Disponible en Internet <<http://www.unicef.org.co/ONUSIDA/index.html> >
- ✓ Protección de la salud y de los consumidores, de la Comisión de las Comunidades Europeas. Eurovigilancia. Boletín europeo de las enfermedades transmisibles'. EN: international council of nurse. Vol. 8, N° 3, (Mar de 2003).
- ✓ Regueiro J. Inmunológica: Biología y Patología del Sistema Inmune. Tercera Edición. Madrid (España). Editorial Médica Panamericana. 2004. Pág.; 1-8.
- ✓ Roussel H. Programa de actualización continúa en infectología C4 VIH-SIDA: PAC INFECTO-1. Primera edición. México. Editorial intersistemas S.A de C:V Copyright. 2005
- ✓ Sánchez B. Comparación entre el bienestar espiritual de personas con VIH/SIDA y el de personas aparentemente sanas. En: Revista Actualizaciones En Enfermería. V. 11 (1). Feb 2008 P. 13. ISSN 0123-5583
- ✓ Suárez B. Contra el estigma del VIH / SIDA. Revista de ciencias sociales realidad económica. Nov 2007. [Consultado el 16 de abril del 2009]. Disponible en internet: <<http://www.iade.org.ar/modules/noticias/article.php?storyid=2140>>

- ✓ The Body. June 8, 2004. The Complete HIV/AIDS Resource, HIV/AIDS Newsroom archives from. [Base de datos: [www.thebody.com](http://www.thebody.com)]. Europa. 10 de mayo del 2009. [Consultado: 22 de mayo del 2009].
  
- ✓ Toso M. Trastornos Del Sueño Cuando Disminuyen Las Defensas De Los Sistemas Inmunológico Y Nervioso. En: Shvoong. Abr 2009. [Consultado el 16 de julio del 2009] Disponible en Internet: <<http://es.shvoong.com/medicine-and-health/immunology/1882641-nuevos-avances-m%C3%A9dicos-sobre-trastornos/>>.
  
- ✓ Universidad del Valle. Riesgos Femeninos. [Base de datos: Universia]. Colombia. Disponible en internet: <<http://www.universia.net.co/vih-sida/social/riesgos-femeninos.html>>. Sep 2006. [Consultado: 31 de julio del 2009].
  
- ✓ Varela M. Salazar I. Correa S. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH-SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. En: Acta Colombiana de Psicología. Vol 11 N° 2. 2008: P. 101-113. ISSN 1909-9711
  
- ✓ Verdejo Ortés J. PATOLOGIA DE LA INFECCION VIH/SIDA Y ASPECTOS CLINICOS. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. [http://www.aamic.es/areas-tematicas/documentos/TEMA\\_AAMIC\\_101204\\_01.pdf](http://www.aamic.es/areas-tematicas/documentos/TEMA_AAMIC_101204_01.pdf)
  
- ✓ Yañez B. Hallazgos oftalmológicos en pacientes con VIH/SIDA en la era pre TARGA. En: Revista Peru Med Exp Salud Pública. V. 24 (3) 2007. P. 291.



***ANEXO***



## ANEXO 1



### UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA

Yo -----identificado con la c.c.-----he recibido explicación sobre el PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON VIH-SIDA EN LA FUNDACION HERES DE SANTA MARTA que es parte de un proyecto de investigación a cargo de las estudiantes de la universidad del magdalena

Este proyecto esta dirigido a pacientes con VIH- sida de personas con esta enfermedad en la ciudad de santa marta y las personas responsables son las estudiantes Karen Cabana Jiménez, Erica Torres Ortiz y Susana de la Cruz de la Cruz (teléfono) y las profesoras Ediltrudis ramos y margarita Montoya de la universidad del magdalena.

Me han informado que se va a construir un protocolo de cuidados para pacientes con VIH SIDA para el profesional de enfermería, mediante la valoración de la situación salud del paciente a través del instrumento Majory Gordon, con el fin de fomentar el bienestar biopsicosocial de la persona afectada.

Entiendo que para participar del estudio debo contestar los formatos anexos antes y después de las encuestas pero se que en caso de que decida no diligenciar esos formatos mi decisión no tendrá repercusión para participar en las encuestas.

Entiendo que la información de esta investigación es importante para el desarrollo del conocimiento en el en el cuidado de pacientes con VIH – SIDA que tendrá un manejo confidencial y será empleado con propósitos académicos.

Mi decisión de participar en el estudio con la información suministrada, solo tendrá a cambio la satisfacción de contribuir al desarrollo de la investigación en este campo para apoyar a que en el futuro puedan trabajarse mejores propuestas para los cuidados de enfermería para los pacientes con VIH - SIDA

Se que puedo cambiar de opinión en cualquier momento del estudio sin que por ello tenga ninguna consecuencia.

-----  
Firma

**ANEXO 2**  
**GUÍA DE VALORACIÓN SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES**  
**DE MARYORY GORDON**

**Autor:** Marjory Gordon

**PATRON PERCEPCION MANEJO DE LA SALUD**

1. ¿Cómo ha sido su salud en general?
  - a) Excelente
  - b) Buena
  - c) Regular
  - d) Mala
  
2. ¿Desde cuando presenta los síntomas de su patología?
  - a) Menos de 6 meses
  - b) De 6 meses a 1 año
  - c) Hace mas de un año
  - d) Asintomático (no presenta síntomas)
  
3. ¿Cuál cree usted que fue la forma de trasmisión de su enfermedad?
  - a) Vertical (de la madre al feto durante el parto)
  - b) Sexual (relaciones sexuales vaginal, oral o anal)
  - c) Trasfunciones
  - d) Tatuajes
  - e) Adicción a drogas (compartir agujas)
  - f) Otros
  
4. ¿ha presentado antecedentes de algunas de las siguientes patologías?
  - a) Hipertensión

- b) Diabetes
- c) Enfermedades coronarias
- d) Enfermedades respiratorias

Si presento algunas una o varias de las patologías nombradas anteriormente responda:

Asistió a controles médicos si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Toma medicamentos si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

5. ¿presenta usted antecedentes familiares de algunas de las siguientes patologías?
- a) Hipertensión
  - b) Diabetes
  - c) Enfermedades coronarias
  - d) Enfermedades respiratorias
6. Su actitud y comportamiento frente a su enfermedad ha sido:
- a) de aceptación
  - b) de rechazo
  - c) de indiferencia

#### **PATRON NUTRICIONAL METABOLICO**

7. ¿Ha perdido o aumentado peso?
- a) Si
  - b) No
8. ¿presenta problemas cutáneos (como lesiones, sequedad, mala cicatrización, etc.) o dentales?
- a) Si

b) No

9. ¿presenta problemas en la alimentación (como náuseas, malestar estomacal, dificultad en la deglución, inapetencia o restricciones dietéticas)?

a) Si

b) No

10. tiene alguna preferencias alimenticias con algunos de los siguientes alimentos:

a) Carbohidratos (Frutas, Verduras, Arroz, Pan, Cereales, Frijoles, Lentejas)

b) Proteínas (leche, carnes, pescado, huevos, queso, arroz, pan y avellanas)

c) Grasas (productos lácteos, helados, mantequillas, aceites, mayonesa, cerdo, carnes frías, caldos de pollo, etc.)

d) Frutas y verduras.

### **PATRON DE ELIMINACION**

11. ¿presenta algún problema en la eliminación intestinal?

a) Siempre            cual \_\_\_\_\_

b) Casi siempre    cual \_\_\_\_\_

c) Algunas veces    cual \_\_\_\_\_

d) Nunca

12. ¿presenta algún problema en la eliminación urinaria?

a) Siempre            cual \_\_\_\_\_

b) Casi siempre    cual \_\_\_\_\_

c) Algunas veces    cual \_\_\_\_\_

d) Nunca

### **PATRON ACTIVIDAD EJERCICIO**

13. ¿Tiene suficiente energía para las actividades requeridas o deseadas en el día?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca

14. ¿realiza algún tipo de ejercicio?

- a) Si
- b) No

15. ¿participa en actividades de ocio e integración social?

- a) Si
- b) No

#### **PATRON REPOSO SUEÑO**

16. Tras el sueño, ¿generalmente se siente descansado y a punto para las actividades diarias?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Nunca

17. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Nunca

#### **PATRON COGNITIVO PERCEPTUAL**

18. Presenta usted algunos de los siguientes problemas:

- a) Audición si\_\_\_ no\_\_\_

- b) Visión si\_\_\_ no\_\_\_
- c) Memoria si\_\_\_ no\_\_\_
- d) Aprendizaje si\_\_\_ no\_\_\_
- e) Dolor si\_\_\_ no\_\_\_

Si su respuesta fue si indique la intensidad del dolor:

Leve\_\_\_\_\_

Moderado\_\_\_\_\_

Grave\_\_\_\_\_

### **PATRON ROL RELACIONES**

19. ¿Actualmente usted con quien vive?

- a) Con mi familia
- b) Vive solo
- c) Con un amigo vecino u otro

20. Pertenece a algún grupo social (junta de acción comunal, grupo de oración, madres en acción, etc.)

- a) Si
- b) No

### **PATRON SEXUALIDAD REPRODUCCION**

21. ¿Sus relaciones son satisfactorias?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Nunca

22. ¿Que método anticonceptivo utiliza?

- a) preservativo



- b) Diafragma
- c) Anticonceptivos o inyecciones
- d) Ritmo
- e) Coito interrumpido
- f) Abstinencia
- g) Ninguno de los anteriores

### **PATRÓN DE AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS**

23. ¿se siente muchas veces tenso o estresado?

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) algunas veces
- d) nunca

### **PATRON DE VALORES – CREENCIA**

24. ¿la religión es importante para su vida?

- a) Si
- b) No

25. ¿le resulta de ayuda cuando surgen dificultades?

- a) Si
- b) No