



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR VIH  
CON TOXOPLASMOSIS CEREBRAL**

**AUTORA**

**DOLLYS MARIA AMORES MANJARREZ**

**TUTORA**

**MARIA EUGENIA ROJAS MACHADO**

**BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR**

**2021**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DEDICATORIA**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**AGRADECIMIENTO**

**TITULO DEL CASO CLÍNICO**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR VIH  
CON TOXOPLASMOSIS CEREBRAL

## RESUMEN

La toxoplasmosis es la infección oportunista más frecuente en pacientes con VIH/SIDA ya que afecta al sistema nervioso central. Las lesiones patológicas se presentan en el encéfalo como tejido necrótico, en especial de los ganglios basales y unión de corteza y sustancia blanca. Clínicamente las presentaciones varían de disfunciones neurológicas focales y no focales. Estos incluyen síndromes neurológicos como encefalopatía, meningoencefalitis y lesiones tumorales. El diagnóstico diferencial se hace con colitis crónica, tuberculosis, toxoplasmosis cerebral. El diagnóstico de esta patología se hace por medio de exámenes de laboratorio, tomografía computarizada (TAC) o resonancia magnética (RM). El presente estudio de caso basado en la historia clínica de un paciente de 70 años con VIH y con un cuadro de toxoplasmosis cerebral, acude a la emergencia presentando un cuadro clínico de más o menos un mes de evolución aproximadamente. Una vez aplicado el Proceso de Atención de Enfermería se logró emplear el correcto tratamiento en este tipo de paciente que conllevan un buen cuidado, respetando las medidas de bioseguridad, VIH+, se logró mejorar la clínica del paciente, corregir su inestabilidad hemodinámica, monitorear sus signos vitales y administrar la medicación de forma correcta, se evaluó al paciente mediante teorías de Henderson y Gordon, así como la teoría de NANDA, NIC, NOC, las cuales permitieron realizar un correcto plan del Proceso de Atención de Enfermería.

**Palabras claves:** VIH, SIDA, Toxoplasmosis cerebral, Proceso de Atención de Enfermería, Henderson, Gordon.

## SUMMARY

Toxoplasmosis is the most common opportunistic infection in patients with HIV / AIDS since it affects the central nervous system. Pathological lesions present in the brain as necrotic tissue, especially of the basal ganglia and the union of the cortex and white matter. Clinically the presentations vary from focal and non-focal neurological dysfunctions. These include neurological syndromes such as encephalopathy, meningoencephalitis, and tumor lesions. The differential diagnosis is made with chronic colitis, tuberculosis, cerebral toxoplasmosis. The diagnosis of this pathology is made through laboratory tests, computed tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI). The present case study based on the clinical history of a 70-year-old patient with HIV and a picture of cerebral toxoplasmosis, goes to the emergency with a clinical picture of approximately one month of evolution. Once the Nursing Care Process had been applied, it was possible to use the correct treatment in this type of patient that entails good care, respecting the biosafety measures, HIV +, it was possible to improve the patient's clinic, correct his hemodynamic instability, monitor his signs Vitals and administering the medication correctly, the patient was evaluated using Henderson and Gordon theories, as well as the NANDA, NIC, NOC theory, which allowed a correct plan of the Nursing Care Process to be carried out.

**Keywords:** HIV, AIDS, Brain toxoplasmosis, Nursing Care Process, Henderson, Gordon.

## INDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	I
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	II
<b>TITULO DEL CASO CLÍNICO</b> .....	III
<b>RESUMEN</b> .....	IV
<b>SUMMARY</b> .....	V
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>I. MARCO TEÓRICO</b> .....	1
<b>1.1 Justificación</b> .....	5
<b>1.2 Objetivos</b> .....	6
<b>1.2.1 Objetivo General</b> .....	6
<b>1.2.2 Objetivos Específicos</b> .....	6
<b>1.3 Datos Generales</b> .....	6
<b>II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO</b> .....	7
<b>2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.</b> .....	7
<b>2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)</b> .....	8
<b>2.3 Examen Físico</b> .....	8
<b>2.4 Información de exámenes complementarios realizados</b> .....	11
<b>2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo</b> .....	12
<b>2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.</b> .....	13
<b>2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales</b> .....	16
<b>2.8 Seguimiento al paciente</b> .....	16
<b>2.9 Observaciones</b> .....	18
<b>CONCLUSIONES</b> .....	19
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	20
<b>ANEXOS</b> .....	22

## INTRODUCCIÓN

El *Toxoplasma gondii*, protozoo intracelular, es causante de la toxoplasmosis cerebral o neurotoxoplasmosis. Esta entidad toma especial importancia en embarazadas y pacientes inmunodeprimidos. En los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la presentación de la toxoplasmosis se da principalmente con un síndrome neurológico. Esta patología se produce en alrededor del 10% de los pacientes con SIDA no tratados. Los síntomas comprenden encefalitis, fiebre, cefalea intensa que no responde al tratamiento, hemiparesia y parestesias, convulsiones, letargo, visión borrosa, mareos, trastornos en la marcha y vómitos. El presente estudio consiste en el proceso de atención enfermería en paciente adulto mayor con VIH, con toxoplasmosis cerebral, presencia de secreciones de color blanquecino, no refiere hemoptisis, y presenta bajo peso.

### I. MARCO TEÓRICO

#### **Toxoplasmosis cerebral**

El *Toxoplasma gondii* es el causante oportunista que afecta al sistema nervioso central en personas con VIH/SIDA, la toxoplasmosis cerebral concurre en una lesión que afecta a paciente inmunodeprimidos, a continuación de los linfomas, el grado de incidencia es de alrededor del 25%-75% en pacientes VIH+, con una incidencia anual al 16% mediante los estudios realizados, esta patología reduce su grado de afectación o disminución del riesgo de adquirir debido al tratamiento antirretroviral en las fases iniciales y finales de la enfermedad. (Ponce, 2018)

#### **Etiología y Epidemiología**

La toxoplasmosis cerebral es una infección originada por un parásito protozoo denominados (*Toxoplasma gondii*) el cual provoca una infección muy común en los individuos, debido a que se puede adquirir por alimentos mal preparados o con poca cocción, además mediante estudios realizados han confirmado que varios de estos



casos se han dado por la contaminación de las aguas que son ingeridas por los seres humanos, cabe recalcar también que las heces fecales de los animales como los gatos y perros son otras de las causas con mayor porcentaje de infección de toxoplasmosis que posee una prevalencia de 55% a 85% en casi todos los países de Sudamérica. (Soriano, 2016)

La toxoplasmosis cerebral origina una infección severa en el sistema nervioso central la cual compromete al paciente en su nivel motora, varios de estos casos se presentan con mayor porcentaje en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida o VIH. Mediante el estudio efectuado en pacientes con VIH, indican que se puede presentar esta infección cuando, la infección de base por VIH se encuentra en una etapa avanzada, además son una de las mayores causas de infección que se pueden presentar en este tipo de pacientes las manifestaciones clínicas en estos casos son;

- Cefalea o dolor de cabeza
- Malestar generalizado
- Hipertermia
- Manifestaciones neurológicas como déficit de aprendizaje
- Disminución de la conciencia
- Convulsiones alteradas.
- Linfadenopatía
- Tos (Soriano, 2016)

### **Fases de la toxoplasmosis cerebral**

- **Toxoplasmosis aguda**

La toxoplasmosis aguda se debe al momento de ingerir el parásito por medio de alimentos contaminados que no son correctamente preparados, el cual ingresa al organismo mediante la mucosa intestinal hasta llegar al torrente sanguíneo, este se disemina por todas las partes del cuerpo y se introducen en sistema reticuloendotelial.

En la mayoría de los casos estos penetran los pulmones y cerebro, denominados como órganos sensibles y por ende infecta más rápido. En esta fase el huésped reacciona contra el este parásito el cual lo desactiva inmediatamente originando síntomas leves como; fiebre, cefalea, malestar, mialgia, faringitis y leves confusiones en el paciente. (Casanova, 2017)

- **Toxoplasmosis crónica**

La toxoplasmosis crónica, infectada por los parásitos causantes de la infección en su mayor proporción contienen formas inactivas del metabolismo, lo que origina una infección crónica en donde se debe actuar rápidamente.

- **Toxoplasmosis recurrente**

En varios de los casos el sistema inmunológico se encuentra deprimido las paredes que conforman los 7 debido a los parásitos activos invaden y destruyen a todas las células ante lo que causa la infección recurrente de la patología. (Casanova, 2017)

### **Diagnóstico de la toxoplasmosis cerebral**

El diagnóstico de la toxoplasmosis cerebral se fundamenta en detectar las inmunoglobulinas, detectar el ARN de los parásitos causantes de la patología, en estos tipos de pacientes con esta infección por parásito se puede emplear como métodos de diagnóstico:

- Hemograma o Biometría
- Serología de leucocitos
- Radiografía craneal
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética (RM)

- Análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR)

#### **Otros métodos de diagnósticos también son empleados, tales como:**

- Aislamiento parasitario en los líquidos corporales
- Tejidos biopsiados
- Prueba de orina y heces fecales (Paricio, 2017)

#### **Tratamiento de la toxoplasmosis cerebral**

En estos tipos de pacientes se realiza un tratamiento con 400 mg de Trimetropin o Sulfametoxadol, más clindamicina 500mg, como tratamiento principal de la toxoplasmosis cerebral, corticoides como la dexametasona 8mg por vía intravenosa cada 8 horas, más levotiroxina 100mcg cada 24 horas. Luego de estos tratamientos por 4 días se observará como mejora la clínica del paciente, necesitando valores de leucocitos o pruebas de serología para corroborar la infección. (López, 2016)

#### **Virus de Inmunodeficiencia Humana**

El VIH es causado por un retrovirus que al inicio se puede presentar como un virus que afectan principalmente el sistema inmunológico debilitándolo y acabando con él, con el transcurso de los años esta enfermedad evoluciona y se transforma en el síndrome de insuficiencia adquirida o también conocida como SIDA. Esta enfermedad tiene un progreso en el momento de que el sistema inmune se halla totalmente debilitado permitiendo que se originen síndromes y enfermedades, cuando esta enfermedad es descubierta de manera tardía las posibilidades de vida son muy cortas y a que una persona puede vivir alrededor de 8 a 12 años y esto en ocasiones puede variar según la clase de virus que se haya desarrollado en su cuerpo. (Lamotte, 2017)

#### **Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida**

Esta etapa es considerada la etapa final y más grave de esta enfermedad ya que las personas tienen un periodo de vida de 3 años, si es que no han recibido la medicación

y el tratamiento que han requerido, también será importante que en este periodo las personas pueden llegar a poseer su sistema inmunológico totalmente deprimido e inhabilitado permitiendo de esta manera que no exista protección para infecciones subyacentes o la distintas células cancerígenas que se puedan asociar a esta enfermedad. (Pérez, 2017)

## **1.1 Justificación**

El presente estudio de caso de un paciente adulto mayor con VIH y toxoplasmosis cerebral al cual se le aplicará el correcto proceso de atención de enfermería en que se basa en evaluar, diagnosticar, planificar y ejecutar los tratamientos y cuidados del paciente basado en teorías prácticas como la de Henderson, Gordon, la taxonomía de (NANDA, NOC, NIC), las cuales permiten desarrollar un diagnóstico más rápido y por ende aplicar tratamiento requerido. Debido a la importancia de proceso de atención de enfermería se realizó este estudio de caso que tiene como objetivo aplicar dichos procesos en este paciente adulto mayor con VIH y un cuadro clínico de toxoplasmosis cerebral.

El virus del VIH origina un síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la cual presenta una clínica de infección en el organismo caracterizada por la destrucción total del sistema inmunológico, el cual permite que otros patógenos infecten el organismo y se desarrollan patologías. En la actualidad en el país existen más de 10,000 personas con un cuadro de VIH en el cual se desarrolla infecciones secundarias como la toxoplasmosis cerebral originado por un parásito protozoo el cual provoca una infección muy común en los individuos, se puede adquirir fácilmente por alimentos mal preparados, además de estar en contacto con heces fecales de los animales. La toxoplasmosis cerebral origina una infección severa en el sistema nervioso central la compromete al paciente en su nivel motora y cognitivo.

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo General

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente adulto mayor con VIH y toxoplasmosis cerebral.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Emplear intervenciones de Enfermería en paciente adulto mayor con VIH y toxoplasmosis cerebral
- Determinar el grado de la toxoplasmosis cerebral en paciente adulto mayor con VIH.
- Aplicar el tratamiento en paciente adulto mayor con VIH y Toxoplasmosis cerebral.

## 1.3 Datos Generales

<b>Nombres</b>	Olmedo NN	<b>Apellidos</b>	Moreira NN
<b>Lugar de nacimiento</b>	Santo Domingo, Ecuador 12/02/1951	<b>N° Historia Clínica</b>	53165120
<b>Etnia</b>	Mestizo	<b>Edad</b>	70 años
<b>Talla</b>	1.68	<b>Peso</b>	60 Kg

**Fuente:** (Área de Estadísticas-Hospital General Gustavo Dominguez, 2020)

**Autora:** Dollys Maria Amores Manjarrez

## **II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

### **2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.**

Paciente ingresado por emergencia presentando un cuadro clínico de más o menos un mes, caracterizado por dolor localizado en epigastrio que se irradia hasta el abdomen, tipo cólico, no altera los hábitos evacuatorios, no se relaciona con las ingestas, presenta hipertermia, hiperexia y estreñimiento de más o menos un mes de evolución, presenta bradicardia, hipotensión arterial, cefalea, tos, secreciones de color blanquecino, no refiere hemoptisis, pérdida de peso que no específica.

#### **Antecedentes patológicos del paciente**

- Infección por VIH diagnosticado hace 4 años sin tratamiento hace 2 años
- Paludismo hace 20 años
- Tuberculosis extrapulmonar hacer 6 años, tratamiento por 10 meses.

#### **Antecedentes quirúrgicos**

- No refiere

#### **Antecedentes patológicos familiar**

- Madre Diabetes (+)
- Hipertensión arterial

#### **Hábitos del paciente**

- Alimenticios 2 a 3 veces al día
- Miccionales de 6 a 9 veces al día
- Defecación 1 vez cada 6 días
- Tabaco desde los 17 años hasta los 68 años de edad, 7 cigarrillos diarios
- Alcohol, desde los 22 hasta los 68 años
- Drogas no refiere

## 2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente adulto mayor de 70 años de edad, refiere dolor abdominal, con VIH, presenta hipertermia (38.2°C), hipotensión arterial (110/70mmHg), Bradipnea (64lpm), saturación de oxígeno (97%), sudoración excesiva, malestar generalizado, cefalea, refiere secreciones movilizadas de color blancas, refiere tos. Se procede a aplicar vía intravenosa periférica y se administra medicamentos para mejorar el cuadro clínico y establecer el fallo hemodinámico del paciente.

## 2.3 Examen Físico

<b>Signos vitales</b>	<b>TA:</b> 110/70mmhg, <b>FC:</b> 64lpm, <b>FR:</b> 20rpm, <b>SPO<sub>2</sub>:</b> 95%, <b>T:</b> 38.2
<b>Cabeza</b>	Normocefálica, implantación de cabello de acuerdo a edad sexo, pupilas reactivas a la luz, isocoras, conjuntivas ligeramente pálidas, escleras anictericas, <b>Boca:</b> mucosas húmedas, piezas dentales en mal estado, presencia de lesiones blanquecinas en carrillos.
<b>Cuello</b>	Sin adenopatías palpables, no rigidez de nuca, móvil, tiroides 0A
<b>Tórax</b>	Simétrico, no adenopatías axilares
<b>Abdomen</b>	Tenso en todo el abdomen, no doloroso a la palpación, no se evidencia red colateral, no aparente viceromegalias, RHA disminuido. <b>RIG:</b> No adenopatías inguinales.
<b>Extremidades</b>	Simétricas, no edema, no lesiones dérmicas
<b>ENE</b>	Glasgow 15/15, pares craneales sin alteración, marcha sin alteración, rot normales, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral

## Evaluación en base a la teoría de Henderson

- **Necesidad de oxígeno**  
Tos, no refiere oxigenoterapia, no refiere alteraciones respiratorias graves
- **Necesidad nutricional**  
Alimentación normal, dieta establecida de acorde a su talla y peso actual (Pérdida de peso)
- **Necesidad de movimiento**  
Paciente estable, consciente, realiza movimientos de extremidades y cuello sin molestias
- **Necesidad de eliminación**  
Estreñimiento por 30 días, expulsión de heces fecales 1 vez cada 6 días, Micción de 6 a 9 veces al día
- **Necesidad de vestimenta**  
Realiza movimientos y se viste personalmente, no refiere de asistencia.
- **Necesidad de descanso y sueño**  
No refiere molestias al descansar, duerme entre 6 a 5 horas normalmente.
- **Necesidad de higiene**  
Realiza su propio aseo, se baña normalmente de 2 a 3 veces al día, mala higiene en pieza bucal, se le realiza limpieza con clorhexidina.
- **Necesidad de termorregulación**  
Refiere hipertermia, sudoración excesiva al momento de ingreso al hospital
- **Necesidad de peligros y riesgos**  
No refiere ningún peligro, realiza su levantamiento corporal de la cama normalmente, no requiere asistencia o apoyo.
- **Necesidad de creencias**  
Paciente Católico
- **Necesidad de comunicación**  
Paciente consciente, valoración Glasgow de 15/15, habla, conversa con familiares, y personal médico
- **Necesidad de entretenimiento**  
Lee periódicos, mira la televisión normalmente noticieros o películas.



- **Necesidad de trabajar o sentirse realizado**  
Normalmente se encuentra jubilado, realiza limpieza en el hogar
- **Necesidad de aprendizaje**  
Paciente activo, lee mucho y dialoga con sus familiares.

**Necesidades que se encuentran alteradas:** Termorregulación, eliminación

<b>PATRONES FUNCIONALES DE LA TEORÍA DE GORDON</b>	
<b>Patrón 1: Promoción de salud</b>	Patrones alterados termorregulación- Eliminación
<b>Patrón 2: Nutricional-Metabólico</b>	Alimentación diaria 2-3 veces diarias
<b>Patrón 3: Eliminación</b>	Patrón alterado defeca 1 vez cada 6 días
<b>Patrón 4: Actividad-Ejercicio</b>	Paciente no presenta alteraciones, se mantiene activo, realiza movimientos de extremidades sin asistencia
<b>Patrón 5: Sueño-Descanso</b>	Paciente estable, duerme entre 6 a 5 horas diarias
<b>Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo</b>	Paciente con leves alteraciones de la conciencia, lee libros y revistas para mantenerse activo
<b>Patrón 7: Autopercepción</b>	Realiza movimiento corporal sin inconvenientes
<b>Patrón 8: Rol-Relaciones</b>	Paciente bajo vigilancia médica, se relaciona bien con los médicos y enfermeras
<b>Patrón 9: Sexualidad</b>	Paciente masculino, no refiere dolor ni cirugías del órgano reproductor
<b>Patrón 10: Adaptación</b>	Paciente estable, consciente, se adapta a las medidas y procedimientos que se le realiza, colaboración todo el tiempo
<b>Patrón 11: Valores-Creencias</b>	Paciente con creencias católicas
<b>Fuente:</b> (Figuroa, 2016) Patrones Funcionales de Marjory Gordon <b>Autora:</b> Dollys Maria Amores Manjarrez	

## 2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Para obtener un diagnóstico definitivo en este paciente, se le realizó diferentes exámenes complementarios, los cuales fueron la biometría, radiografía de tórax, cráneo, abdomen, tomografía computarizada.

<b>BIOMETRÍA HEMATÓLOGA</b>		
<b>Eritrocitos</b>	4.2 mm/mm <sup>3</sup>	4.0 – 5.5 millones/mm <sup>3</sup>
<b>Leucocitos</b>	13.000 mm	5.000 – 10.000 mm
<b>Neutrófilos</b>	70.9%	60 – 70%
<b>Linfocitos</b>	19.5%	20 – 30%
<b>Monocitos</b>	4.4%	2 – 6%
<b>Eosinófilos</b>	6.0%	1 – 4%
<b>Basófilos</b>	0.0%	0 – 1%
<b>Hemoglobina</b>	12.0 gr %	12 – 16 gr. %
<b>Hematocrito</b>	38.5%	38 – 45%
<b>Plaquetas</b>	165.000 mm <sup>3</sup>	150.000 – 400.000 mm <sup>3</sup>
<b>QUÍMICA SANGUÍNEA</b>		
<b>AST</b>	22.5	9 – 48 UI
<b>ALT</b>	17.2	5.0 V/L
<b>Bilirrubina total</b>	0.4 mg/dl	0.3 – 10 mg/dl
<b>Glicemia</b>	60 mg/dl	60mg/dl
<b>Creatinina</b>	0.4 mg/dl	0.2 – 0.7 mg/dl
<b>BUN</b>	3.5 mg/dl	5 – 8 mg/dl
<b>Fibrinógeno</b>	443 mg/dl	200 – 400 mg/dl
<b>Fuente:</b> (Área de Laboratorio-Hospital Gustavo Domínguez, 2020) <b>Autora:</b> Dollys Maria Amores Manjarrez		

<b>PRUEBAS RADIOLÓGICAS</b>	
<b>Tórax</b>	Botón aórtico dilatado
<b>Abdomen</b>	Presencias de acumulación de heces fecales
<b>Cráneo</b>	Posible hematoma o nódulos (se corrobora con TAC)
<b>TAC</b>	Presencia de edema cerebral difuso en región temporoparietal derecha
<b>Fuente:</b> (Área de Laboratorio-Hospital Gustavo Domínguez, 2020) <b>Autora:</b> Dollys Maria Amores Manjarrez	

## 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnóstico presuntivo**
  - Al momento del ingreso del paciente, y en base al cuadro clínico se presumía de una colitis crónica
  
- **Diagnóstico diferencia**
  - Una vez realizado los análisis y en base a sus antecedentes patológicos se creía de un diagnóstico de alteración neurológica por VIH
  
- **Diagnóstico definitivo**
  - Obtenido los resultados de las pruebas complementarias, tomografía y hemograma se concluyó que el paciente presenta un cuadro de Toxoplasmosis cerebral leve-moderado, y su patología de base se encontraba en su última fase (SIDA).

## **2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.**

Una vez obtenido los resultados y el diagnóstico final, se analiza el caso de este paciente adulto mayor con VIH, el cual se debe tratar, recordando que está en fase final, se emplea inmediatamente tratamiento para la toxoplasmosis cerebral y reducir el riesgo de una infección grave.

### **Conductas a seguir**

El profesional de enfermería es el encargado del cuidado, evaluación, seguimiento del paciente, se indica que se aplique tratamiento antirretroviral triplicada con Efavirenz 500mg cada 12 horas, lamivudina 150mg cada 12 horas, didanosina 20 mg cada 12 horas. En el tratamiento de la toxoplasmosis cerebral se efectúa administrando dexametasona 10mg por vía intravenosa cada 12 horas, más levotiroxina 50mcg cada 12 horas + hidratación del paciente, para tratar el estreñimiento se administra bisacodyl 5mg cada 12 horas. Además, se debe realizar la monitorización del paciente, sus signos vitales, reporte de datos clínicos y elaboración de la historia clínica.

**NANDA:** (00007)  
**NIC:** (3902)  
**NOC:** (0800)

**HIPERTERMIA (0007)**

**R/C:** VIH + Toxoplasmosis cerebral

**E/P:** Aumento de la temperatura (Hipertermia), refiere dolor en el epigastrio

**Dominio:** Protección y seguridad en la salud

**Clase:** Regular Metabolismo

**Etiqueta:** (0800) Termorregulación

**Clase:** Regular temperatura

**Campo fisiológico:** Atenciones que apoyan a la labor física

**Etiqueta:** Regular la hipertermia (3902)

**ESCALA DE LIKERT**

Indicadores	1	2	3	4	5
Hipertermia					X
Sudoración				X	
Dolor		X			
Deshidratación			X		
FC		X			
FR			X		

**Actividades**

- Controlar la temperatura, y los demás signos vitales
- Control electrolítico de ingreso y excreción
- Evidenciar valores de la biometría
- Hidratar al paciente mediante vía periférica
- Administrar medicamentos bajo prescripción médica

M  
E  
T  
A  
S

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**NANDA:** (00011)  
**NIC:** (0430)  
**NOC:** (00501)

**ELIMINACIÓN (00011)**

M  
E  
T  
A  
S

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**R/C:** VIH + Toxoplasmosis cerebral + Estreñimiento

**E/P:** Aumento de la temperatura (Hipertermia), refiere dolor en el epigastrio

**Dominio:** Eliminación

**Clase:** Regular Metabolismo

**Etiqueta:** Eliminación Intestinal (00501)

**Clase:** Eliminación (F)

**Campo fisiológico:** Salud Fisiológica (II)

**Etiqueta:** Manejo Intestinal (0430)

**ESCALA DE LIKERT**

Indicadores	1	2	3	4	5
Estreñimiento					X
Color de las heces				X	
Dolor			X		
Eliminación de heces	X				
Ausencia de sangre en heces	X				

**Actividades**

- Tomar nota de la fecha del último movimiento fecal
- Controlar los movimientos intestinales, frecuencia, consistencia, forma, volumen
- Administrar medicamentos y evaluar la incontinencia, si es el caso.
- Instruir al paciente alimentación alto contenido de fibras
- Hidratar al paciente para movilizar heces.

## **2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales**

Se debe relacionar y evaluar los resultados arrojados en el laboratorio, así como los resultados radiológicos del paciente, y los que se haya realizado, en base a esos resultados basarse en los valores normales, para determinar la gravedad o severidad del caso del paciente. Se debe realizar el proceso de atención de Enfermería acorde a los patrones que se hayan vistos alterados o que existan falencias, de esta manera aplicaremos el tratamiento en el paciente con VIH + toxoplasmosis cerebral.

## **2.8 Seguimiento al paciente**

Se le realizó un seguimiento en los 5 días del paciente de 70 años con VIH y Toxoplasmosis cerebral en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez.

### **Día 1**

Primer día del seguimiento acude paciente por el área de emergencia presentando un cuadro clínico de más o menos un mes, caracterizado por dolor localizado en epigastrio que se irradia hasta el abdomen, tipo cólico, no altera los hábitos evacuatorios, no se relaciona con las ingestas, presenta hipertermia, hiperexia y estreñimiento de más o menos un mes de evolución, presenta bradicardia, hipotensión arterial, cefalea, tos, secreciones de color blanquecino, no refiere hemoptisis, pérdida de peso que no específica. Se le administra hidratación intravenosa por vía periférica, se realiza la correcta monitorización y control de sus signos vitales, se realiza el reporte del paciente y el traslado al área de hospitalización.

### **Día 2**

Segundo día de ingreso del paciente se encuentra estable, consciente, sus signos vitales fueron corregidos y se encuentran en sus valores normales, mediante las pruebas realizadas se detectaron diferentes alteraciones en los parámetros hematológicos donde existe un aumento de leucocitos, en las pruebas radiológicas

existe presencia de mancha difusa en el parietal derecho del cráneo, se procede a realizar una tomografía computarizada, llegando a la conclusión en base a sus antecedentes patológicos como el VIH, se diagnostica toxoplasmosis cerebral leve, donde se procede a realizar administración de medicamentos para tratar y corregir la infección.

Tratamiento antirretroviral triplicada con Efavirenz 500mg cada 12 horas, lamivudina 150mg cada 12 horas, didanosina 20 mg cada 12 horas. En el tratamiento de la toxoplasmosis cerebral se efectúa administrando dexametasona 10mg por vía intravenosa cada 12 horas, más levotiroxina 50mcg cada 12 horas + hidratación del paciente, para tratar el estreñimiento se administra bisacodyl 5mg cada 12 horas.

### **Día 3**

En el tercer día del ingreso del paciente al hospital, se encuentra estable hemodinámicamente, sus parámetros se encuentran normales, su estreñimiento intestinal se trata con laxantes, defeca 2 veces al día, se le emplea dieta rica en fibras, se hidrata al paciente por vía intravenosa periférica, se continúa con la administración de fármacos para tratar la toxoplasmosis y mejorar el cuadro del VIH que no se trataba desde hace 2 años, el médico evalúa al paciente el cual se encuentra estable y colabora todo el tiempo. Se le prescribe nuevos exámenes complementarios para determinar el resultado del proceso de atención de Enfermería.

### **Día 4**

Una vez realizada las pruebas complementarias en el paciente, arrojan favorables resultados, controlada la infección por toxoplasmosis cerebral, el paciente se encuentra estable, se sigue administrando medicamentos para el tratamiento determinado, una vez efectuado el Proceso de Atención de Enfermería, el médico evalúa la posible alta del paciente, su cuadro de estreñimiento o retención fecal se ha tratado favorablemente, realiza 3 a 4 defecaciones por día.



## **Día 5**

Una vez evaluado por el médico, indica el alta médica con un tratamiento desde casa, se le prescribe medicamentos para seguir aliviando dolores que se puedan originar debido al cuadro de VIH que presenta el paciente, se le indica una dieta saludable para recuperar masa muscular y el peso.

### **2.9 Observaciones**

Se observó que mediante el Proceso de Atención de Enfermería aplicado a este paciente con VIH y un cuadro de Toxoplasmosis cerebral leve, se le realizó el debido cuidado y tratamiento correspondiente en este tipo de casos, además mediante el estudio de este caso se pudo observar que la toxoplasmosis es muy habitual en estos tipos de paciente, debido a que su sistema inmunológico se encuentra inmunodeprimido.

Una vez realizado el correcto tratamiento en este paciente se logró mejorar la clínica del paciente, por ende su inestabilidad hemodinámica se pudo corregir, cabe recalcar que la labor del Enfermero es cuidar en todo momento el estado de salud del paciente, monitorear sus signos vitales y administrar la medicación de forma correcta, se evaluó al paciente mediante teorías de Henderson y Gordon el cual fue beneficioso en la recuperación del paciente, se pudo comprobar cuáles eran sus patrones alterados para actuar de manera rápida, eficaz y con el protocolo de bioseguridad que se emplea al momento de tratar estos pacientes VIH+.

## CONCLUSIONES

- Como conclusión en este estudio de caso basado en los datos de un paciente masculino adulto mayor (70 años) con VIH diagnosticada hace 4 años el cual no tiene tratamiento hace 2 años y con un cuadro de toxoplasmosis cerebral leve-moderado, se pudo aplicar el proceso de atención de enfermería el cual fue muy importante para determinar el diagnóstico definitivo y por lo consiguiente el tratamiento que correspondía este paciente.
- Se logró emplear las intervenciones de enfermería en este paciente adulto mayor con VIH+ y toxoplasmosis, se realizaron diferentes técnicas y métodos para el debido cuidado, así mismo como control y monitoreo de signos vitales y mejoramiento de su cuadro de inestabilidad hemodinámica que presentaba al momento de llegar a la emergencia de la casa de salud asistencial, en este tipo de pacientes se empleó un método de bioseguridad debido al alto riesgo de contagio al ser un paciente VIH+.
- Se logró determinar el grado de la toxoplasmosis cerebral así mismo se aplicó el cuidado correcto de acuerdo a la severidad del caso, en este tipo de pacientes se realizan diferentes técnicas y métodos para efectuar un tratamiento eficaz, se pudo determinar los patrones funcionales alterados gracias a las teorías de Gordon y Henderson, así como la Taxonomía de NANDA, NOC, NIC las cuales permitieron realizar un correcto plan del Proceso de Atención de Enfermería.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Área de Estadísticas-Hospital General Gustavo Domínguez. (2020). Datos Generales del Paciente . Santo Domingo, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Área de Laboratorio-Hospital Gustavo Domínguez. (2020). Análisis de Hemograma, y Biometría; Gasometría Arterial. Santo Domingo, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Casanova, P. (2017). Fases de la toxoplasmosis cerebral durante el VIH. *Revista Cubana de Medicina*, 41(5), 152-325.
- Figueroa, J. (2016). *Patrones funcionales de Marjory Gordon (Vol. 12)*. D.F, México, México: UNAM.
- Gutierrez, T. (2017). *El Proceso de Atención de Enfermería; Metodología para la práctica; Fases de evaluación*. Facultad de Enfermería-Universidad Nacional de Bogotá, 17-21.
- Lamotte, J. (2017). Infección por VIH/SIDA en la actualidad. *MEDISAN*, 18(7), 32-45.
- López, A. (2016). Actualización; Toxoplasmosis cerebral en paciente con SIDA. *Revista de Posgrado de la VIA Cátedra de Medicina*, 7(1), 15-21.
- Nadia, R. (2016). *El Proceso de Atención de Enfermería*. Red de Revistas Científicas de América Latina, 9(17), 4-9.
- OMS. (2017). *Diagnóstico y valoración de VIH/SIDA*. Organización Mundial de la Salud, 1-16.
- Pérez, F. (2017). Síndromes de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA; Exámenes de detección del VIH. *Revista Chilena de Infectología*, 27(3), 238-275.

Ponce, R. (2018). Actualización sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (Cienfuegos, Ed.) MEDISUR, 8(3), 12-19.

Ramírez, E. (2016). Vías de Infección, mecanismos patogénicos del VIH. Revista de Investigación Clínica, 56(2), 143-152.

Soriano, J. (2016). La Etiología y Epidemiología de la Toxoplasmosis Cerebral. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 45-53.

## ANEXOS



*Realizando el Proceso de Atención de Enfermería en paciente adulto mayor con VIH + toxoplasmosis cerebral*



*Aplicando las teorías de Henderson y Gordon en base a los patrones funcionales en el paciente con VIH y Toxoplasmosis cerebral*

HEMATOLOGICO

**HOSPITAL GENERAL "DR. GUSTAVO DOMINGUEZ"**  
**ORDEN DE PEDIDO ESPECIAL PARA EXAMEN MICROBIOLÓGICO**

APELLIDOS: Moreira Zambrano NOMBRES: Olmedo Serrano  
 EDAD: 70 a Sexo: M(  ) F( ) FECHA DEL PEDIDO: 01/10/2008  
 CONSULTA EXTERNA:  HOSPITALIZACION:  SALA: 308 CAMA: 15 HCL: 1707173+32  
 CULTIVO DE: Heces NÚMERO: \_\_\_\_\_ DE: \_\_\_\_\_ (pág. 2 de 3)

- **SOSPECHA DIAGNÓSTICA:** \_\_\_\_\_
- **ANTECEDENTES CLÍNICOS:**  
Enfermedad Por VIH Etadio 3C  
Enfermedad Renal Crónica
- **DATOS EPIDEMIOLÓGICOS REVELANTES** (Viaje o excursión, si vive en área endémica de) alguna enfermedad infecciosa como malaria, cólera, etc.; enfermedad ocupacional, por ejemplo contacto con animales; accidentes - mordida, trauma picadura de garrapatas, chinches, etc.; infección hospitalaria, etc.) \_\_\_\_\_
- **OTROS DATOS DE LABORATORIO IMPORTANTES:** (datos de laboratorio que evidencien el sitio del proceso infeccioso: RX, tomografía, EMO, hemograma, etc.)  
Neuro Elia
- **ES RELACIONADO A PROCEDIMIENTO INVASIVO ¿CUAL?**  
 (sonda vesical, cateter, traqueostomía, diálisis, alimentación, parental, cirugía, etc.) \_\_\_\_\_
- **EXISTE INFECCIÓN EN OTRA REGIÓN ¿CUAL?** \_\_\_\_\_
- **SE USÓ ANTIBIÓTICOS EN LOS ÚLTIMOS 2 DÍAS ¿CUALES?** Ac. Trimetoprim, Cladramicina
- **HA INICIADO TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO STAT O LUEGO DE TOMAR LA MUESTRA?** \_\_\_\_\_
- **SI (  ) NO ( ) ¿CUALES?** Ac. Trimetoprim Cladramicina
- **EXISTE COMPROMISO INMUNOLÓGICO? SI (  ) NO ( ) ¿CUAL?** PLV3
- **PARA UROCULTIVO INDICAR:** Sintomático ( ) Asintomático ( )

RECOLECCIÓN DE MUESTRA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

RECOLECCIÓN POR: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

NOMBRE LEGIBLE DEL MÉDICO SOLICITANTE FIRMA Y SELLO

NOTA: NO SE PROCEDERÁ LA MUESTRA SI ESTE PEDIDO NO ESTA LLENADO COMPLETAMENTE

Historia clínica del paciente adulto mayor con VIH + Toxoplasmosis cerebral