

# Diagnósticos enfermeros más frecuentes en pacientes con Demencia Asociada a VIH

## *Most common nursing diagnosis in patients with HIV-Associated Dementia*

Aitziber Pinillos Bringas\*, Eva Collado Gonzáles\*\* y Leire Varona Marcos\*\*.

\*Diplomada en Enfermería. Hospital de Cruces, Barakaldo. Bizkaia.

\*\*Diplomadas en Enfermería. Hospital psiquiátrico de Zamudio. Bizkaia.

**Resumen:** Este trabajo tiene un doble objetivo. Por un lado, acercar la terminología diagnóstica enfermera, utilizando la metodología de clasificación de diagnósticos de enfermería, taxonomía NANDA II, y su aplicación en una patología concreta. Por otro lado, se ha seleccionada la demencia por VIH como la patología a estudio, ya que es un tipo de demencia no tan frecuente como la demencia tipo Alzheimer, pero está igualmente presente en nuestra sociedad y al llevar asociada la infección por VIH, tiene unas características y requiere unos cuidados enfermeros diferentes a otras demencias.

Tras unos conceptos generales sobre la demencia por VIH y su sintomatología más frecuente, se realiza una introducción a los diagnósticos enfermeros y su clasificación siguiendo la taxonomía NANDA-II, y por último se aplica dicha clasificación para indicar los diagnósticos enfermeros más frecuentes en pacientes con demencia por VIH, proponiendo las actividades de enfermería relacionadas con dichos diagnósticos.

**Palabras clave:** Diagnóstico enfermero, taxonomía NANDA II, demencia por VIH, actividades enfermería.

**Summary:** This article has a double aim: On the one hand, to approach to the nursing diagnostic terminology, using the nursing diagnosis classification, NANDA taxonomy II, and its application in a particular pathology. On the other hand, HIV-associated dementia was chosen as the pathology for research, since it is a dementia not as frequent as the senile dementia of the Alzheimer type, but it is also present in our society and, as it is related to the HIV infection, it has some characteristics and it needs different nursing care from other demencias.

After mentioning some general concepts about the HIV-associated dementia and its most common symptomatology, this article makes an introduction to nursing diagnosis and its classification following the NANDA taxonomy II, and, to finish, it applies the mentioned classification to indicate the most common nursing diagnosis in patients with HIV-associated dementia, proposing the nursing care related to those diagnosis.

**Key Words:** Nursing diagnosis, NANDA taxonomy II, HIV-associated dementia, nursing care.

## Introducción a la demencia por VIH

Una importante causa de muerte adulta en el mundo, es la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Si bien es cierto que con la aparición de las terapias con antirretrovirales, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en los últimos años, este aumento ha podido dar lugar a una detección más frecuente de complicaciones y patologías asociadas a esta infección que no eran fácilmente apreciables en los casos de rápida evolución de la enfermedad.

Entre las diversas complicaciones y patologías asociadas al VIH, se encuentran las complicaciones neuropsiquiátricas, que llevaron en 1990 a la OMS a proponer el término “complejo cognitivo/motor asociado al VIH” para definir el deterioro neuropsicológico que aparece en los estados avanzados de la enfermedad debido a la acción directa del VIH sobre el cerebro. También recibe otros nombres como demencia asociada al VIH, encefalopatía por VIH, demencia del SIDA o complejo demencia SIDA (ADC).

La prevalencia, evolución y pronóstico son muy variables ya que hay muchos factores que pueden influir en ellos como la presencia de otras patologías con afectación neurológica o psiquiátrica, la personalidad premórbida, la adhesión al tratamiento tanto para la infección como para la sintomatología asociada, el contexto sociocultural del enfermo, la detección precoz de la enfermedad, etc.

En cuanto a la sintomatología, aunque también suele ser muy variable, hay una serie de características que generalmente restan comunes: el deterioro de la cognición, caracterizado por disminución de la capacidad de juicio, déficit de memoria, enlentecimiento de la actividad intelectual, problemas del habla e incapacidad de concentración; el deterioro motor caracterizado por enlentecimiento motor, pérdida de coordinación, hiperreflexia, hipertonía e inestabilidad en la marcha; y alteraciones en el comportamiento como la incapacidad de llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, apatía, pérdida de la espontaneidad, cambios en la personalidad o tendencia al abandono. Todos estos síntomas varían según el grado de

afectación neuronal y el estadio de evolución de la enfermedad.

El tratamiento suele combinar el uso de antirretrovirales que impiden el avance de la infección y sus manifestaciones, y el uso de antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, etc. para paliar los síntomas de la afectación neuropsiquiátrica.

## Introducción a los diagnósticos enfermeros

Los diagnósticos de enfermería nacieron de la necesidad de denominar de forma universal y común los problemas que como profesionales enfermeros podemos tratar de forma independiente. El término diagnóstico de enfermería fue empleado por primera vez por Vera Fry en 1953 y a partir de ese momento numerosas teóricas enfermeras han dado diferentes definiciones a dicho término, hasta llegar a la que hoy día es probablemente la definición más aceptada y extendida.

Un diagnóstico enfermero es “un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable” (NANDA 1990).

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) fue fundada en EEUU en 1982 por un grupo de enfermeras con el objeto de trabajar en la identificación, desarrollo, clasificación y unificación de los diagnósticos de enfermería. Tras varias conferencias, jornadas y años de trabajo de ésta y de otras asociaciones internacionales como la AFEDI (Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería), en 2002 la NANDA pasa a llamarse NANDA Internacional para de esta manera dar respuesta al interés mundial creciente en el campo de la terminología diagnóstica enfermera.

La NANDA Internacional es la asociación que a día de hoy se encarga de revisar, validar, añadir nuevos diagnósticos y promover el uso de los diagnósticos de enfermería en la práctica enfermera.

## Clasificación de los diagnósticos de enfermería: Taxonomía NANDA II.

Tras la aparición y aprobación de los diagnósticos enfermeros, surgió la necesidad de ordenarlos y organizarlos a fin de facilitar y expandir su uso.

Con este objetivo el comité de la NANDA se dedicó en varias de sus conferencias a establecer una clasificación de los diagnósticos enfermeros que habían surgido y que seguían surgiendo hasta ese momento. Tras varias clasificaciones previas, en 2002 se estableció la que se conoce hoy como taxonomía II. Esta clasificación está basada en el modelo de Patrones funcionales de Salud de Gordon (1998) aunque modificada y adaptada. Consta de 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos.

Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés” y una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado” (Roget, 1980).

### Diagnósticos enfermeros más frecuentes en paciente con demencia asociada a VIH y cuidados de enfermería relacionados.

Con objeto de simplificar nos hemos centrado únicamente en los dominios, sin subdividirlos en clases, y los diagnósticos enfermeros que corresponden a cada dominio. Aunque son 13 los dominios que propone la taxonomía de la NANDA II, sólo hemos desarrollado aquellos que consideramos más aplicables a los pacientes con demencia asociada a VIH. Así mismo, proponemos actividades de enfermería relacionadas con cada diagnóstico enfermero.

#### DOMINIO 1: Promoción de la salud.

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

00079 Incumplimiento del tratamiento.

Los cuidados de enfermería en este dominio van dirigidos a hacer comprender al paciente e insistirle en la necesidad de que siga tomando el tratamiento habitual, informándole de las consecuencias de no hacerlo, y supervisando la toma

de medicación tanto para la infección por VIH, como para los síntomas neurológicos asociados a la demencia o para otras patologías asociadas. Por otro lado, actividades como hacer listados con la medicación que tiene que tomar o ayudarle a preparar una caja de automedicación, pueden ayudarle a fomentar su autonomía y a aumentar su implicación en el tratamiento.

#### DOMINIO 2: Nutrición.

00002 Deterioro de la nutrición por defecto.

00103 Deterioro de la deglución.

00102 Déficit de autocuidado: alimentación.

Según el grado de afectación de la demencia que sufra el paciente, se verá más o menos afectada su capacidad de autocuidado. En este aspecto, según el resultado de la valoración previa de cada paciente las actividades de enfermería pueden dirigirse desde la educación en una alimentación sana y equilibrada, al control del aumento o pérdida de peso, hasta el aporte de una dieta que se adapte a la capacidad de deglución del paciente (dieta blanda, triturada, uso de espesantes...).

#### DOMINIO 3: Eliminación e intercambio.

00022 riesgo de incontinencia urinaria.

00011 estreñimiento.

00014 Incontinencia fecal.

00110 Déficit de autocuidado: uso del WC.

Al igual que en el punto anterior, los cuidados se aplican según el grado de afectación del paciente. Son válidas actividades que ayuden al paciente a identificar el WC (p. ejemplo poniendo carteles) y su correcto uso. También es importante guardar unos hábitos intestinales como ir al WC todos los días a la misma hora. En caso de incontinencia fecal o urinaria, es importante valorar los indicadores no verbales del paciente que señalen la necesidad de orinar o defecar, así como mantener la zona perineal siempre limpia y seca después de cada deposición o micción a fin de mantener la integridad cutánea. Es muy frecuente también la aparición de estreñimiento muchas veces debido a la medicación y el sedentarismo, por lo que hay que valorar el aporte de



líquido, la posibilidad de realización de ejercicio físico, una dieta rica en fibra o la necesidad del uso de laxantes.

#### **DOMINIO 4: Actividad/ reposo.**

00040 Riesgo de síndrome de desuso.

00085 Deterioro de la movilidad física.

00088 Deterioro de la deambulación.

00094 riesgo de intolerancia a la actividad.

00095 Deterioro del patrón del sueño.

00108 Déficit de autocuidado: baño/ higiene.

00109 Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento.

Es frecuente en estos pacientes la aparición de somnolencia durante el día y/o insomnio por las noches, por lo que es importante definir bien los tiempos sueño y vigilia estableciendo unos horarios fijos, favoreciendo el descanso por la noche y fomentando la actividad durante el día.

Conforme avanza la enfermedad, el deterioro físico se acentúa, siendo imprescindible desde el primer momento la realización de ejercicio físico tanto activo como pasivo, que habrá que ir adaptando a las limitaciones físicas que irán aumentando con el paso del tiempo, facilitando el uso de dispositivos externos como bastones o andadores que favorezcan la movilidad del paciente.

En cuanto al déficit de autocuidado, hay que procurar en la medida de lo posible, mantener rutinas y establecer horarios para las actividades de autocuidado, así como facilitar dichas actividades poniendo a la vista los objetos necesarios para realizarlas y ordenarlos en el orden en que tienen que ser utilizados, o identificando su uso con dibujos.

#### **DOMINIO 5: Percepción/ cognición.**

00051 deterioro de la comunicación verbal.

00122 trastorno de la percepción sensorial.

00126 conocimientos deficientes.

00127 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.

00131 deterioro de la memoria.

00130 trastorno de los procesos del pensamiento.

00173 riesgo de confusión aguda.

Es importante en este punto establecer una comunicación verbal y no verbal lo más eficaz posible desde el inicio, adaptándola progresivamente a las limitaciones que con el avance de la enfermedad vayan surgiendo. Conviene dirigirse al paciente de forma amistosa y abierta, mirándole directamente, hablando en tono de voz claro y relajado, utilizando un lenguaje sencillo y frases cortas, y asegurándonos de que entiende. Por otro lado hay que escucharle activamente, dándole tiempo al paciente para que se exprese, ayudándole a expresarse e identificando y valorando la conducta no verbal y su significado.

Para evitar la confusión aguda, y apoyarle en el deterioro de la memoria y el déficit de conocimientos, así como en el deterioro de la interpretación del entorno, hay que crearle un ambiente tranquilo y seguro con una rutina fácil, sin muchos cambios, ayudándole a situarse en tiempo y espacio (sin abusar de la reorientación ya que puede causarle frustración). Es bueno planificarle actividades sencillas adaptadas a sus conocimientos que le ayuden a utilizar las capacidades que conserve.

#### **DOMINIO 6: Autopercepción.**

00121 trastorno de la identidad personal.

00152 riesgo de impotencia.

00054 riesgo de soledad.

00153 riesgo de baja autoestima situacional.

Hay que valorar al paciente en busca de signos y síntomas que indiquen un deterioro en la percepción de sí mismo durante todo el proceso de enfermedad, evitando complicaciones añadidas como la depresión. Para ello es necesario conservar una comunicación abierta y eficaz que le permita expresar sus miedos y sentimientos. Son buenas las actividades en este ámbito orientadas a reforzar las conductas positivas que presente, así como animarle a realizar actividades sencillas que le demuestren las capacidades que aún conserva. Es bueno que sigan conservando en la medida de lo posible su círculo social y que

participen en actividades de grupo así como en reuniones familiares.

**DOMINIO 7: Rol/ relaciones.**

00062 riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador.

00060 interrupción de los procesos familiares.

00055 desempeño inefectivo del rol.

00052 deterioro de la interacción social.

En el proceso de atención del paciente no podemos olvidarnos de la familia y la importancia que tiene en el bienestar del paciente. Hay que facilitar a los familiares toda clase de información sobre la enfermedad, los cambios que pueden aparecer en la persona, como tratarlos y el apoyo con el que cuentan. También hay que darles información sobre las precauciones necesarias para evitar contagios de la infección y ayudarles a expresar sus dudas, miedos e inseguridades, dejando una comunicación fluida para que puedan expresarlos cuando lo necesiten. Es bueno animarles a participar en grupos de apoyo a familiares y en asociaciones relacionadas con la demencia y el VIH.

Para evitar el cansancio en el cuidado, es conveniente que se pongan en contacto con los servicios sociales para que les ofrezcan (en la medida de lo posible) ayuda domiciliaria en el cuidado del enfermo. Y a la vez hay que animarles a que sigan manteniendo su vida social y familiar y se reserven tiempo para ellos mismos.

**DOMINIO 8: Sexualidad.**

00065 patrón sexual inefectivo.

00004 riesgo de infección.

Debido a la infección por el VIH es necesario asegurarse que el paciente tiene una conducta sexual adecuada, con relaciones sexuales seguras y que conoce las vías de contagio del virus y las precauciones a adoptar.

Durante la evolución de la enfermedad es frecuente que aparezcan cambios en la actividad sexual, cambios en el interés sexual o en las conductas sexuales. Es importante dejar que el

paciente exprese sus preocupaciones sobre el tema, informarle de los efectos que el avance de la enfermedad o algunas medicaciones pueden provocar y reconducir y ponerle límites en caso de presentar conductas sexuales inadecuadas.

**DOMINIO 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés**

00146 ansiedad.

00148 temor.

00069 Afrontamiento inefectivo.

00074 afrontamiento familiar comprometido.

00077 afrontamiento inefectivo de la comunidad.

Como cualquier proceso de enfermedad, la ansiedad, el temor y el afrontamiento inefectivo están presentes. Nuestro papel como profesionales de enfermería es el de valorar tanto la situación del paciente como de su entorno y ofrecer información, ayuda, apoyo y comprensión.

**DOMINIO 11: Seguridad/ protección.**

00004 riesgo de infección.

00035 riesgo de lesión.

00155 riesgo de caídas.

00038 riesgo de traumatismos.

00138 riesgo de violencia dirigida a otros.

00140 riesgo de violencia autodirigida.

00037 riesgo de intoxicación.

00180 riesgo de contaminación.

00188 tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.

Para evitar complicaciones añadidas a la enfermedad, es necesario mantener un ambiente seguro, orientando al paciente sobre su entorno y evitando los cambios en él. En el domicilio hay que hacer especial atención en áreas como la cocina, teniendo controlado en todo momento el fuego o los productos de limpieza que pueden resultar tóxicos, así como los aparatos eléctricos o los objetos cortantes con los que se pueda dañar. En el baño, es bueno señalar bien el



agua caliente, así como poner dispositivos anti-deslizantes en la bañera o ducha. En el resto de la casa hay que procurar mantener el espacio libre de obstáculos y puede ser bueno etiquetar cajones y poner carteles explicando el uso de aparatos de uso frecuente para fomentar la autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria.

En cuanto a la violencia bien autodirigida, bien dirigida a otros, para evitarla es importante iden-

tificar los signos y síntomas de enfado, ansiedad y nerviosismo del paciente y valorar las causas que lo producen para poder atajarlas antes de que pueda recurrir a la violencia. Ayudarle a verbalizar su enfado o proponerle actividades donde pueda descargar su agresividad también pueden evitar situaciones violentas. Así mismo, reconducirle y ponerle límites tras una muestra de violencia, pueden ayudar a evitar nuevas situaciones de ese tipo.

---

### Bibliografía

- NANDA-I. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Ed. ELSEVIER.
- García Sanchez, C; Estévez González, A.(2007)Enfermedad de Alzheimer: actividades y vida social. EDICIONES MAYO.
- CTO Enfermería. Manual CTO de Enfermería 4ª Edición. Tomo I. 2007. Ed. Mc GRAW HILL. INTERAMERICANA.
- Wyszynski, AA.; Wyszynski, B. (2006). Manual de Psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. MASSON.

#### Contacto:

Aitziber Pinillos Bringas.

C/ Pedro Cortés 3- 6ºD • 48006- Bilbao • Email: aitzipi@hotmail.com. Teléfono: 649303948.

Recibido: 1-9-10.

Aceptado: 1-10-10.