

97



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

**ALTERACIONES DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA  
RELACIONADA CON ANSIEDAD Y FATIGA,  
MANIFESTADA POR DIFICULTAD RESPIRATORIA,  
AGITACION Y AUMENTO DE LA FRECUENCIA  
RESPIRATORIA.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

RUBEN HERNANDEZ AVILA

DIRECTOR DEL TRABAJO

LIC. MAGDALENA MATA CORTES

México D.F.

Agosto 2000





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**ALTERACIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA RELACIONADA CON  
ANSIEDAD Y FATIGA, MANIFESTADA POR DIFICULTAD RESPIRATORIA,  
AGITACIÓN Y AUMENTO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA.**

Que para obtener el título de:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta.

**RUBÉN HERNÁNDEZ AVILA**

No. Cta. 09761030-8

Director del Trabajo

LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTES

## INDICE

### 1. Marco Teórico.

1.1. Definición de Enfermería	1
1.2. Proceso Atención Enfermería (definición y objetivo)	2
1.3. Etapas del Proceso Atención Enfermería	3
1.4. Modelo Virginia Hendersón	6
1.5. Aspectos Tanatológicos	9
1.6. VIH – SIDA	13

### 2. Metodología.

2.1. Valoración.	21
2.2. Diagnóstico de Enfermería	26
2.3. Planeación.	26
2.4. Ejecución.	26
2.5. Evaluación.	28

### 3. Aplicación del Proceso Atención Enfermería.

3.1. Presentación de Caso Clínico.	29
3.2. Valoración.	30
3.3. Diagnóstico de Enfermería.	35
3.4. Planeación.	40
3.5. Ejecución.	46
3.6. Evaluación.	67

4. Conclusiones.	68
------------------	----

## Glosario

## Bibliografía

---

## INTRODUCCIÓN

Desde los inicios formativos de la enfermera, ésta dependía cien por ciento de los conocimientos que el médico le transmitiera y de acuerdo a esto, procedía a brindar los cuidados y dar seguimiento al tratamiento que se indicaba.

En las últimas décadas se ha intentado reorientar a la enfermera en su formación y en la aplicación del conocimiento; Han surgido enfermeras con planteamientos teóricos que tratan de fundamentar nuestro ejercicio profesional, entre ellas tenemos a: D. Orem, M. Levin, M. Rogers, Dororhy Johnson, B. Newman, V. Hendersón.

Hoy día sabemos que los cuidados de enfermería se sustentan en lo que conocemos como Proceso Atención de Enfermería(PAE) que ha sido el instrumento y / o método sistemático y organizado para brindar los cuidados eficaces y eficientes, éste proceso esta conformado por lo que es la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Partiendo de estas referencias, nos enfocaremos al Proceso de Enfermería con el Modelo de Virginia Hendersón, quien a planteado 14 necesidades para detectar, desarrollar y aplicar al enfermo, ubicados en los contextos biológicos, psicológicos, social y espiritual.

Ahora bien el Proceso de Diagnóstico fundamenta las intervenciones de enfermería mediante el análisis de la información obtenida de nuestro enfermo, por cada necesidad se establece un diagnóstico.

El Proceso de Enfermería se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos incluyendo las ciencias y las humanidades, pudiendo aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

Es importante entender que las respuestas humanas son los fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería; Estas se han descrito como las respuestas de los individuos, de las familias o de las comunidades en interacción con su entorno.

El profesional de enfermería debe centrar su atención en dos tipos de respuestas que son:

1. - Reacciones de los individuos y los grupos ante los problemas reales de salud, como es el efecto de la enfermedad y las necesidades de auto-cuidado
2. - Preocupaciones de los individuos y grupos sobre los potenciales problemas de salud, como el control y la educación en poblaciones o comunidades de riesgo.

Las respuestas humanas son de naturaleza dinámica y cambian a medida que el cliente o la familia progresan a lo largo de la línea de continuidad entre la salud y la enfermedad

El plan de Cuidados de Enfermería, contiene los problemas específicos que son las respuestas de salud predecibles del paciente que generalmente provoca la fisiopatología de la alteración.

Ahora bien, el propósito del PAE es proporcionar un marco que satisfaga las necesidades individualizadas del paciente, familia y comunidad.

Entendiendo lo anterior, enfocaremos el proceso atención enfermería bajo el Modelo de Virginia Hendersón, en una de las enfermedades que en los últimos veinte años a causado estragos a nivel mundial, nos referimos al SIDA, que a pesar del tiempo que a transcurrido se sigue estigmatizando y rechazando al enfermo en todo un contexto social, en éste sentido toma mayor importancia cuando nos referimos al enfermo de SIDA en fase terminal, por lo que le dará un enfoque tanatológico, que permita reflexionar, concienciar y entender todo lo que se puede hacer hacia el enfermo, la familia y amigos de éste, para ello necesitamos tener presente lo siguiente:

- Practicar la empatía: es decir tener la capacidad de reconocer y hasta cierto punto compartir las emociones y estados psicológicos de otra persona y comprender la significación de la conducta, en otras palabras entender cuales

son las necesidades bio – psico – sociales y espirituales del enfermo(ponerme en el lugar del enfermo).

- Tener presente lo que es el proceso de duelo y en que consiste, éste contempla cinco etapas que son: \*Negación, \*Ira o rabia, \*Negociación, \*Depresión, \*Aceptación.
- Tomar en cuenta los derechos del enfermo terminal.
- Que calidad de vida le puedo brindar al enfermo, de acuerdo a su estado de salud en que éste se encuentre.
- La sensibilidad de la enfermera es importante para que el enfermo tenga una muerte digna

En éste sentido se puede hacer mucho más por el enfermo de SIDA en fase terminal y no únicamente proporcionar tratamiento médico ya que se sigue viendo al enfermo desde el punto de vista biológico. esta debe ser una de las grandes diferencias para proporcionar atención al paciente con calidez y humanismo con relación al propio médico.

## JUSTIFICACIÓN.

El proceso atención enfermería es una metodología que nos permite actuar de modo sistemático al planificar nuestra intervención; en éste sentido podemos mostrar como se puede llevar a la práctica uno de los modelos de enfermería, pero que no únicamente se vea como algo meramente teórico sino que es aplicable a una realidad; Dado que el ejercicio profesional de la enfermera parte de ella, en la que se ve inmersa, más aun cuando tratamos al paciente desde una perspectiva holística, integrando a la misma familia.



## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo General:**

1. - Elaborar y desarrollar el Proceso Atención Enfermería aplicable a enfermos de SIDA en fase terminal.

### **Objetivos Específicos:**

- 1.- Aplicar un modelo de enfermería al ejercicio profesional de la enfermera.
- 2.- Actualizar el conocimiento para el manejo y cuidado de paciente con SIDA en fase terminal.
- 3.- Concientizar y sensibilizar a la enfermera para brindar una atención más cálida y eficiente al enfermo.
4. - Crear un vínculo más estrecho de comunicación con la familia, el paciente y el equipo de salud.

## **I. - MARCO TEORICO**

Hoy día se han planteado una serie de definiciones de lo que es enfermería, en éste sentido surgieron enfermeras que desarrollaron un modelo de atención al enfermo, planteando su propia definición de lo que es enfermería y que de alguna manera el objetivo de todas es el mismo. bajo ésta perspectiva tenemos algunas definiciones.

### **1.1. Definición de Enfermería.**

a).- La enfermería<sup>(1)</sup> comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarios para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo, y comunidad referente a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento.

b).- Enfermería según Virginia Hendersón <sup>(2)</sup>, es ayudar al individuo sano o enfermo a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación(o a una muerte en paz) y que podría llevar a cabo sin la ayuda si tuviese fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios.

c).- Enfermería según la NANDA <sup>(3)</sup>, es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud real o potencial.

Partiendo de éstos elementos mencionados, en el caso de la enfermera la ayuda o los cuidados que pueda brindar al individuo sano o enfermo, lo desarrolla o aplica a través del proceso atención enfermería, es decir el Proceso Atención Enfermería.

---

(1).- Diccionario de Medicina, Editorial Océano Mosby, España, 1999 pp. 463

(2) - Fernández Ferrín Carmen, El Proceso de atención de enfermería. Estudio de casos Ediciones Científicas y técnicas, S.A., Barcelona España 1993 pp 3-4

(3) - Krintek, Phillis. , "Desarrollo de una estructura taxonómica para los diagnósticos de enfermería" Una revisión y actualización, en Clasificación de diagnósticos de enfermería de la sexta Conferencia de la NANDA, editado por Hurley M. En San Luis C V Mosby 1986. Pp 8

## 1.2. Proceso Atención Enfermería.

El proceso atención enfermería se ha definido como (4), el método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Éste método tiene como objetivo identificar las necesidades de salud reales y potenciales, establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar en forma específica.

## 1.3. Etapas del Proceso Atención Enfermería.

1.- Valoración: ésta primera etapa del proceso, es donde se realiza la recopilación de datos en base a la respuesta del cliente, familia, y comunidad, ésta etapa (5) nos ofrece información sobre lo que es, de que sufre, hábitos de vida y sobre el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales. Los métodos para recopilar la información son:

a).- La Observación: la cual se ha definido (6) como la capacidad intelectual de captar a través de los sentidos del mundo exterior; en otras palabras consiste en considerar al cliente y a todo el que se relaciona con él con una atención expresa y

b).- Entrevista: Es una interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y el enfermo, el objetivo es (7) la recolección de información que permitan descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas en el cliente y las distintas manifestaciones de dependencia que lo determinan. Se deben mostrar (8) actitudes de aceptación, de escuchar, de respeto y de empatía que han de reflejarse en su

---

(4) - N. Roper / W W Logan Proceso de la atención de enfermería. Modelos de aplicación  
Ed. Interamericana, México d.f. 1988 pp. 26.

(5).- Hinchliff, Susan M. Et.al. "Enfoques del cuidado de enfermería" en Enfermería y cuidados de salud, Ed Doyma, Barcelona, 1993. En Antología Proceso de enfermería ENEO-UNAM, S.A. México, D.f. 1997. Pp. 42.

(6) - Phaneuf Margot "La recogida de datos primera etapa del proceso de los cuidados" En cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería Ed Mc.Graw Hill Interamericana, Madrid 1993, en Antología Proceso de enfermería, ENEO-UNAM, México D f 1997 Pp.86

(7).- Op Cit Pp 89

comportamiento. se demuestra por parte del contacto visual, la expresión facial abierta y sonriente(según el caso) y a través de una postura y un lenguaje que testimonie al cliente su deseo de mantenerse a la escucha y de facilitar que siga su conversación

c).- Historia clínica: básicamente es una recopilación de datos de la observación y la entrevista que nos permita evaluar y detectar las condiciones y las necesidades del cliente.

d).- Exploración Física: ésta se realiza a través de (9) .

\*Inspección: examen mediante la observación cuidadosa y crítica.

\*Auscultación: examen mediante la escucha de un estetoscopio.

\*Palpación: examen mediante el tacto y la sensación.

\*Percusión: Examen mediante el tacto, el golpeteo suave y la escucha.

## 2.- Diagnóstico de Enfermería

Según la NANDA (10), es un problema real, de salud real o potencial tratable mediante actividades de enfermería, cabe mencionar que en ésta etapa se realiza el análisis de los datos para identificar problemas de salud y recursos, en éste sentido nos da una imagen clara del estado de salud, sin embargo es importante que es un problema real y un problema potencial, por lo que definiríamos estos dos elementos de la siguiente manera:

a).- Problema real. Es aquel que existe y donde se identifican signos y síntomas.

b).-Problema Potencial. Es cuando el paciente corre el riesgo de desarrollar el problema o la complicación, aunque no existan los signos y síntomas, sin embargo hay factores de riesgo.

Ante esto es importante recordar que la enfermera desarrolla tres funciones o roles los cuales son:

---

(8).- Op. Cit. Pp. 89

(9) - Alfaro Rosalinda, "Valoración", Aplicación del proceso de enfermería, Ed. Mosby, Pensilvania 1997 Pp 54

(10) - Gordón, Marjory Diagnóstico de enfermería. Proceso y aplicación, Ed. Mc Graw Hill, Book. Nueva York 1987 Pp 60

\*Funciones independientes o autónomas: desarrolladas bajo su propia responsabilidad.

\*Funciones dependientes: Llevando a cabo las ordenes pre escritas.

\*Funciones interdependientes: Actividades que van en función de otros profesionales del equipo de salud, habiendo una interrelación de decisiones entre todos.

Así, tenemos que la base importante en el diagnóstico de enfermería son las funciones independientes.

En otras palabras tenemos que el diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales.

Para desarrollar un diagnóstico, necesita incluir alguno de los siguientes elementos:

- a).- La designación; donde se proporciona un nombre al diagnóstico.
- b).- Definición; ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico.
- c).- Características definitorias; se refiere a las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones al diagnóstico.

### 3.- Planeación.

En ésta etapa se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

La planeación va dirigida al logro de objetivos, para lo cual necesitamos contemplar los siguientes elementos (11):

- 
- a).- Fijar prioridades para el diagnóstico.
  - b).- Establecimiento de los resultados esperados.
  - c).- Determinación de la intervención de enfermería.
  - d).- Registrar un plan de cuidados en forma organizada.
- 

(11).- Alfaro Rosalinda, "Planificación" Aplicación del proceso de enfermería, Ed Mosby Pensilvania, 1997 Pp 128-129.

#### 4.- Ejecución.

Se refiere al inicio y terminación de acciones necesarias para el logro de los resultados definidos en la fase de planificación. La etapa de ejecución (12) es la aplicación real de las intervenciones de enfermería, derivados de las prescripciones establecidas en el plan de cuidados, brindado una ayuda funcional o pedagógica, es importante que la enfermera fundamente sus acciones que le permitan garantizar la eficacia de las actividades profesionales.

#### 5.- Evaluación.

Es un proceso continuo que determina hasta que punto se ha alcanzado los objetivos asistenciales. La evaluación es la última etapa del proceso de enfermería, es lo que permite conocer los resultados del plan de intervenciones de enfermería y el logro de los objetivos en relación con la satisfacción de las necesidades y el estado de salud de la persona, así como la condición de calidad de los cuidados.

La evaluación de un plan de cuidados individual implica (13) las siguientes actividades:

Evaluación del logro de los resultados esperados.

Identificación de las variables o factores que afectan el logro de los resultados esperados.

Decisión sobre si continuar, modificar, o dar por finalizado el plan de cuidados.

Continuación, modificación o modificación del plan.

---

(12).- Phaneuf, Margot. "La ejecución de los cuidados, cuarta etapa del proceso de cuidados", en cuidado de enfermería: El proceso de atención de enfermería, Ed. Mc.Graw Hill, interamericana, Madrid 1983. en Antología Proceso de atención de enfermería, ENEO-UNAM, SUA., México, D.f., 1997. Pp. 153.

(13).- Alfaro Rosalinda, "Evaluación", Aplicación del proceso de enfermería, Ed. Mosby., Pensilvania, 1997. Pp. 206.

#### 1.4.- Modelo de Virginia Hendersón.

Virginia Hendersón <sup>(14)</sup>, nace en 1897, comenzando su carrera profesional de enfermería en 1922; durante varios años de labor docente, asistencial e investigación, da a conocer una de las mas lucidas definiciones de la disciplina de la enfermera.

El valor teórico, la creatividad innovadora y su propia trayectoria han hecho de Hendersón un modelo a seguir sobre todo para las enfermeras docentes e investigadoras. Por otro lado, el modelo conceptual constituye la estructura teórica que guía y limita el campo de nuestra actuación profesional, el proceso de atención de enfermería es la metodología que nos permite actuar de modo sistemático al planificar nuestra intervención.

Desde sus inicios como enfermera, tubo la inquietud de identificar una identidad propia de la enfermera, pudiendo determinar con ello las funciones de la misma enfermera. Así Hendersón plantea que <sup>(15)</sup> la única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación(o a una muerte serena).

Partiendo de lo anterior, Hendersón <sup>(16)</sup> considera que cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, por lo que establece 14 necesidades básicas que son las siguientes:

---

(14).- Fernández Ferrín Carmen. El proceso de atención de Enfermería, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona. España, 1993. Pp. vii

(15).- Op. Cit. Pp. 3

(16).- Op. Cit. Pp. 4

Necesidad de oxigenación.  
Necesidad de nutrición e hidratación  
Necesidad de eliminación.  
Necesidad de moverse y mantenerse en buena postura  
Necesidad de descanso y sueño  
Necesidad de usar prenda de vestir adecuadas  
Necesidad de termorregulación.  
Necesidad de Higiene y protección de la piel.  
Necesidad de evitar peligros  
Necesidad de vivir según sus creencias y valores  
Necesidad de trabajar y realizarse.  
Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.  
Necesidad de aprendizaje.

Según Virginia Henderson (17) considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales, en éste sentido se trata de lograr la independencia, y por lo tanto de forma continuada, con el fin de mantener en estado optimo la propia salud.

Partiendo de esto aparece una dependencia que se pueden deber a tres causas y que se identifican como "falta de fuerza", "falta de conocimientos", "falta de voluntad".

---

Para entender lo que es la dependencia, necesitamos entender lo que es la independencia que puede ser definido como (18) la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, llevando a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

---

(17).- Op. Cit. Pp. 5.

(18).- Op. Cit. Pp. 6.



Mientras que la dependencia (19) puede ser considerada en una doble vertiente, por un lado la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades por sí misma.

Por otro lado la práctica de enfermería se ha finido en términos de funciones o de roles que en forma general se pueden dividir en dos áreas que son: las funciones independientes, que son actividades consideradas dentro del campo de diagnóstico y tratamiento de la enfermería, estas acciones no necesitan una orden médica, lo que según el modelo de Hendersón permitirá cubrir las necesidades del paciente según se requiera.

En el caso de las funciones interdependientes, son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud.

En éste sentido el objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y de la comunidad. La misma NANDA se apoya en el modelo de Hendersón para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería y su aplicación en el plan de cuidados considerándose las 14 necesidades de la autora.

---

(19).- Op. Cit. Pp. 6.

## 1.5. Aspectos Tanatológicos.

Cada día que pasa, la Tanatología cobra mayor auge en el área de área de la salud, ahora bien, la Tanatología se define según el IMEXTAC, como (20) el estudio interdisciplinario del moribundo y d la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como de la aprensión y sentimientos de culpa y la pérdida en los familiares. (Etimológicamente: thanatos = muerte Logos= estudio de)

El hablar de salud, es hablar de enfermedad, lo cual implica hablar de la muerte; en este sentido para que haya muerte tiene que haber vida y para que haya vida tiene que haber muerte, entendiendo ésta como el cese de la vida. La muerte es la experiencia más privada, personal e íntima que puede tener un ser humano. En las grandes ciudades donde se han desarrollado avances tecnológicos y médicos, se pretende alargar el promedio de vida de la población, sin embargo muchas veces se deja de lado, la calidad de vida que estos tienen,; en el caso de los enfermos terminales sería bueno preguntarse ¿Qué calidad de vida le brindo al enfermo?, Hoy día se realizan medidas extremas para mantener al paciente con "vida", en este sentido se aplican una serie de tratamientos e intervenciones que alargan la agonía y el sufrimiento del enfermo.

El ser humano evita hablar de la muerte o puede asumir algunas actitudes ante la muerte como lo son:

---

\*Muerte Eludida: no habla de la muerte, no plantea el morir futuro, se cree inmortal.

\*Muerte Negada: no enfrenta la muerte, piensa que no es algo real.

\*Muerte apropiada: se adueña de su propia muerte(decide donde quiere morir)

\*Muerte absurda: generalmente esto se da cuando fallece algún niño o adolescente.

La muerte se ve como problema, porque se tiene un deseo de permanencia, porque existe temor y miedo a donde vamos a ir, miedo a dejar lo que tenemos; puede ser

---

(20).- [www.tanatologia.org.mx](http://www.tanatologia.org.mx)

un problema por que nos puede agarrar por sorpresa y por lo tanto puede ser inoportuna.

Todo ser humano esta expuesto a experimentar perdidas a lo largo de su vida, por lo tanto esta predispuerto pasar por etapas de duelo, entendiendo éste como (21) todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida de alguien "querido".

Ahora bien, de acuerdo con Elizabeth Kubbler Ross el proceso de duelo se divide en cinco etapas que son (22):

1.- La negación: negación como mecanismo de defensa, angustia como reacción secundaria. Miedo de lo que va a suceder y no acepta que se le mencione el tema.

---

2. - Rabia / Ira: hay enojo, sentimientos de odio hacia todos y se manifiesta la envidia.

---

3. - Regateo / Negociación: De acuerdo a sus creencias empiezan las negociaciones con Dios, hay peticiones, promesas y afloran sus culpas.

---

4. -Depresión: Existe tristeza profunda, ensimismamiento, silencio, ganas de llorar.

---

5. -Aceptación: Encuentran un sentido al dolor y a la vida, aceptan plenamente su muerte, quieren cerrar el ciclo de vida, quieren despedirse, desean irse ya.

---

Cada una de estas etapas son por las que atraviesa tanto el enfermo como los familiares de éste, en este sentido en el paciente hay un deterioro físico(se da cuenta que el que era ya no es), pierde su imagen corporal y disminuyen sus capacidades físicas; hay un deterioro psicológico, donde se manifiesta una indefensión, disminuyen mecanismos de defensa, hay inestabilidad emocional y perdida de convencionalismos sociales, así mismo se expresa un deterioro de los roles sociales y de acuerdo a la enfermedad se margina y se estigmatiza el enfermo.

(21).- O' Connor Nancy, Déjalos ir con Amor, Ed. Trillas, México, D.f. 1997. Pp. 9

(22).- Op. Cit. Pp. 38-44.

En éste sentido la enfermera necesita mostrar competencia profesional, sensibilidad para entender el proceso del paciente y la familia misma, paciencia y honestidad, madurez para entender las situaciones y posturas ante el paciente, ser prudentes, mantener una buena comunicación (saber escuchar, no ocasionar conflictos, ser aliado confiable, mantener contacto físico con el enfermo, mostrar que estoy ahí, con él y para él), de acuerdo a nuestras posibilidades proporcionar calidad de vida al enfermo, contar con la información básica para proporcionar los cuidados al enfermo y orientar a la familia, partiendo de ello necesita mostrar ante todo empatía para aliviar el sufrimiento físicos y espirituales, anticipándose a posibles problemas, brindando apoyo emocional y psicológico. Entendiendo estos elementos, es parte importante para la enfermera participar, para el bien morir de los enfermos terminales (23) ayudando cerrar los asuntos inconclusos o pendientes en su vida, propiciar la despedida de los familiares con el enfermo y viceversa, ser compasivos para que tenga una muerte en paz tranquila. En este contexto, el hombre siempre busca tener una vida digna y con ello culminar con una muerte digna; la dignidad se identifica con el decoro, la grandeza en la manera de comportarse, por lo tanto es una cualidad de los seres humanos, actuar con dignidad supone hacerlo de manera que no tenga uno que avergonzarse sin enorgullecerse; hay situaciones ante la cercanía de la muerte que no depende del comportamiento consciente del sujeto que le puede restar dignidad a la muerte, la dignidad de la persona se refiere al valor intrínseco que tienen los hombres, en cuanto a la igualdad y el valor que tiene cada uno de ellos al no poder ser sustituidos por otro. Ésta cualidad, diferencia a los hombres de las cosas y de los animales, en donde la muerte digna es la que caracteriza a los seres humanos, de la de los animales, cuando al moribundo se maneja como a los animales o las cosas, se le esta desconociendo su dignidad como ser humano, es éste sentido es dignificar a la muerte donde se respete la condición de ser, humano. Cuando se dan situaciones como la de morir sin que los familiares estén cerca, sin tomarle de la mano, acariciarlo o besarlo; Morir sin los

---

(23).- Fernández Ramírez Patricia Manual para el buen morir para enfermos de SIDA, Ed. Fundación mexicana para la lucha contra el SIDA, México D f. 1996. 47-67.

auxilios espirituales que cada quién hubiera deseado, morir abandonado por el personal médico, morir entre la diferencia o hasta los cuchicheos o carcajadas del personal, morir como fracaso de una experimentación que no tomo en cuenta su voluntad y sus derechos, es morir sin ser respetado como persona humana, es no tener una muerte digna. Respetar la muerte como se respeta la vida, sería ayudar al paciente a bien morir.

Ahora bien, como seres humanos, profesionistas, pacientes o enfermos, todos nos vemos inmersos en un contexto social viéndonos favorecidos con la creación de los derechos humanos, en éste sentido y de acuerdo con la comisión de derechos humanos (24), en el caso de los enfermos terminales serían los siguientes:

- \* Vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual y social compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad.
- \* Vivir independiente y alerta, permitiendo ejercer su autonomía .
- \* Tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, psicológico, intelectual y social.
- \* Ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
- \* Ser eje principal de las decisiones que se tomen en la parte final de su vida.
- \* No se prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y "heroicas" para sostener sus funciones vitales.
- \*Que sean tomadas en cuenta, antes y después de su muerte las necesidades y temores.

Tiene derecho a morir con dignidad, con plena aceptación, total paz, confortable y apacible como sea posible.

**La dignidad humana puede y debe ser mantenida y respetada tanto en el vivir como en el morir.....**

---

(24) - <http://www.cndh.org.com>.

## 1.5.- VIH – SIDA

La infección causada por el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) es una enfermedad provocada por uno o dos virus que progresivamente destruyen los glóbulos blancos llamados linfocitos provocando el síndrome de inmunodeficiencia adquirida(SIDA) y otras enfermedades derivadas de un inmunidad deficiente.

En 1981 se presentaron los "primeros" casos de SIDA en los Estados Unidos de Norteamérica<sup>(25)</sup>, el fue descubierto en 1983 por Barré Sinnussi, en el instituto Pasteur, recibiendo el nombre de virus asociado con linfadenopatía.

El SIDA ha sido considerado una epidemia dado el número de casos que se siguen presentando y las muertes que ha provocado, en México hasta 1999 se tenían registrados<sup>(26)</sup> 97,334 casos de SIDA y llegando hasta 110,000 el número de personas infectadas con VIH.

### • ETIOLOGÍA.

El SIDA es causado por retrovirus <sup>(27)</sup> llamado virus de inmunodeficiencia humana, de los cuales tenemos dos, que son:

---

\*HIV – 1

\*HIV – 2 (más frecuente en África occidental)  
éste virus con un período de latencia mayor  
antes de la enfermedad.

---

(25).- Michael W. Alder. MD. ABC del SIDA, Ed. BMJ. Latinoamericana, México D.f., 1998. Pp. 9.

(26).- Lawrence K. Altman y Cols. Manual de Merck de información médica para el hogar, Ed. Océano, España, 1999. Pp. 957.

(27).- Harry Hollander, MD. "Infección por VIH" en Diagnóstico-clínico y tratamiento, Michael W. Rabow y Cols. Ed. Manual Moderno, México D.f. 2000. Pp. 1237.

• **TRANSMISIÓN DEL VIRUS.**

El contagio del VIH requiere del contacto<sup>(28)</sup> con humores corporales que contengan células infectadas o partículas del virus, dichos humores incluyen sangre, semen, secreciones vaginales, líquido del cerebro y de la médula espinal y leche materna.

El VIH se transmite a través de las siguientes maneras <sup>(29)</sup>:

A través de las relaciones sexuales con una persona infectada durante las cuales la membrana mucosa que reviste la boca, la vagina, o el recto queda expuesto a los humores corporales contaminados.

Por inyección o infusión de sangre contaminada.

Por compartir o usar más de una vez agujas contaminadas.

Transmisión del virus desde su madre infectada a su hijo antes o durante el nacimiento o bien a través de la leche materna.

La susceptibilidad de la infección por VIH aumenta cuando la piel o una membrana mucosa esta lesionada durante la relación sexual.

• **FRECUENCIA<sup>(30)</sup>**

Es más frecuente en homosexuales y adictos a las drogas, que entre los heterosexuales, aunque cada día se va incrementando considerablemente en la (hasta en un 25% en Latinoamérica).

Los países en vías de desarrollo son los más afectados.

---

(28).- Lawrence K. Altman y Cols. Op. Cit. Pp. 958.

(29).- Michael W. Alder MD ABC del SIDA Ed. BMJ. Latinoamérica, México D.f. 1998. Pp.10.

(30).- Lawrence K. Altman. Manual Merck de información médica para el hogar Ed. Océano, España 1999. Pp. 958.

## • FISIOPATOLOGÍA.

El virus de inmunodeficiencia humana<sup>(31)</sup> es un retrovirus, un tipo de virus que se almacena información como ARN y no como ADN; Cuando el virus entra en la célula huésped, libera su ARN y una enzima(transcriptasa inversa) y luego crea ADN usando el ARN vírico como patrón; luego el ADN vírico es incorporado al ADN de la célula huésped, cada vez que la

célula huésped se divide, también hace una copia de ADN vírico, estos nuevos virus son liberados de las células infectadas para invadir otras células.

El VIH es un inmunosupresor debido a que infecta a las células del sistema inmune y finalmente las destruye. El blanco principal del virus es un subgrupo de linfocitos derivados del timo(T) que portan la molécula de superficie CD4, la cual se une a la glucoproteína de la envoltura del VIH.

Los linfocitos CD-4 (células – T) son los directores de la orquesta inmunológica debido a su papel central en la respuesta inmune. Cuando éstas células son estimuladas mediante un contacto con un antígeno, responde por división celular y produciendo linfoquinas, las cuales actúan como hormonas locales que controlan el crecimiento, la maduración y el comportamiento de otros linfocitos, en particular de las células T, citotoxinas / supresoras (CD-8) y de los linfocitos B que producen anticuerpos; Las linfoquinas también influyen en la maduración y en la función de los monocitos y macrófagos tisulares.

La vulnerabilidad a la infección aumenta a medida que el número de linfocitos CD4 baja menos de 200 células(los cifra normal es de 800 – 1300)por micro litro de sangre, al mismo tiempo la destrucción de los linfocitos CD-4 por parte del virus reduce la capacidad del sistema inmunológico en el reconocimiento de nuevos agentes invasores.

La disminución de CD-4 refleja un avance de la enfermedad y una disminución de la esperanza de vida, aún en ausencia de síntomas, puede tardar hasta 10 años para que se desarrolle la enfermedad.

---

(31).- Michael W. Alder MD ABC del SIDA. Ed. BMJ. Latinoamérica, México D.F. 1998. Pp 21.



## • DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico se basa en tres aspectos<sup>(32)</sup> importantes que son:

- Exámenes de laboratorio:

ELISA(análisis inmunoséricos ligados a enzimas)

Western Blot. (prueba confirmatoria)

BH. (Hay anemia, neutropenia, trombocitopenia, comunes en la etapa avanzada por la infección de VIH).

Cifra absoluta de CD-4 (menos de 200 células / microlitro en sangre)

- Signos y Síntomas.

- Enfermedades Oportunistas.

## • CLASIFICACION DE LA INFECCIÓN.

La infección se divide<sup>(33)</sup> en cuatro grupos:

Seroconversión: representa la tupa de la infección después de la adquisición del virus cuando se están desarrollando anticuerpos(se presentan síntomas del 25 – 60%)

Fase asintomático: CD4 y CD-8 están en límites normales, generalmente están en buen estado de salud, puede durar hasta 10 años.

Linfadenopatía generalizada persistente: No presenta otros síntomas persistentes durante tres meses.

Infección Sintomática: - Síndrome de desgaste por VIH(SIDA) y enfermedad constitucional.

Encefalopatía y enfermedad neurológica.

Infecciones oportunistas.

Aumenta viral y se destruyen más CD4 y CD8

---

(32).- Harry Hollander y Cots. "Infección por VIH" en Diagnóstico clínico y tratamiento, Michael W. Rabow. Ed. Manual Moderno, México. D.f. 2000. Pp. 1250.

(33).- Michael W. Alder. MD. ABC del SIDA, Ed. BMJ. Latinoamérica. México D.F. 1998. Pp. 21.

## **\*SIGNOS Y SÍNTOMAS.**

La sintomatología que representa mayor<sup>(34)</sup> trascendencia es la siguiente:

- Pérdida rápida de peso(más del 10 %)
- Diarrea con sudoración mayor de una semana.
- Fiebre constante y / o recurrente.
- Tos seca.
- Glándulas linfáticas hinchadas en axila, ingle o el cuello.
- Fatiga profunda e inexplicable.
- Manchas blancas en lengua, boca o garganta.
- Sudoraciones nocturnas.

## **• CONDICIONES QUE DEFINEN SIDA CON EVIDENCIA DE LABORATORIO VIH.**

En forma general se presentan<sup>(35)</sup> las siguientes condiciones:

- 1 .- Molestias sistémicas.
- 2 .- Alteraciones de sistema nervioso periférico.
- 3 .- Enfermedad senopulmonares.
- 4 .- Enfermedades del sistema nervioso.
- 5 .- Manifestaciones reumáticas.
- 6 .- Lesiones bucales.
- 7 .- Manifestaciones gastrointestinales.
- 8 .- Manifestaciones cutáneas.
- 9 .- Tumorações y displasias.

Si hablamos de forma más específica se manifiesta lo siguiente:

- = Candidiasis(esófago, traquea, bronquios o pulmones).
- = Criptococosis extrapulmonar.
- = Criptos padosis con diarrea.

---

(34).- <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/faq/s-faq.htm>

(35).- Harry Hollander. MD. Y Cols. "Infección por VIH" en Diagnóstico clínico y Tratamiento, Michael W. Rabow Ed. Manual Moderno. México D.F. 2000. Pp. 1240.

- = Enf. con citomegalo-virus en órganos diferentes a hígado, bazo o ganglios linfáticos.
- = Infecciones por virus(herpes simples).
- = Sarcoma de Kaposi.
- = Linfoma cerebral.
- = Neumonía intersticial linfoide.
- = Neumonía por pneumocystis carini.
- = Toxoplasmosis.
- = Tuberculosis.

#### • PREVENCIÓN

Existen varios tipos de prevención<sup>(36)</sup> para evitar la transmisión del VIH y / o SIDA:

##### 1.- Primaria.

- < Abstinencia sexual.
- < Precaución en prácticas sexuales.
- < Precaución en el uso de drogas.
- < Orientación e información para la prevención.
- < Precauciones universales en hospitales y el hogar.

##### 2.- Secundaria:

Fármacos retrovirales.

HAIN.

##### 3.- Prevención de transmisión perinatal de VIH.

Zidovudina durante el embarazo, parto y después del parto(reduce al recién nacido dos tercios la transmisión de VIH.

Evitar lactancia materna.

---

(36) .- Harry Hollander. MD. Y Cols. "Infección por VIH" En Diagnóstico clínico y tratamiento , Michael W. Rabow.Ed. Manual Moderno. México D.f. 2000 Pp. 1251.

## • MANEJO GENERAL DE LA PERSONA INFECTADA CON VIH.(37)

- ↪ Proteger la confidencialidad de la persona.
- ↪ Deben ser evaluados cada dos o tres meses:
  - ^ Debe registrarse en cada visita el peso del paciente.
  - ^ Revisión de la boca y la piel.
  - ^ Medir Cd-4 cada tres o seis meses.
- ↪ Aconsejar al paciente, retornar a la consulta ante enfermedades oportunistas o cualquier otra alteración o molestia que éste sienta.
- ↪ Apoyo psicológico y emocional al enfermo, familia y amigos.
- ↪ Orientar y Educar para disminuir riesgos de contagio o transmisión.
- ↪ Aconsejar al paciente a avisar al dentista sobre su infección.
- ↪ Cuidados que deben de tener y llevar una vida lo más "normal" que se pueda.

## • TRATAMIENTO

Para proporcionar un tratamiento al enfermo de SIDA(38) se manejan una gran cantidad de medicamentos y para la utilización de cada uno de estos depende de la presencia de enfermedades oportunistas, para prevenir mayores complicaciones, si ya se lleva demasiado tiempo con alguno de los medicamentos ya sea retroviral o antibióticos entre otros. Partiendo de estas especificaciones, tenemos los siguientes:

Retrovirales: Zidovudina(AZT), Didanosina(DDI), Zalcitabina, Lamivudina, Estavudina, Indinavir, generalmente se indica tomarse en combinación para un mejor efecto.

Antiviral: como el ganciclovir(utilizado para el citomegalovirus).

Antibióticos: Trimetropim, Clindamicina, Imipenem, Rifampicina, HAIN, etc.

Antimicóticos: Nistatina, Miconazol, Itraconazol, Fluconazol.

Otros: Ácido folínico, complejo B, anfotericina, etambutol, metoclopramida, ranitidina, omeprazol, etc.

---

(37).- Michael W. Alder, MD. ABC del SIDA, Ed. BMJ. Latinoamérica, México D.F. 1998. Pp. 50.

(38) .- Op. Cit. Pp. 61-70.

Ahora bien esto en lo referente a tratamiento farmacológico, aunado a ello están los cuidados de enfermería que se le proporcionan al enfermo como son:

Monitorizar signos vitales.

Apoyo emocional y psicológico.

Mantenerlo en aislamiento protector.

Aseos y baños diarios.

Cubrir necesidades de alimentación.

Cambios posturales y / o movilización fuera de cama si es posible.

Mantener vena permeable.

Cambio de ropa de cama

Cuidados de la piel.

Brindar cuidados que ayuden a prevenir mayores complicaciones.

Estar alerta ante cualquier eventualidad.

Mantener comunicación continua con el equipo de salud para la atención del paciente.

Mantener comunicación y buen trato con el enfermo y la familia.

Cubrir las necesidades espirituales del enfermo.

#### • PROGRAMAS ESENCIALES PARA VIH / SIDA.

Hoy día se llevan a cabo<sup>(39)</sup> en todo el mundo una serie de programas, que ayuden a tener un mejor control del VIH, así como de las personas que son portadoras del virus o que manifiestan el SIDA entre los cuales tenemos:

X Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH y SIDA.

X Educación para la salud.

X Sangre segura

X Control de enfermedades de transmisión sexual.

X Servicios de tratamiento y prevención para usuarios de drogas inyectadas.

X Atención médica para enfermos de VIH y SIDA.

---

***Protección de los derechos humanos de las personas infectadas por VIH, incluyendo Respeto de la confidencialidad y protección contra discriminación.***

---

(39) .- Michael W. Alder. MD. ABC del SIDA, Ed. BMJ, Latinoamérica, México D.F. 1998. Pp. 78.

## 2.- METODOLOGÍA

### 2.1.- Valoración

Siendo el Proceso Atención Enfermería(PAE) un instrumento sistemático y organizado para la aplicación de los cuidados de la enfermera y basado en una fundamentación científica, se ha desarrollado éste, de acuerdo a cada una de las etapas, la primera etapa es la valoración, donde recabamos toda la información respecto al paciente, que nos permitió darnos cuenta de una manera preliminar cuales son sus necesidades, para ello utilizamos el siguiente instrumento para la valoración.

#### I.- Ficha de Identificación.

Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Grado Escolar \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

#### II.- Ingreso.

Temperatura: \_\_\_\_\_ Tensión Arterial: \_\_\_\_\_

Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_ Frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Prótesis, aparatos y / o dispositivos.

Dentadura: \_\_\_\_\_

Lentes de contacto / anteojos: \_\_\_\_\_

Audífonos: \_\_\_\_\_ Bastón / muletas \_\_\_\_\_

Estado de conciencia.

Conciente: \_\_\_\_\_ Inconsciente: \_\_\_\_\_ Orientado: \_\_\_\_\_ Desorientado \_\_\_\_\_

Somnoliento: \_\_\_\_\_ Responde al dolor \_\_\_\_\_ No responde \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_

Duración de la enfermedad \_\_\_\_\_

Tratamiento actual: \_\_\_\_\_

¿Conoce el paciente el diagnóstico? \_\_\_\_\_

Ingestión de Tóxicos.

	Si	No	Frecuencia	Última vez
Alcohol				
Drogas				

Si / no

Si / no

Si / no

HUMOR	Relajado:	Ansioso: si	Triste:
	Enfadado:	Retraído:	Otro:
AUDICIÓN	Normal:	Deteriorado:	Corregido:
	Sordera:	Lee los labios:	
VISIÓN	Deteriorada	Corregida:	Ceguera:
DOLOR			

III.- Exploración.

1.- Corazón:

Ritmo cardiaco -Rítmico(normal) \_\_\_\_\_ -Arrítmico \_\_\_\_\_

• Bradicardia \_\_\_\_\_ -Taquicardia \_\_\_\_\_

2.- Pulmones:

• Ruidos normales \_\_\_\_\_ -Estertores \_\_\_\_\_ -Dolor al respirar \_\_\_\_\_

• Eupnea \_\_\_\_\_ -Taquipnea \_\_\_\_\_ -Bradipnea \_\_\_\_\_

• Dificultad para respirar \_\_\_\_\_

c) .- Gastrointestinal.

	Si	No	Tipo / Localización
Laceración bucal			
Micosis bucal			
Amígdala inflamada			
Ardor en esófago			
Ardor en estómago			
Distensión abdominal			
Dolor abdominal			

• Presencia de náusea / vómito: si \_\_\_ no \_\_\_

relacionado con: \_\_\_\_\_

• Evacuaciones diarreicas: si \_\_\_ no \_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

• Alimentación:

Desayuno \_\_\_\_\_

Comida \_\_\_\_\_

Cena \_\_\_\_\_

Colaciones \_\_\_\_\_

d).- Renal.

Ardor al orinar. Si \_\_\_ No \_\_\_ Incontinencia urinaria. Si \_\_\_ No \_\_\_

Dispositivos urinarios. \_\_\_\_\_

Ingesta de líquidos en 24 horas. \_\_\_\_\_



e).- Piel.

Normal\_\_\_ Palidez\_\_\_ Cianosis\_\_\_ Ictericia\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_

Temperatura: caliente\_\_\_ Fría\_\_\_ Normal\_\_\_

	Si	No	Localización
Edema			
Lesiones			
Hematomas			
Erupciones			
Enrojecimiento			

f).- Músculo esquelético.

Artritis \_\_\_\_\_ Rigidez \_\_\_\_\_ Inflamación\_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Flacidez\_\_\_\_\_ Debilidad \_\_\_\_\_ Parálisis\_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

g).- Reposo y Sueño.

Horas de sueño \_\_\_\_\_ Siesta. Si \_\_\_ No \_\_\_

Dificultad para conciliar el sueño. Si \_\_\_ No\_\_\_ Especificar. \_\_\_\_\_

Ayuda para dormir. \_\_\_\_\_

Se le dificulta al paciente:

Bañarse. Si \_\_\_ No \_\_\_\_\_

Vestirse. Si \_\_\_ No \_\_\_\_\_

Deambular. Si \_\_\_ No\_\_\_ Especificar. \_\_\_\_\_

h).- Actividad Sexual.

Inicio de actividad sexual. \_\_\_\_\_

No. De Parejas. \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo \_\_\_\_\_

Relaciones sexuales con mujeres. Si \_\_\_ No \_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Relaciones sexuales con hombres. Si \_\_\_ No \_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

IV.- Dinámica Social.

• Con quién vive actualmente: \_\_\_\_\_

• Tiempo que lleva viviendo con él(ella, ellos) \_\_\_\_\_

• Distanciado de algún familiar: \_\_\_\_\_

• Quien le ayuda con los gastos personales: \_\_\_\_\_

• Quién le proporciona cuidados al paciente en casa: \_\_\_\_\_

• Tiene Hijos. Si \_\_\_ No \_\_\_

• No. de Hijos. \_\_\_\_\_ edad de cada uno: \_\_\_\_\_

• No. de hermanos \_\_\_\_\_ edad de cada uno: \_\_\_\_\_

• Conflictos en el trabajo: \_\_\_\_\_

• Lo visitan sus amigos: \_\_\_\_\_

• Asiste a eventos religiosos: \_\_\_\_\_

•

Recreación: \_\_\_\_\_

• Convive con la familia \_\_\_\_\_

## **2.2.- Diagnóstico de Enfermería.**

Posterior a la recolección de datos, donde se detectaron diversas necesidades del paciente, se realizaron diagnósticos de enfermería de acuerdo a la NANDA, aplicando en su estructura la etiqueta del diagnóstico, característica definitoria y los factores relacionados o contribuyentes.

## **2.3.- Planeación.**

En ésta etapa se realizó la jerarquización de necesidades detectadas y se desarrollaron los objetivos de cada una de ellas, permitiendo un mejor control y atención hacia el paciente.

El plan de cuidados se realizará en relación a:

Enfermera - Paciente - Familia

Esto es importante debido a las necesidades creadas con los pacientes de SIDA.

## **2.4.- Ejecución.**

Se implemento y desarrolló un plan de cuidados, donde de acuerdo a las necesidades del enfermo se ejecutaron una serie de intervenciones de enfermería, ya sea de orden independiente, dependiente o interdependiente.

Para ello utilizaremos el siguiente instrumento para su aplicación.

Necesidad:

Diagnóstico de enfermería:

Objetivo:

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación

## **2.5.- Evaluación.**

En ésta quinta etapa de la metodología se realizó una valoración del progreso del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que se le brinda al enfermo, siendo esto un proceso continuo que nos permite hacer correcciones y mejorar la atención al paciente y a la propia familia que son parte de importante en el plan de cuidados.

### 3.- Aplicación del Proceso Atención Enfermería.

#### 3.1. Presentación del caso clínico.

##### \*Descripción General:

Nombre: Carlos Reyes Reyes Sexo: Masculino Edad: 33 años  
Religión: Católico Profesión: Contador (pensionado)  
Talla: 1.68 cm Peso: 59.500 kgrs.  
Estado civil: Soltero

##### \*Necesidades:

- Respiración: dificultad para respirar, ansiedad, Taquipnea, dolor de cabeza.
- Termorregulación: enrojecimiento facial, temperatura corporal de 38° C.
- Dolor: Taquicardia, quejido en su manejo, expresión facial de dolor, malestar en esófago y estomago.
- Hidratación: pérdida de líquidos a través de evacuaciones líquidas, hipertermia, mucosas orales semi hidratadas.
- Eliminación: Evacuaciones diarreicas frecuentes.
- Reposo: Debilidad, disminución de la fuerza, ansiedad.
- Protección de la piel: ligera resequedad de la piel corporal.
- Comunicación: hay enfado, ansiedad, dolor, malestar general
- Alimentación: Pérdida de peso, nauseas y vómito.

##### \*Diagnóstico médico:

SIDA

3.2. valoración:

I .- Ficha de Identificación.

Servicio: Medicina Interna Fecha: 1 de agosto 2000

Nombre: C. R. R.

Edad: 33 años Sexo: Masculino

Estado Civil Soltero. Religión: Católico.

Ocupación: Contador. Grado Escolar Bachillerato / Contador P.

Domicilio: Nueva York # 119 Col. Nápoles, Delegación: Benito Juárez.

II .- Ingreso.

Temperatura. 38° C. Tensión Arterial. 130 / 90

Frecuencia cardiaca 90 Frecuencia respiratoria. 30x'

Talla. 1.68 cm. Peso 59.500 Kgrs.

Prótesis, aparatos y / o dispositivos.

Dentadura: Completa, sin caries.

Lentes de contacto / anteojos: anteojos.

Audífonos: no Bastón / muletas bastón

Estado de conciencia.

Conciente: si Inconsciente: -- Orientado: si Desorientado --

Somnoliento: --- Responde al dolor si No responde --- Otro: ---

Diagnóstico de ingreso: SIDA

Duración de la enfermedad Cinco años

Tratamiento actual: Ganciclovir, ranitidina, AZT, Didanosina.

¿Conoce el paciente el diagnóstico? Si

Ingestión de Tóxicos.

	Si	No	Frecuencia	Última vez
Alcohol	Si	----	Cada 15 días	Hace 5 días
Drogas / tabaco	Fumador act.	----	Una cajetilla /sem.	----

	Si / no	Si / no	Si / no
HUMOR	Relajado:	Ansioso: si	Triste:
	Enfadado: si	Retraído:	Otro: poco indifere- rente.
AUDICIÓN	Normal:	Deteriorado: si	Corregido:
	Sordera:	Lee los labios:	
VISIÓN	Deteriorada si	Corregida:	Ceguera:
DOLOR	si	_____	Lugar: muscular Cabeza.

### III.- Exploración.

#### 1.- Corazón:

Ritmo cardíaco -Rítmico(normal)\_\_\_\_\_ -Arrítmico\_\_\_\_\_

• Bradicardia\_\_\_\_\_ -Taquicardia 90 x'

#### 2.- Pulmones:

• Ruidos normales\_\_\_\_\_ -Estertores\_\_\_\_\_ -Dolor al respirar si

• Eupnea \_\_\_\_\_ -Taquipnea si -Bradipnea \_\_\_\_\_

• Dificultad para respirar la misma ansiedad le hace sentir dificultad para respirar.

#### c) .- Gastrointestinal.

	Si	No	Tipo / Localización
Laceración bucal	_____	_____	
Micosis bucal	_____	_____	
Amígdala inflamada	_____	_____	
Ardor en esófago	Si	no	Ardor en tubo esofágico
Ardor en estómago	Si	no	epigastro
Distensión abdominal	_____	_____	_____
Dolor abdominal	_____	_____	_____



• Presencia de náusea / vómito: si sí no     

relacionado con: la ingesta de algunos alimentos

• Evacuaciones diarreicas: si sí no      Especificar evacuaciones líquidas sin moco, más de 7 al día.

• Alimentación:

Desayuno yogurt, pan, café o atole, fruta.

Comida sopa de pasta, verduras con carne, agua de fruta, postre.

Cena té, atole, pan, agua.

Colaciones fruta, antojitos mexicanos

d).- Renal.

Ardor al orinar. Si      No \*\*\* Incontinencia urinaria. Si      No \*\*

Dispositivos urinarios.      no     

Ingesta de líquidos en 24 horas. 2,500 ml.

e).- Piel.

Normal      Palidez sí Cianosis      Ictericia      Otros     

Temperatura: caliente si Fría      Normal     

	Si	No	Localización
Edema	----	----	
Lesiones	----	----	
Hematomas	----	----	
Erupciones	----	----	
Enrojecimiento	Sí	----	Tegumento facial

f).- Músculo esquelético.

Artritis no Rigidez no Inflamación     

Otros

Flacidez \*\*\*\* Debilidad sí Parálisis \*\*\*\*

Comentarios refiere malestar corporal general.

g).- Reposo y Sueño.

Horas de sueño 7 hrs. Siesta. Si sí No \*\*\*

Dificultad para conciliar el sueño. Si sí No \*\*\* Especificar. decepcionado y cansado de la vida que lleva, fastidio del tratamiento.

Ayuda para dormir. toma leche caliente o té, escucha música.

Se le dificulta al paciente:

Bañarse. Si sí No \*\*\*\*

Vestirse. Si sí No \*\*\*\*

Deambular. Si sí No \*\*\*\* Especificar. se siente muy débil,

además de tener disminuido el campo visual.

h).- Actividad Sexual.

Inicio de actividad sexual. 15 años

No. De Parejas. más de 10 parejas

Método anticonceptivo después de saberse infectado, empezó ha utilizar condón.

Relaciones sexuales con mujeres. Si sí No \*\*\*\* Frecuencia una sola ocasión

Relaciones sexuales con hombres. Si sí No \*\*\*\* Frecuencia No recuerda en estos momentos la frecuencia de sus relaciones sexuales.



### 3.3. Diagnóstico de Enfermería.

- Necesidad. Respirar; proceso de intercambio molecular y dióxido de carbono en el sistema pulmonar.
- Diagnóstico de enfermería: Alteración de la frecuencia respiratoria relacionada con la ansiedad y la fatiga, manifestada con la dificultad para respirar, incremento de la frecuencia respiratoria y la agitación.
- Necesidad: Hidratación; Proceso químico por el que se incorpora agua, sin romper el resto de la molécula.
- Diagnóstico de Enfermería: Déficit del volumen de líquidos, relacionado con la pérdida de líquidos corporales, disminución del aporte de líquidos y fiebre, manifestada por boca seca, sed, debilidad, sequedad de la piel, oliguria, pulso rápido.
- Necesidad: Eliminación; salida de líquido y residuos de alimento que no son aprovechados por el organismo.
- Diagnóstico de enfermería: Posible incontinencia urinaria relacionada por el deterioro neurológico.
- Necesidad: Termorregulación; Es el estado en el que el individuo mantiene la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- Diagnóstico de Enfermería: Fiebre relacionado con las alteraciones del sistema inmunológico, manifestado por temperatura corporal arriba de los parámetros normales.

- Necesidad: Dolor; sensación desagradable sui generis que se percibe, se sufre y acompaña de respuestas reflejas.
- Diagnóstico de Enfermería: Dolor corporal generalizado, relacionado con agentes lesivos, manifestada con quejidos al movimiento, agitación, expresión facial de dolor.
- Necesidad: Eliminación; Salida de líquidos y residuos que no son aprovechados por el organismo.
- Diagnóstico de Enfermería: Evacuaciones diarreicas relacionadas con trastornos gastrointestinales y ansiedad, manifestada por heces líquidas y frecuentes.
- Necesidad: Comunicación; Proceso de interacción humana con implementación de lenguajes varios.
- Diagnóstico de Enfermería: Posibles alteraciones sensoperceptivas, relacionada con el deterioro del Sistema Nervioso.
- Necesidad: Descanso; Es un estado de quietud, de reposo o bien una interrupción del movimiento, acción o ejercicio.  

Sueño; (principal forma de descanso) es la suspensión normal periódica de los procesos integrativos (conciencia y vida de relación) por la interrupción de estímulos aferentes sensoriales y eferentes motrices.
- Diagnóstico de Enfermería: Alteración del patrón del sueño y el descanso relacionada con la ansiedad, malestar general y dolor, manifestada por cansancio, irritabilidad y bostezos frecuentes.
- Necesidad: Alimentación; Acto de tomar o proporcionar alimentos, nutrición.
- Diagnóstico de Enfermería: Alteraciones de la deglución de alimentos relacionada a citomegalovirus, manifestada por náuseas y vómito.

- Necesidad: Comunicación; Proceso de interacción humana con implementación de lenguajes varios
- Diagnóstico de Enfermería: Aislamiento social relacionada con valores o conductas socialmente inaceptables, manifestadas por la tristeza y sentimientos de culpa.
- Necesidad: Comunicación; Proceso de interacción humana con implementación de lenguajes varios.
- Diagnóstico de Enfermería: Síndrome de estrés de traslado relacionado a su estancia hospitalaria, manifestado por ansiedad y enfado.
- Necesidad: Evitar peligros; Impedir que sucedan acontecimientos que pongan en riesgo al individuo.
- Diagnóstico de Enfermería: Potencial infección relacionado con el SIDA.
- Necesidad: Protección de la Piel; Son los cuidados y / o ayuda que se le proporciona a las membranas cutáneas que recubre toda la superficie corporal.
- Diagnóstico de Enfermería: Posible deterioro de la movilidad física relacionada con la disminución de la fuerza y malestar general.
- Necesidad: Aseo / Higiene; es la limpieza general que se proporciona al individuo, eliminando células muertas, secreciones, sudor y polvo.
- Diagnóstico de Enfermería: Déficit del auto cuidado de higiene, relacionado con la restricción del movimiento, debilidad y fuerza, manifestada por aromas fétidos y mala presentación corporal

- Necesidad: Proteger tegumentos y / o membranas; Son los cuidados o ayuda que se le proporciona a la membrana cutánea .
  - Diagnóstico de enfermería: Posible alteración de la membrana mucosa oral, relacionada al deficiente sistema inmunológico.
- 
- Necesidad: termorregulación; es el estado en el que el individuo mantiene la temperatura corporal dentro de los límites normales.
  - Diagnóstico de Enfermería: Hipotermia relacionada con las alteraciones del sistema inmunológico, manifestado con temperatura corporal por debajo de los parámetros normales, manifestado por la piel fría, temperatura corporal por debajo de los parámetros normales, palidez facial, bradicardia, hipotensión.
- 
- Necesidad: Evitar Peligros; impedir que sucedan acontecimientos que pongan en riesgo al individuo.
  - Diagnóstico de Enfermería: baja autoestima relacionada con crisis de enfermedad crónica contagiosa, manifestada con una actitud negativa a él como persona, considerándose un fracaso en los acontecimientos de la vida.
- 
- Necesidad: Evitar Peligros; Impedir que sucedan acontecimientos que alteren y pongan en riesgo al individuo.
  - Diagnóstico de Enfermería: Duelo anticipado relacionado con la pérdida inminente de la vida, manifestada por períodos de negación, enojo y depresión.
- 
- Necesidad: Creencias y Religión; la religión es la relación del hombre con lo divino y los deberes que de ella se derivan.
  - Diagnóstico de Enfermería: sufrimiento espiritual relacionado a las creencias religiosas, manifestadas por el deseo de hablar con un sacerdote y trastornos de sueño.

### **En la familia.**

- Necesidad: Evitar Peligros; impedir que sucedan acontecimiento que pongan en riesgo al individuo.
- Diagnóstico de Enfermería: Duelo anticipado relacionado con la pérdida inminente de un ser allegado, manifestado por comportamientos de negación, sentimientos de culpa.
  
- Necesidad: Aprendizaje; adquisición de un conocimiento.
- Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimientos relacionado con el desconocimiento de recursos para obtener información, manifestada con la demostración de habilidades insuficientes.



### 3.4. Planeación.

- Necesidad: Respirar; proceso de intercambio molecular y dióxido de carbono en el sistema pulmonar.
- Diagnóstico de enfermería: Alteración de la frecuencia respiratoria relacionada con la ansiedad y la fatiga, manifestada con la dificultad para respirar, incremento de la frecuencia respiratoria y la agitación.
- Objetivo: Restablecer el intercambio gaseoso pulmonar y mantener el equilibrio de la frecuencia respiratoria en el paciente.
  
- Necesidad: Hidratación; Proceso químico por el que se incorpora agua, sin romper el resto de la molécula.
- Diagnóstico de Enfermería: Déficit del volumen de líquidos, relacionado con la pérdida de líquidos corporales, disminución del aporte de líquidos y fiebre, manifestada por boca seca, sed, debilidad, sequedad de la piel, oliguria, pulso rápido.
- Objetivo: Conservar el equilibrio hidroelectrolítico, restableciendo las funciones renales y filtración glomerular.
  
- Necesidad: Eliminación; salida de líquido y residuos de alimento que no son aprovechados por el organismo.
- Diagnóstico de enfermería: Posible incontinencia urinaria relacionada por el deterioro neurológico.
- Objetivo: Prevenir el desarrollo de micosis y lesiones genitales, proporcionando comodidad y seguridad emocional.

- Necesidad: Termorregulación; Es el estado en el que el individuo mantiene la temperatura corporal dentro de los límites normales.
  - Diagnóstico de Enfermería: Fiebre relacionado con las alteraciones del sistema inmunológico, manifestado por temperatura corporal arriba de los parámetros normales.
  - Objetivo: Estabilizar temperatura corporal, evitando mayor ansiedad, fatiga y pérdida de líquidos.
- 
- Necesidad: Dolor; sensación desagradable sui generis que se percibe, se sufre y acompaña de respuestas reflejas.
  - Diagnóstico de Enfermería: Dolor corporal generalizado, relacionado con agentes lesivos, manifestada con quejidos al movimiento, agitación, expresión facial de dolor.
  - Objetivos: Proporcionar tranquilidad y relajación al enfermo, aliviando su sufrimiento.
- 
- Necesidad: Eliminación: Salida de líquidos y residuos que no son aprovechados por el organismo.
  - Diagnóstico de Enfermería: Evacuaciones diarreicas relacionadas con trastornos gastrointestinales y ansiedad, manifestada por heces líquidas y frecuentes.
  - Objetivo: Evitar lesiones dérmicas en zona genital.
- 
- Necesidad: Comunicación; Proceso de interacción humana con implementación de lenguajes varios.
  - Diagnóstico de Enfermería: Posibles alteraciones sensorio-perceptivas, relacionada con el deterioro del Sistema Nervioso.
  - Objetivo: Valorar el estado neurológico del enfermo.

- Necesidad: Descanso; Es un estado de quietud, de reposo o bien una interrupción del movimiento, acción o ejercicio.

Sueño; (principal forma de descanso) es la suspensión normal periódica de los procesos integrativos (conciencia y vida de relación) por la interrupción de estímulos aferentes sensoriales y eferentes motrices.

- Diagnóstico de Enfermería: Alteración del patrón del sueño y el descanso relacionada con la ansiedad, malestar general y dolor, manifestada por cansancio, irritabilidad y bostezos frecuentes.
- Objetivo: Restablecer un horario de sueño normal durante la noche, así como el lograr estabilizarse física y mentalmente.

- Necesidad: Alimentación; Acto de tomar o proporcionar alimentos, nutrición.
- Diagnóstico de Enfermería: Alteraciones de la deglución de alimentos relacionada a citomegalovirus, manifestada por náuseas y vómito.
- Objetivo: Fortalecer los requerimientos nutritivos del organismo, para el mejor funcionamiento de éste.

- Necesidad: Comunicación; Proceso de interacción humana con implementación de lenguajes varios.
- Diagnóstico de Enfermería: Aislamiento social relacionada con valores o conductas socialmente inaceptables, manifestadas por la tristeza y sentimientos de culpa.
- Objetivo: Brindar confianza al enfermo para que éste exteriorice sus sentimientos, emociones y culpas.

- Necesidad: Comunicación; Proceso de interacción humana con implementación de lenguajes varios.
- Diagnóstico de Enfermería: Síndrome de estrés de traslado relacionado a su estancia hospitalaria, manifestado por ansiedad y enfado.
- Estabilizar la ansiedad y enfado de su estancia hospitalaria.
  
- Necesidad: Evitar peligros; Impedir que sucedan acontecimientos que pongan en riesgo al individuo.
- Diagnóstico de Enfermería: Potencial infección relacionado con el SIDA.
- Objetivo: Disminuir posibilidades de manifestar enfermedades oportunistas.
  
- Necesidad: Protección de la Piel; Son los cuidados y / o ayuda que se le proporciona a las membranas cutáneas que recubre toda la superficie corporal.
- Diagnóstico de Enfermería: Posible deterioro de la movilidad física relacionada con la disminución de la fuerza y malestar general.
- Objetivo: Prevenir rigidez músculo-esquelético y escaras dérmicas por decúbito.
  
- Necesidad: Aseo / Higiene; es la limpieza general que se proporciona al individuo, eliminando células muertas, secreciones, sudor y polvo.
- Diagnóstico de Enfermería: Déficit del auto cuidado de higiene, relacionado con la restricción del movimiento, debilidad y fuerza, manifestada por aromas fétidos y mala presentación corporal.
- Objetivo: lograr comodidad y bienestar, así como favorecer la función circulatoria por medio de la circulación.

- Necesidad: Proteger tegumentos y / o membranas; Son los cuidados o ayuda que se le proporciona a la membrana cutánea .
  - Diagnóstico de enfermería: Posible alteración de la membrana mucosa oral, relacionada al deficiente sistema inmunológico.
  - Objetivo: Prevenir lesiones de la membrana mucosa oral.
- 
- Necesidad: termorregulación; es el estado en el que el individuo mantiene la temperatura corporal dentro de los límites normales.
  - Diagnóstico de Enfermería: Hipotermia relacionada con las alteraciones del sistema inmunológico, manifestado con temperatura corporal por debajo de los parámetros normales, manifestado por la piel fría, temperatura por debajo de los parámetros normales, palidez facial, bradicardia, hipotensión.
  - Objetivo: Estabilizar temperatura corporal, evitando posible deterioro neurológico.
- 
- Necesidad: Evitar Peligros; impedir que sucedan acontecimientos que pongan en riesgo al individuo.
  - Diagnóstico de Enfermería: baja autoestima relacionada con crisis de enfermedad crónica contagiosa, manifestada con una actitud negativa a él como persona, considerándose un fracaso en los acontecimientos de la vida.
  - Objetivo: brindar tranquilidad y paz interna al enfermo.
- 
- Necesidad: Evitar Peligros; Impedir que sucedan acontecimientos que alteren y pongan en riesgo al individuo.
  - Diagnóstico de Enfermería: Duelo anticipado relacionado con la pérdida inminente de la vida, manifestada por períodos de negación, enojo y depresión.
  - Objetivo: Ayudar al enfermo terminal en la quinta etapa del proceso de duelo (la aceptación)

- Necesidad: Creencias y Religión; la religión es la relación del hombre con lo divino y los deberes que de ella se derivan.
- Diagnóstico de Enfermería: sufrimiento espiritual relacionado a las creencias religiosas, manifestadas por el deseo de hablar con un sacerdote y trastornos de sueño.
- Objetivo: ayudar al enfermo a que tenga una muerte en paz y tranquila.

### **En la familia.**

- Necesidad: Evitar Peligros; impedir que sucedan acontecimientos que pongan en riesgo al individuo.
  - Diagnóstico de Enfermería: Duelo anticipado relacionado con la pérdida inminente de un ser allegado, manifestado por comportamientos de negación, sentimientos de culpa.
  - Objetivo: ayudar a la familia del enfermo, a que culmine la última etapa del proceso de duelo (la aceptación)
- 
- Necesidad: Aprendizaje; adquisición de un conocimiento.
  - Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimientos relacionado con el desconocimiento de recursos para obtener información, manifestada con la demostración de habilidades insuficientes.
  - Objetivo: La familia identificará las necesidades reales del enfermo.

### 3.5. Ejecución.

Necesidad: respiración.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la frecuencia respiratoria relacionada con la ansiedad y la fatiga, manifestada con la dificultad para respirar, incremento de la frecuencia respiratoria y la agitación.

Objetivo: restablecer el intercambio gaseoso pulmonar y mantener el equilibrio de la frecuencia respiratoria en el enfermo.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Administración de oxígeno a 3 lts Por minuto con puntas nasales.</p> <p>Colocar al paciente en posición Fowler o semi fowler.</p> <p>Contar las respiraciones durante Un minuto y hacer las anotaciones En hoja de registro.</p> <p>Proporcionar apoyo emocional y Psicológico al enfermo, manteniendo comunicación y acercamiento Continuo para determinar las Causas de la ansiedad.</p>	<p>La administración de oxígeno Puede mejorar la hipotensión, Taquipnea, dolor de cabeza, Desorientación, náuseas y Agitación, característica de la Hipoxia. (40)</p> <p>La posición semi fowler favorece La exhalación respiratoria Adicional(41)</p> <p>Los factores que influyen en la Frecuencia y carácter de la Respiración son: edad, sexo, Emociones, enfermedades, Frio, fiebre, dolor, etc.(42)</p> <p>El proceso de comunicación Incrementa una relación de ayuda (43)</p>	<p>Las intervenciones de Enfermería realizadas Favorecieron en el Establecimiento de la Frecuencia respiratoria, Dando apertura a una Relación más estrecha con el paciente, disminuyendo, La ansiedad del enfermo.</p>

(40) Diccionario de Medicina, Océano, Ed. Mosby, España, 1998, Pp. 954.

(41) Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno, México D.F. 1999. Pp. 103

(42) Op. Cit. Pp. 161.

(43) Op. Cit. Pp. 230.

Necesidad: Hidratación.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit del volumen de líquidos relacionada con la pérdida de líquidos corporales, disminuyendo el aporte de líquidos y fiebre, manifestada por boca seca, sed, debilidad, sequedad de piel, oliguria, pulso rápido.

Objetivo: conservar el equilibrio hidroelectrolítico, restableciendo las funciones renales y filtración glomerular.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Canalización de vena como la Cefálica, basilica, radial o plexo Dorsal, con punzocat # 17</p> <p>Ministración de solución salina Hipotónica para 8 horas, las Primeras 24 horas.</p> <p>Control de líquidos y electrolitos Verificando en las indicaciones Médicas, notificando al paciente Y al familiar</p> <p>Medir líquidos que ingresan al Organismo.</p> <p>Medir los líquidos que egresan al Organismo.</p>	<p>Las venas cefálica, basilica o Antecubital del brazo, son Idóneas para tratamientos Urgentes e intermitentes.(44)</p> <p>La ingestión de agua en Circunstancias normales es de 2,500 ml. En 24 horas.(45)</p> <p>El registro de control de líquidos Será más preciso si el paciente Conoce el procedimiento y se le Pide su colaboración, para lo Cual debe comprender por qué Se lleva éste registro.(46)</p> <p>La medición exacta de la ingesta Debe abarcar todos los líquidos Ingeridos, incluyendo el de los Alimentos, líquido parenteral, Alimentación por sonda e Irrigaciones.(47)</p> <p>Las pérdidas normales son los Derivados del volumen de orina, El agua en las heces, pérdidas Sensibles e insensibles y a través De los pulmones y la piel.(48)</p>	<p>Se logra canalizar vena Radial con punzocat de buen Calibre(# 17) ayudando a Suministrar las soluciones Parenterales con la rapidez Que se requirió evitando Que se presentará edema Corporal, por la posible Retención de sodio.</p> <p>Se logro buena comunicación Con el paciente y la familia Para lograr un mejor control De los líquidos que ingresan y Egresan del organismo del Enfermo, restableciendo la Hidratación del mismo.</p>

(44) Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno. México D.f. 1999. Pp.352

(45) Op. Cit. Pp. 307.

(46) Op. Cit. Pp. 310.

(47) Op. Cit. Pp. 310.

(48) Op. Cit. Pp. 311.



Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Instalación de sonda vesical # 18, con su respectiva técnica.</p> <p>Se realiza el balance de líquidos correspondiente por turno y en 24 horas.</p> <p>Administración de líquidos y electrolitos con solución mixta (cloruro de sodio y Glucosa) 1000 ml. P / 12 hrs.</p> <p>Vigilar y registrar Frecuencia Cardíaca cada 4 horas.</p> <p>Vigilar estado de conciencia Cada 4 horas.</p>	<p>El gasto urinario por hora es de 25 A 30 ml. Y en 24 hrs. Es de 600 a 700ml. Si está por debajo de 500 indica deshidratación, daño renal(49)</p> <p>El balance positivo normal es de 250 ml. Como máximo.(50)</p> <p>Las pérdidas excesivas y continuas como sucede en casos de vómito o Diarrea, requieren de la Administración de líquidos de Reposición, con una composición Parecida a la del líquido corporal Perdido, contribuyendo a la Homeostasis corporal, proporciona Agua kibre para formar la orina y Ayuda al funcionamiento Metabólico(51)</p> <p>El aumento de la frecuencia Cardíaca es el resultado del Intento del corazón para compensar La disminución del volumen de Líquido intravascular(52)</p> <p>Los pacientes con deficiencia Prolongada de líquido y electrolitos Muestran alteraciones de la Conciencia, causada por la Disminución de volumen de líquidos Intravasculares.(53)</p>	<p>Se realizó favorablemente el Control de líquidos, sin Embargo los balances fueron Negativos, por el deterioro Renal del paciente y el estado De deterioro generalizado que Empezó a presentar el Enfermo.</p>

(49) Rosales Barrera Susana. *Fundamentos de Enfermería*. Ed. Manual Moderno. México. D.F. 1999. Pp. 312.

(50) Op. Cit. Pp. 313.

(51) Op. Cit. Pp. 314.

(52) Op. Cit. Pp. 315.

(53) Op. Cit. Pp. 315.

Necesidad: Eliminación.

Diagnóstico de Enfermería: Posible incontinencia urinaria relacionada por el deterioro neurológico.

Objetivo: prevenir el desarrollo de micosis y lesiones genitales, proporcionando comodidad y seguridad emocional.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Aplicación de cateterismo vesical Instalando sonda foley # 18 con la Técnica correspondiente.	Una sensación de vaciamiento de La vejiga se ocasiona cuando ésta Contiene de 300 a 500 ml. De orina (54)	La instalación de la sonda Cumplió el objetivo de evitar Que se desarrollaran micosis Genital y al mismo tiempo Se llevo un mejor control De líquidos que permitió ir Evaluando el estado de salud Del enfermo.
Conectar el extremo libre de la Sonda con el tubo de derivación y El extremo libre de éste a la bolsa Colectora.	El uso de las bolsas graduadas en Mililitros facilita la cuantificación De la orina por parte del personal De enfermería(55)	
Llevar registro de la cantidad y Aspecto de la orina.	La medición precisa del ingreso y Pérdida de los líquidos permite Evaluar el equilibrio hídrico del Organismo.(56)	
Cambiar diariamente, la bolsa Colectora de orina.	El cambio diario de bolsa colectora Evita la acumulación de depósitos Salinos y el desarrollo de olores Desagradables(57)	

(54) Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno, México D.F. 1999. Pp. 299.

(55) Op. Cit. Pp. 302.

(56) Op. Cit. Pp. 302.

(57) Op. Cit. Pp. 302.

Necesidad: Termorregulación.

Diagnóstico de Enfermería: Fiebre relacionado con las alteraciones del sistema inmunológico, manifestado por temperatura corporal arriba de los parámetros normales, piel caliente y enrojecida, aumento de la frecuencia cardiaca.

Objetivo: Estabilizar temperatura corporal, evitando mayor ansiedad, fatiga y pérdida de líquidos.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Administración de Dipirona i.v. Cada 8 horas PRN, previa toma De T / A.</p> <p>Mantenerlo descubierto de la ropa De cama, únicamente con un Camisón.</p> <p>Vigilar temperatura y frecuencia Cardiaca cada 2 horas.</p> <p>Aplicación de hielo en región Abdominal durante 15 a 20 mins.</p>	<p>El fin que persigue la aplicación De un medicamento puede ser Preventivo, diagnóstico o Terapéutico.(58)</p> <p>El control de los signos vitales Permite la valoración del estado Físico del paciente.(59)</p> <p>La aplicación de frío por tiempo Corto produce constricción local de Vasos superficiales y disminución Del riego sanguíneo, del Metabolismo y de la temperatura(60)</p>	<p>Disminuye temperatura Corporal, manteniéndose En 36.5° C., disminuyendo La ansiedad y fatiga del Enfermo.</p> <p>La Tensión arterial se mantuvo En 110/60 mm.hg. De igual manera la frecuencia Cardiaca se mantuvo en 70 latidos por minuto.</p>

(58) Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno. México D.F. 1999 Pp. 345.

(59) Op. Cit. Pp. 352.

(60) Op. Cit. Pp. 384.

Necesidad: Dolor

Diagnóstico de Enfermería: Dolor corporal generalizado relacionado con agentes lesivos, manifestada con quejidos en el movimiento, agitación, expresión facial de dolor.

Objetivo: Proporcionar tranquilidad y relajación al enfermo, aliviando su sufrimiento.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Valoración del paciente física y Psicológicamente para determinar Cual es su necesidad.	La valoración fisiológica, psicológica y culturalmente, contribuye a la Elaboración de un diagnóstico y Planeación de intervenciones de Enfermería a un paciente con Dolor.(61)	El detectar la necesidad del Dolor, contribuyo a disminuir El malestar general del Enfermo, brindando Tranquilidad y relajación.
Aplicación de NubaIn de 10 mg. Subcutáneo cada 12 horas.	El fin que persigue la aplicación de Medicamento puede ser preventivo Diagnóstico o terapéutico.(62)	

(61) Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno, México, D.F. 1999. Pp. 325.

(62) Op. Cit. Pp. 345.

Necesidad: Eliminación.

Diagnóstico de Enfermería: Evacuaciones diarreicas relacionadas con trastornos gastrointestinales y ansiedad manifestada por las heces líquidas y frecuentes.

Objetivo: Evitar las lesiones dérmicas en zona genital.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Cambio y colocación de pañal Desechable extendido en región Glútea.	Limitar, la humedad previene Previene y limita lesiones e Irritaciones dérmicas.(63)	
Aseo de genitales y glúteos con Agua caliente y jabón.	Las medidas higiénicas contribuir A que los pacientes se sientan Comodos y descansados.(64)	
Aplicación de pasta tassar en Glúteos y región perianal.	El uso de emolientes, humecta, Protege y proporciona vitalidad A la piel.(65)	
Pesar el pañal antes y después De su uso.	La medición precisa del ingreso y Egreso de los líquidos permite Evaluar el equilibrio hidroelectró Lítico del organismo.(66)	

(63) Rosales Barrera Susana Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno, México, D.F. 1999. Pp. 291.

(64) Op. Cit. Pp. 274.

(65) Op. Cit. Pp. 267.

(66) Op. Cit. Pp. 302.

Necesidad: Comunicación.

Diagnóstico de Enfermería: Posibles alteraciones sensorio-perceptivas relacionadas con el deterioro del Sistema Nervioso.

Objetivo: Valorar el estado neurológico del enfermo.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Toma y registro de signos vitales Cada 4 horas.  Valoración de Glasgow cada 4 horas.	Los signos vitales neurológicos Y la medición de signos vitales Permiten la pronta valoración del Estado neurológico del paciente En cuanto al nivel de conciencia, Actividad pupilar, grado de Orientación, fuerza y reflejos Musculares(67) La pérdida de reflejos, movilidad Y sensibilidad se inicia en Miembros inferiores y gradualment Se transfiere a miembros Superiores y el cuerpo(68)	Durante su estancia en el Hospital se realizo valoración Neurológica, estando el Paciente conciente, orientado En las tres esferas, sin Embargo sus movimiento Corporales eran muy lentos y Con disminución de la fuerza Muscular.

(67) Rosales Barrera Susana, fundamentos de enfermería, Ed. Manual Moderno, México D.F. 1999, Pp. 469.

(68) Op. Cit. Pp. 469.

Necesidad: Descanso y Sueño.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del patrón del sueño y el descanso, relacionada con la ansiedad, malestar general y dolor, manifestado con cansancio, irritabilidad, bostezos frecuentes.

Objetivo: Restablecer un horario de sueño normal durante la noche, así como el de lograr estabilizarse física y mentalmente.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Proporcionar apoyo emocional Y un ambiente tranquilo (evitando Ruidos molestos, manteniendo el Cubículo del paciente cerrado)</p>	<p>La hostilidad, la monotonía, la Fatiga, la lentitud, la irritabilidad Y la "esclavitud de sí mismo" son Manifestaciones por falta de Descanso(69)</p>	<p>El apoyo emocional que se le brinda para tranquilizarlo, la aplicación del medicamento para disminuir las molestias y el dolor corporal ayuda al relajamiento del enfermo .</p>
<p>Ministración de Medicamento (diclofenaco 75 mg I.M / I.V Cada 8 horas)</p>	<p>Existen drogas que en cantidades relativamente pequeñas aumentan o disminuyen las actividades corporales, inhibiendo la velocidad neural para liberar transmisores sinápticos(70)</p>	<p>Por otro lado la ministración del hipnótico en la noche le favoreció para conciliar el sueño y el descanso.</p>
<p>Estimular al paciente para Descansar, mostrando empatía Con él, propiciando calidez en el Trato.</p>	<p>El trabajo conjunto Enfermera – Paciente necesita de comprensión de la situación del paciente, de la valoración de su estado de salud y de su capacidad para resolver problemas, con el objeto de determinar prioridades y establecer metas tendientes a conservar y fomentar la salud(71)</p>	<p>La participación de la familia, para traerle la música de relación que le gusta al enfermo ayuda a que éste tuviera siestas durante el día .</p>

(69) Rosales Barrera Susana, *Fundamentos de Enfermería*, Ed. Manual Moderno. México D.F. 1999. Pp. 257

(70) Op. Cit. Pp.257

(71) Op. Cit. Pp.258

## Descanso y Sueño.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Coordinarse con la familia para que participen en el descanso del paciente, trayendo música que relaja al enfermo.</p>	<p>Dentro de las formas de descanso se tienen a la música o arte de los sonidos, esto se relaciona con fenómenos teóricos, estéticos humanos y trascendentales (72)</p>	
<p>Ministración de Hidroxicina 10 mg v.o cada 24 horas en la noche.</p>	<p>Los hipnóticos producen sueño. (73)</p>	
<p>Estimular al paciente para inducirlo a siestas durante el día.</p>	<p>Una siesta, ejercicio, actividad, en el transcurso de la mañana facilita la inducción al sueño y la restauración de los patrones del sueño(74)</p>	

(72) Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno. México D.F. 1999. Pp. 260.

(73) Op. Cit. Pp. 264.

(74) Op. Cit. pp. 265.



Necesidad: Alimentación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la deglución de alimentos relacionado a citomegalovirus, manifestad por nauseas y vómito.

Objetivo: Fortalecer los requerimientos nutritivos del organismo, para el mejor funcionamiento de éste.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Solicitar y proporcionar dieta con pocos residuos en tomas pequeñas, siguiendo las reglas de la alimentación.</p> <p>Ministración de metoclopramida intravenosa una ampolleta pre prandial.</p> <p>Hacer anotaciones en hoja de registro clínico, características del vómito.</p>	<p>El centro de las nauseas y el vómito se encuentra en el bulbo raquídeo, el cual puede ser estimulado por irritación o sobre distensión gástrica, por sensaciones desagradables, por reacciones emocionales o por drogas.(75)</p>	<p>A pesar de las modificaciones a la alimentación y la presentación de éste siguió habiendo intolerancia a los alimentos procediendo a alimetar con alimentación polimerica de 375 ml. Cada 6 horas.</p>

(75) Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno, México D.F. 1999. Pp. 471.

**Necesidad:** Comunicación

**Diagnósticos de Enfermería:** Aislamiento social relacionada con valores o conductas socialmente inaceptables, manifestadas por la tristeza y sentimientos de culpa.

**Objetivo:** Brindar confianza al enfermo para exteriorizar sentimientos, emociones y culpas.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Brindar un trato cálido, con actitud con actitud de empatía, buscando cubrir sus necesidades emocionales y espirituales.</p> <p>Tener contacto físico y amble con el enfermo.</p>	<p>Con frecuencia se pierden amigos, Amistades cuando progresa el SIDA.(76)</p>	<p>Se logro tener el acercamiento Con el enfermo, permitiendo Una mejor interrelación con él Dándose la confianza mutua.</p>

(75) Jill Meredith Strawn, Las consecuencias sociales del SIDA, En Pacientes con SIDA / Cuidados de Enfermería Jerry. D. Durham. Ed. Manual Moderno, México D.F. 1992. Pp. 107.

**Necesidad:** Comunicación.

**Diagnóstico de Enfermería:** Síndrome de estrés de traslado a su estancia hospitalaria, manifestado por ansiedad y enfado.

**Objetivo:** Estabilizar la ansiedad y enfado de su estancia hospitalaria.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Comunicación con el enfermo Para saber, cual es la causa de Su negatividad para su estancia Hospitalaria y su tratamiento.</p> <p>Brindar apoyo emocional con Actitud de empatía.</p>	<p>Todo enfermo terminal tiene Derecho a ser eje principal de las Decisiones que se tomen en la Etapa final de su vida.(77)</p> <p>La comunicación favorece las Relaciones interpersonales entre Los individuos.(78)</p>	

(76) [www.cdh.org.mx](http://www.cdh.org.mx).

(77) Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno, México D.F. 1999. Pp. 274.

Necesidad: Evitar Peligros.

Diagnósticos de Enfermería: Potencial infección relacionado con el SIDA.

Objetivo: Disminuir posibilidades de manifestarse enfermedades oportunistas.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Ministración de Imipenem 1gr. Intravenoso cada 8 horas, diluido En 100 ml de solución fisiológica A pasar en 30 minutos.  AZT. 250 mg. v.o cada 8 horas  Ranitidina 50 mg. Intravenoso Cada 8 horas.	Útil en el tratamiento de infecciones Polimicrobianas y de infecciones Mixtas por aerobios y anaerobios. (79)  Retarda la infección por VIH – SIDA. (80)  En el tratamiento y profilaxis de Gastritis, reflujo y úlceras.(81)	Cuando un paciente entra en etapa de fase terminal con un diagnóstico como el SIDA los medicamentos no son de gran utilidad, en nuestro caso el paciente se niega a tomar el retroviral y plantea ya no tomar ningún antibiótico.

(78) DR. REFERMED, Vademécum de bolsillo(PLM), México D.F. 1996. Pp. 728.

(79) Op. Cit. Pp.647.

(80) Op. Cit. Pp.637.

Necesidad: Protección de la Piel.

Diagnóstico de Enfermería: Posible deterioro de la movilidad física relacionada con la disminución de la fuerza y malestar muscular.

Objetivo: Prevenir rigidez músculo esquelético y escaras dérmicas por decúbito.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Lubricación de la piel con cremas humectantes o aceites, aplicado en todo el cuerpo de preferencia después de aseo total o parcial.	El uso de emolientes proporciona Humedad y vitalidad a la piel.(82)	La lubricación de la piel Favorecio en el cuidado y Humectación de la piel, Así como los cambios
Cambios posturales(fowler, Sims, semi fowler, decúbito lateral, decúbito dorsal), cada dos horas, ofreciendo comodidad y seguridad	La movillización frecuente y la aplicación de una posición correcta previene lesiones neuro-músculo-esquelético y formación de úlceras por decúbito.(83)	Posturales y la protección de Las salientes óseas, con la Participación de la familia Favorecio en el cuidado de la Piel, evitando la aparición
Orientar e integrar a la familia en proporcionar movilidad, cambios posturales y masaje corporal al enfermo.	El reposo prolongado en cama ocasiona rigidez articular, atrofia muscular, complicaciones tromboticas, úlceras por decúbito.(84)	De escaras por decúbito.
Posición Fowler(sentado en cama con la cabecera a 45°, ligera flexión de extremidades.	La posición de fowler disminuye tensión muscular, abdominal, y lumbar y favorece el descanso(85)	
Posición semi fowler(sentado en cama, cabecera a 30°, ligera flexión de extremidades)	La posición semi fowler disminuye tensión muscular, abdominal y lumbar, favorece al descanso(86)	
La posición por decúbito dorsal (acostado sobre su región posterior), Decúbito lateral(acostado de lado), Sims(decúbito lateral izq. Con extremidades flexionadas)	La P. decúbito dorsal, decúbito lateral y Sims, favorecen la relajación muscular y evita la fricción prolongada en puntos de apoyo en la piel del cuerpo(87)	

(82) Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno. México D.F. 1999. Pp. 267.

(83) Op. Cit. Pp. 99.

(84) Op. Cit. Pp. 99.

(85) Op. Cit. Pp. 103.

(86) Op. Cit. Pp. 103.

(87) Op. Cit. Pp. 108.

Necesidad: Aseo / Higiene

Diagnóstico de Enfermería: Déficit del auto cuidado de higiene, relacionado con la restricción del movimiento, debilidad y fuerza, manifestado por aromas fétidos y mala presentación corporal.

Objetivo: Lograr la comodidad y bienestar, así como favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Explicar al enfermo el procedimiento de higiene a realizarle.	Las medidas higiénicas contribuyen a que los pacientes se sientan cómodos y descansos.(88)	El baño y cuidado de la piel favoreció en el paciente mejorando su imagen corporal ayudándolo a relajarse y tener mejor descanso durante el día, brindándole comodidad y seguridad al enfermo.
Realizar baños de esponja con la técnica correspondiente, utilizando jabón, esponja y agua de 35° a 45°C. Con la técnica correspondiente	A mayor número de microorganismos, mayor cantidad y concentración del agente destructor.(89)  Un baño con agua tibia induce al descanso y sueño del enfermo.(90)	
Lubricación de la piel.	La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.(91)	
Proceder al tendido de cama.	Una cama con las sábanas bien estiradas produce bienestar al enfermo.(92)	

(88) Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno. México D.F. 1999. Pp. 275.

(89) Op. Cit. Pp. 275.

(90) Op. Cit. Pp. 276.

(91) Op. Cit. Pp. 275.

(92) Op. Cit. Pp. 278.

Necesidad: Proteger Tegumentos y / o Membranas

Diagnóstico de Enfermería: Posible alteración de la membrana mucosa oral, relacionada al deficiente sistema inmunológico .

Objetivo: Prevenir lesiones de la membrana mucosa oral.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Aseos bucales con solución bicarbonatada con gasas y abatelenguas. Puede ser con Nistatina suspensión 4 ml. En 20 ml de solución cada 6 horas	Los aseos bucales remueven y neutralizan la proliferación de microorganismos en su fase de patogenia.(193)	Los aseos bucales, mantuvieron en buenas condiciones las membranas mucosas orales del enfermo

(93) Jeannee Parker Martin, Cuidados de apoyo para personas con SIDA, En Pacientes con SIDA / Cuidados de Enfermería  
Jery D. Durhman. Ed. Manual Moderno. México. D.F. 1992. Pp. 139.

Necesidad: Termorregulación.

Diagnóstico de Enfermería: Hipotermia relacionado con las alteraciones del sistema inmunológico manifestado por piel fría, palidez facial, temperatura por debajo de los parámetros normales, bradicardia, hipotensión.

Objetivo: Estabilizar temperatura corporal y evitar posible deterioro neurológico.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Abrigar al enfermo con ropa de Cama y cobertor.  Aplicación de calor seco con una lampara de chicote en períodos de 20 a 30 minutos con descansos de 5 minutos. Se monitorizaran los signos vitales del enfermo cada dos horas, evaluando su estado neurológico y su estado general de él.	El calor se transmite al organismo Por conducción, convección y radiación.(94)  La aplicación de calor prolongado produce sudoración y enrojecimiento de la zona(95)	Antes de la termorregulación la T/A era de 100/60 mm.hg. la F.C. era de 55 por minuto Y la temperatura se registraba de 35.5° C. Posteriormente hubo una ligera recuperación con los siguientes parámetros: T/A 110/60. F.C 65 latidos por minuto Temp.. 36.3° C.

(94) Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno. México D.F. 1999. Pp. 383.

(95) Op. Cit. Pp. 383.

Necesidad: Evitar Peligros.

Diagnóstico de Enfermería: Baja auto estima relacionada con crisis de enfermedad crónica contagiosa manifestada por una actitud negativa a él como persona, considerando un fracaso los acontecimientos de su vida.

Objetivo: Brindar tranquilidad y paz interna del enfermo.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Brindar apoyo emocional, desde una perspectiva Tanatológica, Haciendole sentir con él y para él. Resaltando los aspectos de su Vida más importantes y Destacados. Ayudando al paciente a encontrar Significado a su vida que le tocó Vivir y a relacionarlo con un ser Supremo y consigo mismo.	Todo enfermo tiene derecho al Alivio de su sufrimiento emocional, Psicológico, intelectual y social.(96)  Un análisis de relaciones Intra e interpersonales con la familia, amistades y personal de salud genera paz interior y bienestar espiritual.(97)	El acercamiento que se tuvo con el enfermo fue positivo, aceptando y quedando más tranquilo sobre su propia vida y su acercamiento hacia Dios para tener una paz interna.

(96) [www.cdn.org.mx](http://www.cdn.org.mx)

(97) Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno, México D.f. 1999. Pp. 473.

Necesidad: Evitar Peligros.

Diagnóstico de enfermería: Duelo anticipado relacionado con la pérdida inminente de la vida manifestada por períodos de negación, enojo, depresión.

Objetivo: ayudar al personal terminal en la quinta etapa del proceso del duelo (la aceptación).

Intervención de enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Brindar ayuda emocional y apoyo</p> <p>En cada una de las etapas que preceden a la muerte, cubriendo sus necesidades emocionales, sociales y espirituales desde la perspectiva Tanatológica.</p> <p>ayudándolo a resolver sus conflictos y resentimientos con la familia y amistades, cerrando círculos emocionales, permitiendo que exprese sus temores ante la muerte.</p> <p>Ayudándole a que tenga una muerte en paz y digna.</p> <p>Respetando las decisiones del Enfermo.</p>	<p>Todo enfermo tiene derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, competentes en su campo y seguros de lo que hacen.(98)</p> <p>Los derechos del hombre en torno A la muerte es morir con dignidad Y en paz, disminuir su sufrimiento, solucionar sus relaciones interpersonales, ser acompañado por sus seres queridos, decidir sobre sí mismo y sobre el tratamiento a que sea sometido.(99)</p>	<p>Con estas intervenciones</p> <p>Hubo un buen proceso para la aceptación, pues el enfermo admitió una reconciliación pacífica con su destino, manifestando sensación de paz y tranquilidad interior sin que por ello desapareciera totalmente la pena o la nostalgia de lo que hay que abandonar y se quiere.</p> <p>El paciente empezó a solicitar su alta voluntaria del hospital para terminar en su casa, su ciclo de vida.</p>

(98) [www.cdh.org.mx](http://www.cdh.org.mx)

(99) Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno. México D.f. 1999. Pp.475.



**Necesidad:** Actuar de acuerdo a sus creencias y valores.

**Diagnóstico de Enfermería:** Sufrimiento espiritual relacionado a las creencias religiosas manifestadas por el deseo de hablar con el sacerdote y trastornos de sueño.

**Objetivo:** Disminuir sufrimiento espiritual ayudando a su tranquilidad interna.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación.
<p>Mantener comunicación y apoyo Emocional y espiritual de acuerdo A la creencia del enfermo.</p> <p>Comprender, respetar y ayudar al Enfermo en relación a sus preceptos religiosos en la transición del Del proceso vital.</p> <p>Preguntar al enfermo si éste Requiere de un sacerdote, para Contactarlo y que le asista.</p>	<p>El enfermo terminal tiene derecho A morir con dignidad, con plena Aceptación, total paz, confortable y Apacible como sea posible(100)</p>	<p>El enfermo refiere mayor tranquilidad interna, logrando dormir más tiempo durante la noche.</p>

(100) [www.cdih.org.mx](http://www.cdih.org.mx).

## LA FAMILIA

Necesidad: Evitar Peligros.

Diagnóstico de Enfermería: Duelo anticipado relacionado con la pérdida inminente de un ser allegado, manifestado por comportamientos de negación y sentimientos de culpa.

Objetivo: Ayudar a la familia del enfermo terminal a que culminen la última etapa del proceso de duelo que es la aceptación.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
<p>Brindar información sobre el proceso de duelo y que identifique en que etapa de éste proceso están.</p> <p>Asegurar una relación cálida que facilite la expresión de sentimientos, culpas y pensamientos.</p> <p>Orientar de cómo despedirse de su ser querido.</p> <p>Como involucrarse con el enfermo para dejarlo ir.....</p> <p>Se habla con la familia sobre La decisión del enfermo de Querer irse a casa a terminar.</p>	<p>El duelo anticipado brinda la Oportunidad de exteriorizar Emociones, sentimientos, Resentimientos, culpas, pedir Perdón e incrementa el vínculo Familiar.(101)</p> <p>Despedirse del ser querido en vida, favorece a disminuir posibles deterioros físico, psicológicos y sociales, de la familia y amigos.(102)</p>	<p>Hubo entendimiento y Comprensión de la familia Para aceptar éste proceso</p> <p>Cada uno de ellos tuvo acercamiento con el enfermo, cerrando círculos emocionales exteriorizando sus sentimientos y emociones.</p> <p>La familia acepto llevarse a su casa al enfermo, en cuanto el Médico les firmará el alta.</p>

(101) O'Connor Nancy. Dejalos ir con amor. Ed. Trillas. México D.f. 1997. Pp. 23.

(102)\_Op. Cit. Pp. 25.

Necesidad: Aprendizaje.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimientos relacionados con el desconocimiento de recursos para obtener información, manifestada con la demostración de habilidades insuficientes.

Objetivo: Que identifiquen, las necesidades reales del enfermo.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Se entabla comunicación con Trato amable y cálido a la familia  Informar y orientar sobre como Integrarse en los cuidados del Enfermo durante su estancia Hospitalaria.  Orientar de cómo mantener la Información entre toda la familia Y como apoyarse unos a otros.	La fe, la integración de la familiar y La presencia profesional y humana Son factores que ayudan a Comprender la idea de muerte.(103)  Los soportes familiares, bien Dirigidos pueden favorecer la Aceptación, la fortaleza de los Vínculos afectivos de la familia.(104)	Se logro integrar de una Mejor forma a la familia, Habiendo un mejor acerca miento con el enfermo.  Brindarán un mejor cuidado al enfermo en su estancia Hospitalaria.

(103) Rosales Barrera Susana, Fundamentos de enfermería, Ed. Manual Moderno, México D.F. 1999. Pp.474.

(104) Lorraine Sherr, Agonía, muerte y duelo, Ed. Manual Moderno, México. 1998. Pp. 103.

### 3.6. Evaluación.

Con respecto a éste último punto se realizó una evaluación por cada una de las necesidades detectadas en el paciente, lo cual queda asentado en los cuadros plasmados en el punto de ejecución.

#### 4.- CONCLUSIONES.

De acuerdo a la recopilación de datos, la detección de necesidades, la estructuración de los diagnósticos de enfermería y las intervenciones de la enfermera(o) se analizaran los resultados obtenidos en todo su contexto, haciendo gran hincapié en la importancia que tiene la Tanatología en el ejercicio profesional de la enfermera, cubriendo las necesidades de los enfermos en la fase final de su vida.

En este sentido necesitamos entender que la aplicación de un proceso atención enfermería no es algo que éste alejado de nuestra realidad para llevarlo a cabo, la enfermera debe aprender a plasmar y textualizar todo su ejercicio profesional dándole la base científica que tiene nuestro instrumento de teorización como lo es el Proceso Atención Enfermería.

Hoy día el Sida cobra muchas vidas y más aún en la población joven, sin embargo La atención con calidad a éste tipo de pacientes deja mucho que desear, por ello, la Tanatología cobra vida para brindar una mejor atención a estos enfermos, que estando en fase terminal, muchas veces son abandonados no únicamente por la familia o amigos sino por el mismo personal médico incluyendo a la enfermera, la estigmatización hacia esta enfermedad en nuestros días, en pleno siglo XX, sigue marcando a seres humanos que padecen de esta enfermedad.

El hombre como parte de un ente social es parte importantísima de una familia, el ser humano difícilmente puede sobrevivir solo o aislado de los demás, se requiere del apoyo y acompañamiento de unos con otros, ahora bien es importante que la Licenciada en enfermería tenga presente estos elementos planteados, considerando el perfil de enfermera que se pretende lograr, necesitamos no dejar de lado el elemento humano en nuestro trato y nuestra atención cálida a quien lo requiera.

Enfocándonos al tema que nos corresponde, ha sido una experiencia favorable poder plasmar en un proceso atención enfermería los cuidados brindados a un

paciente con SIDA que requirió de cuidados paliativos y apoyo tanatológico en la fase terminal de su vida.

Ha sido de gran trascendencia poder detectar las necesidades del enfermo con SIDA, no únicamente desde el punto de vista biológico, sino además ver al paciente desde el punto de vista holístico cubriendo así, sus necesidades físicas, psicológicas, emocionales, espirituales, sociales y culturales, que permitió brindarle al paciente una estancia con mayor tranquilidad interna en el hospital, creo que la participación conciente y humana del equipo de salud y en nuestro caso como enfermero(a) es fundamental brindar una atención digna para el que está próximo a la muerte y por otro lado la participación de la familia es de gran importancia y relevancia en el cuidado del enfermo y su interrelación con el mismo, dado que es un vínculo afectivo que ayuda al paciente a no estar solo, a no morir completamente solo en un área hospitalaria que para él ya es muy traumática.

Partiendo de esto último, entenderemos entonces por qué muchos pacientes como en el caso que nos ocupa llegan al Hospital enojados, enfadados, sin querer seguir el tratamiento médico, llegan a un momento de su vida en que ya no toleran seguir sufriendo, pero que al mismo tiempo tienen muchos temores y miedos, les es difícil poder aceptar tan fácilmente la posibilidad de que pueden morir en cualquier momento y sobre todo con un mayor sufrimiento.

Como enfermeras hay que saber detectar las necesidades de toda índole del paciente, pero sobre todo el trato que hay que tener con el paciente y brindarles una atención con calidez es importantísimo, pues debemos tener en cuenta que cuando existen médicos y enfermeras insensibles a los temores de las personas con SIDA, pueden hacer mucho daño al entrar en contacto con ellos, su indiferencia, prepotencia, el juzgarlos y el aislarlos es un reflejo claro de no saber por qué están ejerciendo esta carrera.

Con nuestro enfermo se logro que éste diera la apertura para cubrir sus necesidades en sus diferentes magnitudes, obviamente respetando la confidencialidad de los aspectos de su vida que éste dio a conocer, se le ayudo a que en la etapa final de su vida tuviera el menos sufrimiento posible, brindando cuidados paliativos, espirituales y emocionales, lograr que cerrara esos círculos emocionales que tenia pendientes, aceptar todo el proceso que fue su vida y el proceso al que se enfrentaba en esos momentos ante la muerte.

Uno de los aspectos importantes en pacientes con SIDA es el apoyo y la interrelación con la familia, fue importante que cada uno de ellos cerrara también sus círculos emocionales que tenían, ya que habían situaciones inconclusas, con resentimientos, culpas y la actitud de pedir perdón, esto ayudo a ponerse en paz cada uno de los integrantes de la familia y el mismo paciente a quien además se le brindo y facilito la ayuda religiosa.

Generalmente el hombre busca, además de la paz interna, no morir en un hospital que aunque este rodeado de todas las personas que él quiere, necesita terminar sus últimos días en el lugar que para él tiene un significado especial, en el caso de Carlos Reyes nuestro paciente el quería terminar sus últimos días en su casa, en su hogar, rodeado de las cosas que para el tenía un significado muy especial, el paciente cuando esta cercano a la muerte, lo presiente, lo sabe, y se empieza a despedir de sus seres queridos y empieza a desprenderse de las cosas materiales y ha ponerse en paz consigo mismo.

Nuestro paciente pidió su alta voluntaria, la cual se le concedió por parte del médico, pues cuando se padece este tipo de enfermedades y se es conciente de que no hay cura o tratamiento para sanar al individuo, hay más posibilidades de que el paciente sufra más y con mayores complicaciones sí éste se queda en un área hospitalaria, donde quizás su sufrimiento sea mayor.

La familia acepto trasladarlo a su casa para que ahí terminara sus últimos días, rodeado de lo que él más quería.

Ambos, tanto la familia como el paciente tuvieron la oportunidad de iniciar un duelo anticipado, con beneficio para ambos y como enfermero con la satisfacción de haber podido ayudar y apoyar a un ser humano con SIDA que sufría y que tenía muchos conflictos.

*Al segundo día después de su egreso del paciente éste falleció.....*



## GLOSARIO.

\*Aceptación: última etapa de la agonía, en la cual el paciente admite una reconciliación pacífica de su destino, manifestando sensación de paz y tranquilidad interior, sin que por ello desaparezca totalmente la pena o nostalgia de lo que hay que abandonar o se quiere.

\*Adquirido: quiere decir que no es una condición genética o hereditario, sino que se adquiere después de la concepción a consecuencia de acciones específicas.

\*Calidad de vida: Es el aspecto multidimensional del individuo, que trae como consecuencia la satisfacción que le produce la manera como se desarrolla su vida.

\*Compasión: Es la simpatía por la persona que esta sufriendo, es decir un sentimiento de calidez hacia el enfermo que sufre y tiene dolor, percibiendo sus necesidades.

\*Comunicación: Es un proceso de interacción social, donde se intercambian ideas, información, necesidades, etc.

\*Decúbito: Posición del cuerpo, acostado horizontalmente.

\*Deficiencia: Indica falta o carencia de algo, en el caso del SIDA, se refiere a la debilidad del sistema inmunológico.

\*Dolor: Sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales.

\*Duelo: Son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida de alguien querido.

\*Empatía: facultad de identificarse con alguien, de compartir con alguien lo que siente.

\*Enfermedad terminal: Es una enfermedad potencial, que inevitablemente va a llevar a la muerte a quien lo padece(en un termino de no más de seis meses)

\*Frustración: Malogro de un deseo. Tensión Psicológica suscitada por la existencia.

\*Inmuno: Se refiere al sistema inmunológico, es decir, al sistema inmunológico que combate las enfermedades.

\*Homeostasia: Estado de equilibrio de los distintos procesos fisiológicos y psicológicos de una persona.

Negación: Mecanismo de defensa primario ante una situación que resulta dolorosa.

\*Ortotanacia: Darle el curso natural a la vida y / o a la muerte.

- \*Sufrimiento: Sentir físicamente o Psicológicamente una daño, dolor, enfermedad o castigo.
- \*Síndrome: Enfermedad o condición caracterizada por un grupo de signos y síntomas que se presentan simultáneamente.
- \*Perdón: remisión de la pena merecida o de la ofensa recibida o de alguna deuda u obligación pendiente.
- \*Prótesis: Dispositivo que sirve para remplazar un miembro o un órgano afectado o amputado.

## BIBLIOGRAFÍA.

- \* Alfaro – LeFevre Rosalinda. Aplicación del Proceso Atención Enfermería  
Ed. Mosby. Pensilvania. 1992.
- \* Diccionario de medicina, Ed. Océano Mosby. España. 1996. (Págs. 1504)
- DR. Refemed. Vademécum de bolsillo(PLM)  
México. D.f. 1996. (Págs. 944)
- Fernández Ferrín Carmen. El Proceso Atención d Enfermería(estudio de casos)  
Ediciones científicas y técnicas S.A. España. 1993. (Págs. 106)
- Fernández Ramírez Patricia. Manual para el buen morir para enfermos de SIDA  
Ed. Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA. México D.f. 1996.  
(Págs.89)
- García Pelayo Ramón Diccionario manual ilustrado enciclopédico  
Ed. Larousse. México D.f. 1999. (Págs. 997)
- Gordón Marjory. Diagnóstico de Enfermería / Proceso y aplicación  
Ed. Mc. Graw Hill. Nueva york. 1997.
- Hernández Ramírez Luz Ma. Y Cols. Antología del Proceso de Enfermería  
D.R. División Universidad Abierta. ENEO-UNAM México D.f. 1997. (Págs. 182)
- Jerry D. Durham. Pacientes con SIDA / cuidados de Enfermería  
Ed. Manual Moderno. México D.f. 1992. (Págs. 260)
- Kintek Phillis. Clasificación de diagnósticos de Enfermería  
Ed. Hurley . San Luis. 1986.
- Lawrence K. Altman. Manual Merck de información Médica para el hogar  
Ed. Océano. España. 1999. (Págs. 1517)
- Lorraine Sherr. Agonía, muerte y duelo  
Ed. Manual Moderno. México. 1998. (Págs. 273)
- Michael W. Alder. MD. ABC del SIDA.  
Ed. BMJ. Latinoamérica. México. 1998. (Págs. 123)
- Michael W. Robow. Diagnóstico y Tratamiento.  
Ed. Manual Moderno. México D.f. 2000.

- N. Roper / W .W. Logan y Cols. Proceso de atención de enfermería / Modelos  
Ed. Interamericana. México D.f. 1988.
- Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería  
Ed. Manual Moderno. México D.f. 1999. (Págs. 556)
- Satir Virginia. Nuevas relaciones huamanas en el núcleo familiar  
Ed. Pax. México. D.f. 1997. (Págs. 401)
- O´ Connor Nancy. Déjalos ir con amor  
Ed. Trillas. México D.f. 1997. (Págs. 166)

#### **WEBS.**

- <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/faq/s-faq-htm>.
- <http://www.cndh.org.com>
- [www.tanatologia.org.mx](http://www.tanatologia.org.mx)