



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE: 8723**



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A USUARIA EN FASE TERMINAL POR
COMPLICACION
DE INSUFICIENCIA RENAL DEBIDO A LUPUS
ERITEMATOSO SISTEMICO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
GUILLERMINA MANZO MENDOZA
CLAVE: 404528867

ASESORA: L. E. O. GUADALUPE RODRIGUEZ BARAJAS

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN
SEPTIEMBRE, 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGADECIMIENTO

Doy gracias a DIOS por la vida que me dio, por el gran amor que me tiene y por haberme permitido llegar al final de mi carrera profesional.

Gracias a mis padres por el apoyo que me brindaron para luchar cada día y no desistir en mis objetivos. En especial a mi madre por su dedicación y entrega en cada una de las etapas escolares por las que pase.

Gracias a mis hermanas por el interés que me mostraron durante mi carrera profesional y su apoyo incondicional. A mi sobrina y AMIGA Claudia Lucia por apoyarme en los momentos más difíciles.

Gracias a mis compañeras Ma. Elena y Claudia por su apoyo incondicional que me brindaron. A mis maestros que a través de su entrega y dedicación ayudaron en mi formación como profesional de enfermería.

En especial quiero agradecer a la familia Escalera Blanco por el apoyo económico que me brindaron aun sin conocerme, ya que sin ello no estaría en esta etapa de mi vida.

CONTENIDO
CAPITULO I

INTRODUCCIÓN.....	7
JUSTIFICACION.....	8
OBJETIVOS.....	9
METODOLOGIA.....	10

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos de Enfermería.....	11
Teoría de Marjory Gordon.....	13
Proceso de Atención de Enfermería.....	16
Lupus Eritematoso Sistémico (LES).....	25
Historia Natural De La Enfermedad de LES.....	31

CAPITULO III
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

HISTORIA CLINICA.....	34
VALORACION	
Datos significativos por patrones funcionales de salud.....	41
Identificación de datos subjetivos y objetivos.....	45
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.....	48
Jerarquización de necesidades y diagnósticos de enfermería.....	50
PLANEACION	
Plan de cuidados, ejecución y resultados.....	52
EGRESO.....	63
CONCLUSIONES.....	64
GLOSARIO.....	65
BIBLIOGRAFIAS.....	66
ANEXOS.....	69

INTRODUCCIÓN

Siendo enfermería una profesión y rama de la medicina me permito presentar un proceso de atención de enfermería, de acuerdo a los lineamientos que se han establecido para declarar mencionada profesión como científica, para esto la información recopilada es verídica, y de autores destacados en la medicina y la enfermería.

Presento el trabajo por capítulos en los que se abordan los antecedentes de la enfermería, el proceso de atención de enfermería con sus etapas, la metodología, el marco teórico, que contiene los cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados con la etapa de la vida en la que se encuentra la usuaria a quien atendí de Marzo a Junio del presente año.

El documento esta enfocado a la teórica de enfermería M. Gordón, quien estableció 11 patrones funcionales de salud para valorar a los usuarios.

Se recopiló información por medio de la paciente, la madre, la hermana, expediente clínico y con las compañeras de los diferentes turnos que brindaron cuidados a la usuaria. Teniendo la información necesaria se elaboraron los diagnósticos jerarquizados.

Las intervenciones se llevaron a cabo en el Hospital de la mujer y en sus egresos mantenía relación con la usuaria por vía telefónica, ya que residía en Apatzingán Michoacán.

En la última parte del trabajo se encuentran las conclusiones finales, la bibliografía y los anexos.

Durante el proceso de atención de enfermería, se le brindaron cuidados específicos y medidas de confort, basándome en el trato digno hasta el ultimo momento de vida, enfocándome no solo a la usuaria si no también a su familia. Con el apoyo del personal de psicología su núcleo familiar se despidió cuando aun estaba conciente dos días antes de su fallecimiento.

JUSTIFICACIÓN

El siguiente proceso enfermero presenta uno de los principales problemas de salud con un índice alto de morbi-mortalidad en el Hospital de la Mujer de la ciudad de Morelia, mostrando la siguiente estadística: Una de cada 10 pacientes del área de medicina interna presenta Lupus Eritematoso Sistémico con complicación renal.

Siendo tan alto el índice de mortalidad en usuarias en edad reproductiva, me motivo a realizar el presente Proceso de atención de enfermería a AGC. Ya que se trata de una joven de 22 años de edad con secuelas que le diagnostican complicación renal en fase Terminal y pronóstico malo a corto plazo. Motivo por el cual le doy a mis intervenciones un enfoque de brindar cuidados específicos y medidas de confort para que A. tuviera una muerte digna sin importar su condición social, religión o sexo.

Considerando que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad terminal con varios tratamientos paliativos, que no logran una recuperación integral de la salud del usuario, el profesional de enfermería, con la identificación de los diagnósticos enfermeros, puede aumentar la calidad de vida y el potencial humano del paciente, consiguiendo que los cuidados sean dirigidos hacia unos objetivos comunes.

Por lo tanto debemos fomentar como profesionales de enfermería la investigación sobre nuevos diagnósticos de enfermeros y su validación en la práctica clínica, ya que éstos son un instrumento útil para unos cuidados de calidad y una planificación de las intervenciones y actividades de su competencia exclusiva, dando un mayor contenido científico a nuestro trabajo y contribuyendo, así a un mayor desarrollo de nuestra profesión.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Otorgar cuidados de Enfermería a usuaria con enfermedad crónico degenerativa, (Lupus Eritematoso Sistémico), complicada con Insuficiencia Renal en fase Terminal, para permitirle llegar a su muerte en forma digna.

Objetivos Específicos.

- Establecer una relación enfermera paciente de calidad para conocer las necesidades de la usuaria.
- Educar a la usuaria y familiares sobre la teoría y procedimiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- Detectar alteraciones hemodinámicas en la usuaria para poder intervenir oportunamente.
- Mantener la temperatura corporal adecuada a través de medios físicos.
- Mantener a la usuaria con satisfacción física, espiritual y emocional.
- Dar Cuidados paliativos y medidas de confort
- Proporcionar apoyo para un duelo funcional a través de la libre expresión de sentimientos.

CAPITULO I

METODOLOGÍA

El presente Proceso Enfermero es de tipo descriptivo y observacional a corto plazo, ya que se trabajo con la usuaria durante el periodo de Marzo a Junio del presente año.

Es un trabajo de continuidad, ya que se trabajo con la usuaria durante su periodo de internamiento y reingresos, una vez dada de alta se mantenía la relación a través de vía telefónica. Esta basado en la teoría de M. Gordón y sus 11 Patrones Funcionales.

La observación se realizo en forma directa mientras se le brindaban cuidados a la usuaria y en ocasiones en visitas extras que se realizaban durante su estancia intrahospitalaria.

La información se obtuvo a través del expediente clínico, la usuaria y sus familiares por medio de entrevistas de forma informal a través de preguntas y respuestas que se presentaron a través de la relación enfermera- paciente mientras se le brindaban cuidados.

Los diagnósticos de enfermería se construyeron con base en los lineamientos teóricos de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) quien establece que un diagnostico de enfermería es un estudio cuidadoso y crítico de algo, con el fin de establecer su naturaleza. Y tomando en cuenta que en 1973, la ANA (American Nurses Association) público sus criterios de la práctica y después en 1980 definió la enfermería como “EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA RESPUESTA HUMANA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REALES O POTENCIALES”.

Se planearon los cuidados que conducen a prevenir, reducir o limitar las complicaciones que dependen de mi como enfermera. Después se plantearon los objetivos conjuntos; enfermera-persona, se realizaron los cuidados tomando en cuenta; el conocimiento, la fuerza y la voluntad de A. G. C. Así como el apoyo de la familia. Por último se elaboraron las conclusiones.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Históricos de la Enfermería

Los roles tradicionales de la mujer, han incluido el cuidado de la salud, la higiene, la alimentación de la familia, las prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida.

Los cuidados que favorecían al bienestar se relacionaban con actividades rituales para la protección, la promoción y la continuidad de la vida.

Los chamanes eran personas que se diferenciaban del grupo por una señal que recibía de la divinidad, siendo reconocido así como sanador.

Todos los métodos empíricos iban acompañados de una serie de ritos debido a que se pensaba que la enfermedad era algo sobrenatural o castigo divino.

En México la historia de la enfermería toma lugar desde las primeras civilizaciones.

Los aztecas utilizaban más de 1200 plantas medicinales con propiedades laxantes, diuréticas, hemostáticas, antipiréticas, antiespasmódicas, analgésicas, etc.

En México las mujeres en campo de batalla daban atención, cariño y consuelo a los caídos, tolerando la sed el hambre y los desvelos.

La primera enfermera militar en México fue Refugio. Llamada la madre Cuca es un ejemplo de vocación, desinterés, sacrificio y amor a la humanidad.

A lo largo de la historia, las guerras han acentuado la necesidad de profesionales de enfermería, Florencia Nightingale fue solicitada para reclutar enfermeras y atendieran a los enfermos y heridos y de esta forma transformaron hospitales militares instaurando prácticas sanitarias, como el lavado de manos y de ropa.

Desde las primeras civilizaciones se marcan aspectos comunes con la actualidad ya que marcaban y etiquetaban enfermedad y salud considerando ambas como castigo o premio de conductas humanas sociales, Motivo por el cual empleaban prácticas curativas con curanderos, chamanes, sacerdotes-magos y brujos entre otros.

Después que se presento la civilización greco-romana se efectúa un cambio de lo mágico a lo racional y es así como el desarrollo del conocimiento empírico determinó que las personas que se dedicaran a la salud fueran transformando la medicina de lo mágico a lo científico.

TEORIA DE MARJORY GORDON

M. Gordón señala que la profesión de enfermería no se debe cerrar al desarrollo de ideas, y opina que todas las enfermeras actúan sobre la base de sus observaciones y dan enfoque específico a los cuidados, partiendo un concepto e idea personal que es lo que se a atender en un determinado proceso de atención de enfermería.

A mediados de los setentas M. Gordón llegó a la conclusión de que lo que posiblemente se necesita para una intervención es llegar a un acuerdo sobre que aspectos recoger en la valoración y así diseñar una estructura para la misma. Y creo los 11 patrones funcionales de salud para enseñar a sus alumnos, de la escuela de enfermería de Boston, la valoración de los pacientes.

Agrupó a los 11 patrones con una estructura para valorar a cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo y tiene la característica de conducir de forma lógica el diagnóstico enfermero, contemplan al paciente, familia y entorno.

Los 11 patrones de salud son:

- I.- Percepción-manejo de la salud.
- II.- Nutricional-metabólico.
- III.- Eliminación.
- IV.- Actividad-ejercicio.
- V.- Sueño-descanso.
- VI.- Cognitivo-perceptual.
- VII.- Autopercepción-autoconcepto.
- VIII.- Rol-relaciones.
- IX.- Sexualidad-reproducción.
- X.- Adaptación-tolerancia al estrés.
- XI.- Valores-creencias

CARACTERÍSTICAS DE LOS PATRONES FUNCIONALES

- Facilitan la comunicación entre los profesionales enfermeros, con otros profesionales y con la población.
- Permiten la recogida y el análisis de la información, documentando la contribución enfermera al cuidado del paciente.
- Permiten el desarrollo de sistemas informatizados de información clínica.
- Facilitan la evaluación para mejorar los cuidados.
- Favorecen el desarrollo del conocimiento enfermero.
- Proporcionan información para la formulación de políticas sanitarias.
- Facilitan la enseñanza en la toma de decisiones clínicas.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

PATRÓN I.- PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.).

PATRÓN II.- NUTRICIONAL - METABÓLICO

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

PATRÓN III.- ELIMINACIÓN

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

PATRÓN IV: ACTIVIDAD - EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

PATRÓN VI.- COGNITIVO - PERCEPTUAL

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

Determina la existencia o no de dolor.

Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

PATRÓN VII.- AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares).

PATRÓN VIII.- ROL - RELACIONES

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral entre otros. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

PATRÓN IX.- SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

PATRÓN X ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Antecedentes históricos

La ciencia de enfermería tienen una amplia base teórica y el proceso de cuidados representa el medio de llevar a la práctica una serie de conceptos. El proceso de cuidados es un instrumento que exige la observación sistemática, el razonamiento sólido, buen juicio clínico y una planificación detallada.

El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

El término adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó la *Standards Nursing Practice*, que describe las cinco fases del proceso de enfermería: Valoración, diagnóstico enfermero, planeación, ejecución y evaluación.

DESCRIPCION DE ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

VALORACIÓN.

Es la primera etapa del proceso de enfermero, reúne toda la información que corresponde a respuestas humanas y fisiopatológicas, para así poder establecer objetivos y resolución de los mismos.

a) Recolección de datos

Entrevista.- El objetivo es obtener información sobre la persona.

Existen dos tipos de entrevista.

Entrevista formal.- Consiste en una comunicación con un propósito específico, utilizando formularios ya establecidos, la enfermera realiza la historia del paciente.

Entrevista informal.- Es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

b) Exploración física.- Determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, se obtienen datos para comparar y valorar la eficacia de las actuaciones, se confirman los datos subjetivos de la entrevista. Para ello se utilizan cuatro técnicas:

Inspección.- Es el examen visual cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.

Auscultación.- Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.

Palpación.- Se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel

Percusión.- Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

Observación.- Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información de la persona, como de cualquier otra fuente significativa de su entorno. Es una habilidad que precisa, práctica y disciplina.

c) El proceso de valoración

Para realizar una valoración correcta la enfermera debe ser capaz de:

- Comunicarse de forma eficaz
- Observar sistemáticamente
- Confirmar y concretar los datos con exactitud

d) Tipo de Datos:

DATOS SUBJETIVOS.- No se pueden medir y son los que expresa la persona. Lo dice sentir o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (Sentimientos).

DATOS OBJETIVOS.- Están constituidos por información real, observable, se pueden medir por cualquier escala o instrumento.

Datos históricos: antecedentes, son hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

Datos actuales.- Información sobre el problema de salud actual.

VALIDACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE DATOS

El propósito es confirmar que la información que se ha reunido es verdadera. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados.

Durante la recogida de datos la enfermera está simultáneamente validándolos e interpretándolos y esto ayuda a evitar inferencias incorrectas.

Los datos observados y que no son medibles, se someten a validación confrontándolos con otros datos que apoyen o se contrapongan a los primeros. La organización de los datos, nos ayuda a identificar problemas y posibles diagnóstico de enfermería, los modos más habituales de organizarlos es por necesidades humanas.

DIAGNÓSTICO

Es un estudio cuidadoso y crítico de algo con el fin de establecer su naturaleza, el término se presentó en 1953 por V. Fray para describir un paso necesario en el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería.

Diagnóstico de enfermería es un juicio clínico, sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. Proporciona fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras. (NANDA)

Tipos de diagnósticos

a) REAL.- Describe un problema que ha sido confirmado por la presencia de las características principales que lo definen. Consta de cuatro componentes.

1. **Etiqueta.-** Con términos claros y concisos que comuniquen el significado del diagnóstico.
2. **Definición.-** Debe añadir la precisión de la etiqueta y debe ayudar a diferenciar un diagnóstico determinado de otros diagnósticos parecidos.
3. **Características definitorias.-** Son los signos y síntomas que en conjunto forman el diagnóstico.
4. **Factores relacionados.-** Son los que han contribuido al cambio de estado de salud.

b) **ALTO RIESGO.**- Es un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida.

Etiqueta.- La alteración del estado de salud que se expresa va precedida por el término <riesgo de> o <alto riesgo de>.

Definición.- Debe expresar un significado claro y conciso como en el diagnóstico de enfermería real.

Factores de riesgo.- Identifican aquellas situaciones que incrementan la vulnerabilidad de un usuario o grupo, haciendo comparaciones que los hacen diferentes a los demás.

PLANEACIÓN

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar las necesidades, Según la prioridad de los diagnósticos se agrupan en tres categorías:

- Alta Prioridad.- Problemas de riesgo vital, por ejemplo paro cardiaco.
- Mediana Prioridad.- Suponen una amenaza para la salud.
- Baja Prioridad.- Surge de necesidades normales del desarrollo, requiere apoyo mínimo de enfermería.

ETAPAS DE LA PLANEACION

Establecer prioridades en los cuidados. Es el proceso en el que se determina un orden jerárquico de las necesidades afectadas. Es poco común que las necesidades sean abordadas al mismo tiempo, por lo que pueden agruparse en tres categorías: prioridad alta, media o baja. Las prioridades asignadas no son inmutables, van cambiando a medida que cambian las respuestas del paciente, los problemas y el tratamiento.

Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados: Describe lo que lo enfermera espera conseguir al realizar las intervenciones.

Una vez que hemos jerarquizado las necesidades o problemas a tratar, debemos definir los objetivos a cumplir con respecto a cada problema, teniendo presente que el fin de los objetivos son:

- Dirigir los cuidados.
- Proporciona un plazo para las actividades planificadas
- Servir como criterio para evaluar el progreso del paciente
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Normas generales para la descripción de objetivos

- La formulación debe ser simple, clara y concisa.
- El objetivo debe ser propio de una persona
- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- La formulación debe indicar un plazo preciso para la realización del objetivo.
- Debe evolucionar con la situación.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar.
- Elaborar objetivos cortos.

Existen dos Tipos de Objetivos:

Objetivos de enfermería. Lo que se espera que logre la enfermera. Van dirigidos a encontrar los puntos fuertes de la persona y sus familiares; de su comprensión de los cambios biofisiológicos, que experimenta la persona y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo como:

Objetivos a corto plazo.- Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando las personas son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

Objetivos a mediano plazo.- Requieren semanas o meses, podemos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

Objetivos a largo plazo.- Son los resultados que requieren de un tiempo mas prolongado.

Objetivos del paciente. Los cambios que logre el paciente, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados, estos deben ser alcanzables, medibles y específicos

Elaboración de las intervenciones de enfermería. Son estrategias concretas o actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud de la persona. La persona y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. El plan se individualiza enfocándolo en el factor relacionado, en las fuerzas y debilidades del paciente y en la gravedad y urgencia de su estado. Para lo se cual realizan diferentes intervenciones contando con el equipo de salud para realizarlo:

- Intervenciones independientes: es toda acción reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.
- Intervenciones dependientes: incluye problemas que son responsabilidad directa del médico, el designa las intervenciones que debe realizar la enfermera.
- Intervenciones interdependientes: trabajan y colaboran en el tratamiento, las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados de enfermería, es un método de comunicación de la información importante sobre la persona, su objetivo es servir como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería, coordina y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución, es la etapa de realización del plan de cuidados, en ella se inician las intervenciones previstas en el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Validación del plan de atención. Se necesita buscar fuentes apropiadas para validar el plan como colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente, dándole así la oportunidad de participar en su propia atención.
- Documentación del plan de cuidados. Debe estar escrito y al alcance de los miembros de salud. Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados, los más comunes son: individualizados, son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de la ejecución del plan, en el cual se incluye a la persona y a su familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones dirigidas a la resolución de las necesidades a fin de promover la salud.

EVALUACIÓN.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Al medir el progreso, la enfermera se

da cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus actuaciones. El proceso de evaluación consta de:

- La obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados.
- Emitir un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados. La evaluación tiene como finalidad asegurar cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones, dando la oportunidad de realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

CONCEPTO

El proceso de atención de enfermería Es un método por el cual se llega a detectar un problema de salud y así planear una solución buscando siempre que los objetivos se logren.

Una de sus características principales, es que se pueden describir las acciones de enfermería en forma sistemática y organizada, mostrando que la enfermería es más que seguir una indicación medica, es una profesión que puede ser independiente con toma de decisiones que cumplen con los requisitos para formar parte de una rama de la medicina respaldada siempre de fundamentación científica

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

El lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinflamatoria, autoinmune crónica que afecta el tejido conectivo de uno o más sistemas orgánicos.¹

La forma sistémica de lupus eritematoso tiene un compromiso tanto cutáneo como visceral y fue una patología reconocida en 1872 por Kaposi y a principios de este siglo Osler describió que se presentaban lesiones cutáneas polimórficas con artritis y varios casos de pacientes con lesiones renales con efecto en asa de alambre.

Con el desarrollo de pruebas de laboratorio sensibles para detectar anticuerpos relacionados con LES se modificó el espectro significativamente, debido a diagnosticar las formas más leves de la expresión de la patología.

Los anticuerpos que se producen lesionan los núcleos y la inflamación resultante estimula los antígenos, que a su vez estimulan más anticuerpos, empezando nuevamente el ciclo.

Después de estos hallazgos afirma el autor Harrison que la enfermedad de Lupus Eritematoso Sistémico tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas, una diversidad de hallazgos anatomopatológicos característicos y un rango de anomalías inmunológicas, incluyendo una gama de autoanticuerpos.

Uno de los datos clínicos principales es que altera los componentes de la sangre mediante un mecanismo desconocido, los leucocitos son menos atraídos hacia las zonas inflamadas y por lo tanto hacen menos mecanismo de defensa en el lugar de la infección, hay un suceso de equimosis y púrpura causadas por plaquetopenia, en las manos se presenta el signo de Raynaud que es una inflamación del tejido conectivo mismo que se presenta cuando la enfermedad sistémica se encuentra en fase activa, causa espasmos vasculares de las arterias arteriolas de las manos y dedos generando palidez que pasa a ser cianosis para finalizar en rubor, dolor y entumecimiento.

Las manifestaciones cutáneas se presentan en erupciones faciales con características en forma de mariposa y alopecia no uniforme.

¹ Joan Luckmann MA, RN

Con frecuencia causa fiebre, artritis, pleuritis, pericarditis, nefritis, anemia y enfermedad en sistema nervioso central.

En un principio se consideró que era una enfermedad exclusivamente dermatológica, pero luego se observó, que el compromiso abarcaba múltiples órganos y sistemas.

“La causa del lupus Eritematoso Sistémico sigue sin conocerse, aunque muchas observaciones sugieren que intervienen factores genéticos, hormonales, inmunitarios, y ambientales”.²

La enfermedad afecta principalmente a mujeres en edad fértil. La entidad está definida tanto por sus características clínicas como por la presencia variable de anticuerpos que atacan una o más partes del núcleo celular.

“El lupus eritematoso sistémico (LES) se destaca por activación de las células B, autoanticuerpos hipergammaglobulemia policlonal”.³

Quien padece la patología desarrolla anormalidades inmunitarias características por anticuerpos contra diversos antígenos nucleares y celulares.

El diagnóstico se basa en 4 manifestaciones del recuadro que expongo en el periodo patogénico y es establecido por la ARA (American Rheumatism Association), Considerando que una de las filas de hallazgo es considerada solo como un rasgo clínico.

Las anormalidades psiquiátricas son acompañantes comunes de la enfermedad. Desde hace más de cien años Kaposi informó sobre cambios mentales que podrían acompañar a esta enfermedad autoinmune. La amplia variabilidad de la prevalencia de enfermedad mental asociada al LES refleja métodos diferentes al momento de seleccionar los pacientes, las diferentes orientaciones de los investigadores y la carencia de criterios aceptables para hacer diagnóstico de LES activo. Existen también múltiples controversias

² J.Claude Bennett, M.D. 1997

³ John S. Sergent M.D. 1996

acerca de los factores responsables de las manifestaciones psiquiátricas en estos pacientes, las cuales han sido atribuidas a la fisiopatología de la enfermedad. Los efectos iatrogénicos de los corticosteroides y el estrés psicosocial son relacionados con la enfermedad crónica. Se ha sugerido que las variables psicosociales tienen más relevancia etiológica para los síntomas psiquiátricos que el proceso mismo de la enfermedad.

COMPLICACIONES RENALES

Una de las principales complicaciones que presenta la patología mencionada es la glomerulonefritis proliferativa difusa, ya que los antígenos nucleares (ante todo DNA) se depositan en la membrana basal glomerular o se forman in situ causando inflamación crónica que tarde o temprano origina necrosis fibrinoide y cicatrización perdiendo la función renal.

Clínicamente se desarrolla la nefritis de un 50 a 75% de pacientes, cursando en forma silenciosa sin presentar datos clínicos por lo que se detecta por medio de la muestra de orina determinando la cantidad de urea y creatinina como exámenes de rutina para control.

Al comienzo de la complicación renal, la mayoría de los enfermos se encuentran asintomáticos.

En la forma sintomática se presenta el síndrome nefrótico con Edema llegando a un extremo de presentar Anasarca, encefalopatía hipertensiva, a causa de glomerulonefritis que progresa en forma rápida, encontrando también anomalías en la orina con presencia de hematuria, leucocituria, cilindraría y proteinuria.

Considerando más importante de la mejor manera de evaluar la función renal, es por medio de las determinaciones seriadas de los valores de creatinina serica, para esto se debe realizar una prueba de depuración de creatinina serica con la recolección de orina total de 24 hrs., en la que si resulta mas de 3 mg/dL deben ser biopsiados y si resulta una

biopsia con glomérulos esclerosados indica que difícilmente responderán a un tratamiento inmunosupresor.

El estudio de las biopsias renales con microscopio de luz inmunofluorescencia y microscopía electrónica, han suministrado gran cantidad de información para detectar la naturaleza de nefritis en el LES encontrando hallazgos histológicos diferentes: Mesangial, Glomerulonefritis con Proliferativa Focal, difusa, membranosa y esclerosis glomerular.

A través de la biopsia Renal se adquiere información que determina el pronóstico y ayuda a elegir el tratamiento. Ya que detecta la actividad o inactividad de la lesión Renal, verificando si es lesión leve o severa. Aunque este punto de vista suscita una controversia, se complementa un diagnóstico con ultrasonido renal bilateral y con manifestaciones clínicas en resultados de laboratorio.

La información relativa a la localización de depósitos inmunitarios, el patrón histológico de lesión renal y la actividad y cronicidad de las lesiones son datos muy útiles para predecir un pronóstico y elegir un tratamiento adecuado. En la glomerulonefritis leve, no suele provocar insuficiencia renal, los depósitos de Ig se encuentran depositados al mesangio, por el contrario se encuentran fuera del mesangio en la membrana basal glomerular capilar el pronóstico empeora.

Los índices de actividad y cronicidad señalan la gravedad y reversibilidad de las lesiones. “Las lesiones <activas> reversibles, asociadas a un riesgo elevado de progresión hacia la insuficiencia renal, son la necrosis glomerular, las semilunas epiteliales, los trombos hialinos, los infiltrados inflamatorios intersticiales y las vasculinitis necrosante.”⁴

Los cambios inflamatorios irreversibles no suelen responder a la inmunodepresión los que se asocian a la insuficiencia renal son:

Esclerosis Glomerular, semilunas Fibrosas, Fibrosis intersticial y la iatrogenia tubular.

⁴ Harrison 2000

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Es un proceso fisiopatológico, con múltiples causas, cuya consecuencia es la pérdida del número y funcionamiento de las neuronas y que conlleva a insuficiencia renal Terminal.

La uremia es un síndrome clínico y analítico que refleja la disfunción renal aguda o crónica no tratada.

La NFK Nacional Kidney Foundation clasifica la insuficiencia renal en 5 estadios, en función del filtrado glomerular renal.⁵

ESTADIO	DESCRIPCION	FGR
I	Daño renal con FGR normal	Mayor de 90 ml por min.
II	Leve	60 a 89 ml por minuto
III	Moderado	30 a 59 ml por min.
IV	Severo	15 a 29 ml por min.
V	Fallo renal	Menos de 15 ml por min.

Etiología

La glomerulonefritis era la primera causa de IRC hoy en día son otras causas las que se asocian a las patologías tales como nefropatía diabética, hipertensiva y lupus eritematoso sistémico entre otras.

FISIOPATOLOGIA

La reducción de la masa renal causa hipertrofia estructural y funcional de las neuronas supervivientes. En la nefritis lúpica se presenta daño en las neuronas por inflamación que genera necrosis y cicatrización finalizando en daño renal Terminal.

Como complicación de la falla renal se presenta la hiperazoemia como resultados metabólicos de degradación de proteínas y aminoácidos resultando otras manifestaciones sistémicas como son descontrol de la homeostasis, desequilibrio hidroelectrolítico, falta de producción de eritropoyetina.

⁵ Pérez Martínez J.

CUADRO CLINICO

Los síntomas se desarrollan de forma variada y en ocasiones lenta, cuando se manifiesta normalmente el daño renal esta avanzado y con manifestaciones como fatiga, debilidad y mal estar general.

Hay extravasación en los lechos vasculares de la parte líquida de la sangre, y es típico en el abdomen (ascitis) y en el tórax (derrame pleural, derrame pulmonar o derrame pericárdico).

Dependiendo de la naturaleza y la gravedad de la enfermedad subyacente cirrosis hepática, insuficiencia cardiaca, síndrome nefrótico, etc.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

PERIODO PREPATOGENICO.

La enfermedad de Lupus eritematoso sistémico es una enfermedad variable en su inicio por lo que no se puede predecir ya que no se ha comprobado su procedencia se tiene como dato que puede ser hereditaria lo cual continua en investigación, se sabe que es una enfermedad autoinmune. Su avance y pronóstico es reservado a evolución, considerando que afecta principalmente a mujeres y sobre todo en edad fértil y esto es relacionado con el nivel de hormonas que se presentan en el cuerpo en mencionada etapa.

PERIODO PATOGENICO

Sistema orgánico	Criterios de la ARA para clasificación de LES	Otros rasgos
Cutáneo	Eritema malar erupción discoide fotosensibilidad	Fiebre, malestar, anorexia, pérdida de peso, alopecia, urticaria, lesiones ampollares, vasculinitis.
Músculoesquelético	Artritis no erosiva	Artralgias, mialgias, miositosis, laxitud ligamentosa, necrosis ósea avascular
Cardio-pulmonar	Pleuritis pericarditis	Derrames pleurales, miocarditis, neumonitis, hipertensión pulmonar
Renal	proteinuria cilindruria	síndrome nefrotico insuficiencia renal
Neurológico	psicosis convulsiones	síndrome mental orgánico anormalidades de pares craneanos neuropatías periféricas
Gastrointestinales		Serositis, ascitis, vasculinitis pancreatitis y niveles elevados de enzimas hepáticas
Hematológico	Anemia hemolítica leucopenia 4000- ml Linfopenia 1500 _ ml trombocitopenia menos de 100.000 ml	Anemia de procesos crónicos Anticoagulante lúpico, trombosis, esplenomegalia
Otros sistemas		Linfadenopatias
Laboratorio	Anti DNA Anticuerpos antinucleares	

PERIODO POSPATOGENICO

Sabiendo que el LES es una enfermedad con múltiples complicaciones el periodo pospatogènico estará basado en las afecciones que se hayan presentado en los diferentes órganos y sistemas.

CAPITULO III
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

FECHA: 8/03/08

Nombre: A. G. C.

Sexo: Femenino

Edad: 21 años

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Secundaria incompleta

Ocupación: Hogar

Lugar de nacimiento: Apatzingán, Michoacán

Residencia: Apatzingán, Michoacán.

Religión: Católica

Escolaridad: Secundaria

Peso 50 Kg.

Talla 1.56 cm.

Lugar de Referencia: Hospital general "Ramón Ponce Álvarez", de Apatzingán Michoacán.

Familia: mama 5 hermanos. Pareja en unión libre.

A. H. F.: Abuela materna finada por CA de páncreas, abuelo materno finado por cáncer de pulmón, tío materno con Lupus Eritematoso Sistémico.

A. P. N. P.: Habita casa tipo urbano construida de tabique y cemento, cuenta con agua potable, luz y drenaje, realiza 3 comidas al día, con horario irregular, consume carne 2/7, verduras 3/7, legumbres 3/7, no ingiere lácteos. Toma 1litro de agua al día. Acostumbra bañarse cada tercer día, refiere esquema de vacunación completo.

A. P. P.: Niega toxicomanías, alérgicos interrogado y negados. Biopsia de hígado por laparoscopia hace 9 años, Transfusiones en dos ocasiones la primera hace 9 años y la última hace 20 días, dolor en articulaciones desde hace 10 años, que se llegan a presentar en gran intensidad con temperaturas bajas. Portadora de Lupus Eritematoso Sistémico de 10 años de evolución, tratado con prednisona 10mg. cada 24 horas. Desde hace 1 mes presenta cefalea intensa, nauseas, vomito, ataque al estado general e hipertensión arterial, motivo por el que acude al hospital que la refiere, lugar donde le diagnostican nefropatía Lúpica.

A.G.O.: Menarca a los 16 años, Ritmo 30/4, I.V.S.A. 20 años, N.P.S. 1, G. 0, M.P.F. preservativo.

PRIMER INGRESO 08/03/08 – 14/03/08

Motivo de referencia: El día 8 de marzo a las 22:40 hrs. del presente llega a urgencias A. G. C. en carro particular, conciente, orientada, con palidez de piel y tegumentos ++, deshidratación +, sin datos de dificultad respiratoria, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, peristalsis presente. Extremidades integrales, con equimosis y edema ++.

Signos vitales: TA 160/120, FC 92x`, FR 24x`.

A las 23:30 se envía a piso en el servicio de medicina interna.

Permanece en aislado para protección inversa, presenta dificultad respiratoria con una frecuencia de hasta 33x`, con apoyo de oxígeno por puntas nasales a 3 litros por minuto y retirándolo disminuyendo por .5ml x` hasta retirarlo. Se le instala catéter Tenckhoff para diálisis peritoneal de urgencia el 09/03/08 por la mañana ya presentó anasarca e hiperazoemia Lab. Hb. 12.8 mg/dl, Leucos 4.800, plaquetas 139.000, glucosa 86mg/dl, urea 205 mg/ml, creatinina 5.8. El 10/03/04 inicia tratamiento de diálisis aguda con solución al 1.5% con 30 recambios pasando 1500 mililitros ya que refiere dolor abdominal y a partir del recambio 14 se pasan 2000 mililitros con buena tolerancia hasta terminar. Frecuentemente presentaba insomnio se mostraba irritable con ansiedad.

Se le tomo un ultrasonido renal bilateral en el que se reporta todo normal solo parénquima ecogénico a corroborar con diagnóstico clínico, durante el tiempo que permaneció presento cifras elevadas en la presión sanguínea, así como plaquetopenia, leucopenia y anemia.

Su respuesta a su estancia hospitalaria era de estrés, enojo, irritable, inquieta abría la solución venosa y se quitaba el catéter cutáneo, por lo que siempre estaba bajo vigilancia estricta, contando con el apoyo de su mamá.

Frecuentemente presento náuseas, vómito, intolerancia a los alimentos poco apetitosos por bajo contenido en sales. Su higiene al principio era deficiente, acostumbraba bañarse 3 veces a la semana, su dentadura completa pero con presencia de caries y sin aseo adecuado después de los alimentos, presentaba edema generalizado el cual cedía con la diálisis. La tensión arterial se vigilaba frecuentemente. Manteniendo cifra en sístole menor de 160 y diástole menor de 100. Egreso con alta por mejoría. Y con familiar (mamá) educada para realizar diálisis en su casa con horarios de 6, 12, 18 y 23.

Segundo ingreso: 31/03/08 – 6/04/08

Ingresa de la consulta externa por presentar hipertensión con cifras de 180/120, se inicia diálisis aguda con 1 hora de estancia y 30x de drenado hasta completar 30 recambios alternando 3:1 al 1.5% y 4.25%.

Se observan equimosis en abdomen miembros pélvicos inferiores, edema generalizado, presenta dolor abdominal que se irradia a ambas fosas renales, se realiza citoquímico el cual se encontró negativo a infección. Al aplicar medicamento metoclopramida presenta reacción con ansiedad se reporta a médico nefrólogo y se suspende, se estuvo tratando terapéuticamente con antimicóticos bacterianos con lo cual disminuyó el dolor abdominal, presenta taquicardias de 120 a 135 latidos por minuto, refiere dificultad respiratoria leve así como estrés se aplica B adrenérgico (propranolol) y se colocan puntas nasales a 3 litros por minuto al mejorar el edema y con signos vitales estables egresa con alta por mejoría con diálisis horaria 6, 12, 18 y 23 horas.

Tercer ingreso 16/04/08 – 7/05/08

Ingresa al servicio de urgencias proveniente de admisión hospitalaria para diálisis aguda y realizar biopsia renal.

Valorada por Hematología y reportada con deterioro principalmente a nivel hematológico tiene pancitopenia con neutropenia profunda, anemia grave a pesar de transfusión y trombocitopenia que mejoro con 10 concentrados plaquetarios. Reportada por nefrología paciente grave, altamente complicable por lo que se da aislamiento por protección inversa. Se le proporciona orientación a la madre y a la usuaria quienes aceptan favorablemente.

Al ser valorada por reumatóloga refiere que se encuentra con actividad Lúpica y pancitopenia probable por azatioprina la cual se suspende.

El 25/ 04/ 08 Presenta úlceras orales la cuales son tratadas con colutorios de nistatina enjuagues bucales, se observa ansiedad y refiere querer abandonar el tratamiento, la madre se encuentra desesperada y refiere sentirse mal por no poder hacer nada ya que A. se muestra irritable con llanto. Mejora edema se recibe resultado de biopsia renal donde comentan glomerulopatía focal. El pronóstico no es bueno por el inicio de daño renal y alteraciones hematológicas en plaquetas, neutrofilos y hemoglobina, que concluirán mayor inmunodepresión y con riesgo a presentar enfermedades oportunistas incrementando morbi-mortalidad.

Por su padecimiento presenta flebitis y se comporta renuente y con ideas suicidas para dejar de sufrir, por la confianza que logre ganarme de ella platicamos y refiere que el 29 de abril será su cumpleaños y no quiere esta en el hospitalizada, durante la conversación acepta quedarse en hospital para esperar que posiblemente se recupere y faltando y se deja que la canalice mostrándose optimista. Se mantiene animada y llegándose el día de su cumpleaños le prometo festejar su cumpleaños, y con el apoyo de trabajo social, compañeras de enfermería y psicología se le realizo su festejo a lo que se mostró muy optimista y cooperadora.

El día 7 de mayo es dada de alta por mejoría. Aun permanece con anemia presentando hemoglobina de 5.9mg/dl pero la mamá no tiene posibilidades de donar por lo que se envía con hoja de referencia para transfundir en Apatzingán, se cita en 2 semanas a nefrología y con Tx. En casa. Se dan datos de alarma, medidas generales de cuidados, orientación sobre

nutrición y con tratamiento de diálisis peritoneal con horarios de cada 6 horas, cita abierta a urgencias.

Durante su estancia en casa se comunica por teléfono para preguntar si puede sustituir el concentrado de la bolsa de diálisis por encontrarse económicamente en malas condiciones y por indicación del nefrólogo le comunique que no porque se puede complicar. En varias ocasiones llamaba para saludarme y referirme que Quería que alguien la escuchara y al final de la plática se sentía mejor.

Cuarto ingreso 30/05/08 -12/06/08

Es trasladada de Apatzingán en ambulancia por presentar crisis convulsivas, ingresa al servicio de urgencias e área de choque, con una saturación de oxígeno de 60 a 70 % se intuba y se envía a Unidad de Cuidados intensivos donde permaneció del 26 al 30 de mayo. El 30 de mayo la recibo en medicina interna encontrándola letárgica, con edema, palidez de piel y tegumentos, tolerando poco la vía oral, refiriendo molestia por la cánula endotraqueal y misma que ella se retiro, en los reportes de enfermería informan que ante lo sucedido cambiaron modo de ventilación a mascarilla facial con una FIO2 de 80 y disminuyendo a 60 %. Continúa con oxigenoterapia por puntas nasales. Refiere dolor abdominal por lo que se toma muestra para citoquímico el que resulta con candidiasis, motivo por el cual le retiran catéter tenckhoff el miércoles 5/06/08 y le colocan catéter Mahunkar para hemodiálisis programada para el lunes 9/06/08. El día domingo 8 de junio presenta encefalopatía urémica con datos de desorientación y agitación psicomotriz y por no haber lugar en el hospital civil se le envía a un hospital particular donde le realizó la primer sesión en la cual responde favorable.

El día 9 presenta ascitis en cantidad significativa y epistaxis y hemoptisis que pueden ser por anticuerpos con membrana basal.

El 11 de junio recibe segunda sesión de hemodiálisis se observa mejoría en edema y sin ascitis presente, solo refiere ligero dolor abdominal y estar contenta porque ya no se le realizara diálisis peritoneal, refiriéndolo constantemente que ya la tenia enfadada la diálisis

y que además ya se cambiaron de residencia de Apatzingán a Morelia para asistir puntual a sus sesiones de hemodiálisis mismas que ya están programadas. Se va de alta el 12 de junio ya que ha mejorado su edema y ante la favorable respuesta a hemodiálisis.

Quinto ingreso 12/06/08

El día 17/06/08 acude a su cita de hemodiálisis y refirió haber presentado evacuación diarreica y con signos vitales estables se inicia la ultrafiltración presenta pérdida de la conciencia la cual se recupera con administración de soluciones coloides.

Lab. HB: de 6.3 y Hto. De 19.9. Se desconecta a la hora con treinta minutos y se avisa a familiar de estado crítico de A.

Posterior a la desconexión presento falla cardiaca de 146 latidos por minuto, se envía a urgencias para estabilizarla y se refiere a hospital de la mujer donde ha sido tratada y por contar con expediente clínico.

Ingresa a urgencias, conciente tranquila, estable y se envía a medicina interna donde la valora el médico nefrólogo.

La mama refiere que tiene 4 días con vomito y diarrea, se observan evacuaciones acuosas y abundantes.

Se observa con palidez generalizada, ojos hundidos con disminución de globos oculares, mucosas orales secas, ruidos cardiacos de baja intensidad con peristalsis disminuida, con edema en extremidades inferiores, eritema palmar. Pronostico malo para la vida a corto plazo. Se avisa a su mama.

Se abordó el tema de la muerte con la mama la cual refiere que “es lo mejor para que descanse su hija que ya no la quiere ver sufrir“ y refiere sentirse mal por estar deseando la muerte de su hija pero es mas el dolor de verla en el estado que esta y tanto que sufrido en sus estancias frecuentes y prolongadas en el hospital.

El miércoles 18/06/08 manifiesta malas condiciones generales con tendencia a hipotensión, hipoglucemia y neuropatías.

Refiere A. “Ya me voy, no se a donde pero es un lugar muy bonito” y al decirlo se observa tranquila con semblante en su rostro relajado. Llamo por teléfono a su padre y a su pareja para despedirse de ellos, expresando cuanto los quería y que ella iba a estar mejor.

A las 20:00 se presento en estado comatoso del cual se aviso a los familiares que no se iba a recuperar. Fue presentando respiración agónica y tensión arterial de 100/50 sin elevarse. Hipoglucemias de hasta 20mg/ml aun con infusión continúa de glucosa al 50% diluida en 500ml de sol. Gluc. al 5% para 24 horas.

Se realizo un proceso de duelo en el que participamos Psicología y enfermería al llevar a sus 5 hermanos y mama a despedirse con previa preparación psicológica.

El 21 de junio presenta convulsiones generalizadas desde las 2:30 y finalmente a las 5:55 cayo en paro respiratorio y después cardiaco. No estaban indicadas maniobras de reanimación. Se declara fallecida finalmente a las 6:30 horas avisándoles a familiares madre y a un hermano.

Diagnósticos de defunción:

- | | |
|---|------------------------|
| 1. Acidosis Metabólica severa no compensada | 24 horas de evolución. |
| 2. Insuficiencia renal crónica Terminal | 4 meses |
| 3. Nefropatía Lúpica | 5 meses |
| 4. lupus eritematoso sistémico | 10 años |
| 5. Gastroenteritis aguda Pb. bacteriana | 5 días |

VALORACION
DATOS SIGNIFICATIVOS POR PATRONES
FUNCIONALES DE SALUD

1.- PATRON PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Habita en casa construida de cemento y tabique sin hacinamiento, Cuenta con todos los servicios básicos, hábitos higiénicos inadecuados con baño cada tercer día, aseo bucal deficiente.

En el tratamiento sustitutivo renal de diálisis peritoneal, no hay un seguimiento en su casa por un periodo de una semana por cuestiones económicas, motivo por el cual se presentan complicaciones severas con hospitalización en UCI.

2.- PATRON NUTRICIONAL / METABOLICO

Los alimentos que ingiere son: para nefrópata antes de iniciar diálisis peritoneal, hipoproteíca con 800 mililitros en 24 horas a su ingreso del 8/03/08 el 11/03/08 y después dieta para nefrópata de 800 mililitros en 24 horas. Refiere que los alimentos no le apetecen por falta de sal, por lo que expresa que es comida insípida que lo provoca nauseas, anorexia y vomito.

La ingesta de líquidos de 24 horas debe ser de 800 ml contando con las comidas.

A la inspección se observa con abdomen globoso a expensas de panículo adiposo en epigastrio, orificio de salida de de túnel subcutáneo donde se encuentra catéter de Tenckhoff permeable, con dolor a la palpación se realizo citoquímico de liquido dializante para cultivo y resultado candidiasis peritoneal, motivo por el que se retiro catéter tenckhoff. Presenta ulceras orales, equimosis en miembros superiores e inferiores y edema generalizado frecuentemente, cabello seco y opaco, alopecia en parte frontal. Piel seca y deshidratada.

3.- PATRON DE ELIMINACIÓN

Presenta oliguria de 5 a 10 mililitros en 24 horas, peristaltismo de normal a disminuido, halitosis urémica, proteinuria, evasión en su casa a vez al día en su estancia hospitalaria en su último ingreso presento diarrea sin presencia de sangre o moco.

Se coloca tipo foley por el estado delicado que presenta para control estricto de líquidos.

Presento ascitis la cual se recupera en 24 horas con diuréticos.

Diálisis peritoneal y hemodiálisis como sustitutivo de funciones renales.

4.- PATRON ACTIVIDAD / EJERCICIO

Refiere malestar, debilidad, dolor generalizado y en ocasiones abdominal, presenta signos vitales variantes saliéndose de los parámetros normales.

Requiere continuamente de oxígeno, se utilizaron e modalidades:

- Ventilación mecánica asistida
- Mascarilla facial con una FIO₂ del 70 a 80%
- Oxígeno por puntas nasales a 3 litros por minuto.

5.- PATRON DE REPOSO /SUEÑO

Refiere continuamente cansancio y Pérdida de sueño frecuentemente de 3 a 4 veces por semana acompañado con estrés y ansiedad dependiendo en estas ocasiones de fármacos inductores del sueño.

Se observan ojeras, párpados inflamados, confusión y con habla pausada y dificultosa.

Durante su estancia hospitalaria se observaba con irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño durante la noche y en el día se observa somnolienta.

6.- PATRON COGNITIVO / PERCEPTUAL.

Refiere dolor abdominal frecuentemente y en varias ocasiones generalizado.

En heridas de inserción de catéter tenckhoff y Mahurkar refiere leve dolor.

En parte lumbar se realizo biopsia renal y presento dolor que causa irritabilidad por no ceder fácilmente con analgésicos.

Por su estado de insuficiencia renal presenta variaciones en el estado de conciencia mismas que se observan con disminución cuando se realiza diálisis peritoneal.

En fase terminal agonizante se observo perdida de la memoria a corto plazo.

7.- PATRON AUTOIOMAGEN / AUTOCONCEPTO

Se observa deprimente por evolución de su patología, se muestra apática con dificultad para relajarse.

8.- PATRON ROL / RELACIONES

Presentó cambios en el estado de animo: tristeza, llanto y dificultad en la participación, en su estancia hospitalaria, exige a su mama a irse de alta voluntaria mostrándose con una actitud de cólera, con afrontamiento a un duelo por la perdida de la salud a lo que refiere que no sirve para nada.

Su pareja nunca se presento a visita durante su estancia hospitalaria, motivo por el cual se deprime constantemente.

9.- PATRON SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Presenta amenorrea por 5 meses con prueba de gonadotropina cuantitativa negativa a 4mg/dl. Con inicio de vida sexual activa de un año, sin haberse realizado prueba de papanicolaou, a su ingreso desconocía la técnica de exploración de mamas se le informa y se le enseña a autoexplorarse y se le observa cooperadora cuando tiene estado de ánimo favorable.

En el aspecto de vida sexual refiere que no la lleva a cabo por su padecimiento y culpabilidad por que oculto su patología a su pareja y siente que por eso esta distante con ella.

10.- PATRON AFRONTAMIENTO / ESTRES

Refiere impotencia de no poder recuperarse, se observa con inquietud negación al problema con duelo por negación a lo que le sucede, presenta conducta manipuladora con

su madre y conducta autodestructiva, se retiró el catéter cutáneo por varias ocasiones y con ideas suicidas.

11.- PATRON DE VALORES Y CREENCIAS.

Presenta rechazo recibir apoyo espiritual por las personas que visitan el hospital, siendo aun estas de la religión que A.G.C. profesa (católica).

PATRONES:	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
I.- PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Baño cada tercer día. Aseo bucal una vez al día. Coraje, Resignación y Estrés. No se realiza diálisis en el hogar por cuestiones económicas para conseguir el material.	Complicaciones por aumento de azoados y de líquidos.

<p>II .- NUTRICIONAL / METABOLICO</p>	<p>No le apetecen los alimentos por falta de sal. Nauseas, Anorexia y polidipsia.</p>	<p>Piel y mucosa oral con deshidratación. Ulceras en la mucosa oral Cabello opaco y seco Peso 50 kg. Talla 1.56 cm. Vomito y Edema.</p>
<p>III.- ELIMINACION</p>	<p>Gastroenteritis que presento desde el 15/06/08</p>	<p>Oliguria de 5 a 10 mililitros en 24 horas. Perdida de la conciencia por elevación de Azoados. Ascitis. Peristaltismo disminuido Proteinuria Diarrea 18/06/08</p>

IDENTIFICACION DE DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS

PATRONES:	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
IV.- ACTIVIDAD / EJERCICIO	Malestar., Debilidad muscular, dolor general, dolor abdominal.	TA 166/122, 60/35. FR. 33,12. FC.146, 60. FR. 33, 12. APOYO VENTILATORIO, MASCARILLA FACIAL 80 A 60 % DE FIO2, O2 XPN A3Lx`.
V.- REPOSO / SUEÑO	Cansancio	Temblor de manos, ojeras, parpados inflamados, confusión, habla pausada y dificultosa e irritabilidad.
VI.- COGNITIVO / PERCEPTUAL	Cefalea y dolor abdominal	Letárgica, irritabilidad y coma
VII.- AUTOIMAGEN AUTOCONCEPTO	Nerviosismo, apatía, dificultad para relajarse, deprimente y falta de participación en los cuidados	
VIII.- ROL / RELACIONES	Cambios en el estado de ánimo, tristeza, llanto cólera.	
IX.- SEXUALIDAD / REPRODUCCION	Inicio de vida sexual activa 20 años, pareja sexual en unión libre, no se ha realizado la prueba de panicolaou. No lleva vida sexual activa por su patología.	Ausencia de pareja en su estancia hospitalaria.

PATRONES	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
X.- AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS	Inquietud, tensión muscular, postura rígida, boca seca en estado agitado, negación del problema, conducta manipuladora con su mamá.	Ideas suicidas.
XI.- VALORES / CREENCIAS	Católica sin aceptar oración con rechazo a las personas que visitan a los pacientes con enfoque espiritual.	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PATRON PERCEPCION/ MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con escasez de recursos para la salud y económicos, manifestado por falta de seguimiento en el tratamiento, cuidados y presencia de complicaciones.

PATRON NUTRICIONAL METABOLICO

Alteración de la membrana mucosa oral relacionado con LES manifestado por lesiones en la mucosa oral.

Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo de diálisis peritoneal.

PATRON DE ACTIVIDAD/EJERCICIO

Intolerancia a la actividad relacionada con enfermedad crónica manifestado por reducción de la capacidad para realizar actividades y alteración de constantes vitales.

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con cambios en la frecuencia respiratoria manifestado por disnea, taquipnea y saturación de oxígeno

REPOSO/ SUEÑO

Alteración de reposos sueño relacionado con estrés de origen psicológico manifestado por cansancio, irritabilidad temblor de manos, parpados inflamados, ojeras y confusión.

AUTIMAGEN/AUTOCONCEPTO

Impotencia relacionada con insatisfacción ante la incapacidad de controlar una situación, manifestada por estados depresivos, irritabilidad, apatía, dificultad para relajarse y falta de participación en los cuidados.

ROL/RELACIONES

Estrés por traslado de un ambiente a otro manifestado por aprensión, depresión, ansiedad e ira

Alteración del bienestar relacionado con respuesta autónoma de dolor manifestado por llanto y lamento.

SEXUALIDAD REPRODUCCION

Disfunción sexual relacionada con enfermedad manifestada por alteración en la relación con la pareja.

AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Riesgo de suicidio relacionando con ideas suicidas

VALORES/CREENCIAS

Sufrimiento espiritual relacionado con trastorno del sistema de creencias manifestado por rechazo de apoyo espiritual

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con cambios en la frecuencia respiratoria manifestado por disnea, taquipnea y saturación de oxígeno
2. Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con falta de recursos para la salud y económicos, manifestado por falta de seguimiento en el tratamiento, cuidados y presencia de complicaciones.
3. Alteración de la nutrición relacionada con disminución del apetito manifestado por náuseas y vómito.
4. Alteración de la membrana mucosa oral relacionado con LES manifestado por lesiones en la mucosa oral.
5. Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés de origen psicológico manifestado con cansancio, irritabilidad, temblor de manos, párpados inflamados, ojeras y confusión.
6. Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo de diálisis peritoneal.
7. Intolerancia a la actividad física relacionada con la enfermedad crónica manifestada por reducción de la capacidad para realizar actividades y por alteración de las constantes vitales.
8. Impotencia emocional relacionada con insatisfacción ante la incapacidad de controlar una situación manifestado por estados depresivos, irritabilidad, apatía, dificultad para relajarse y falta de participación en los cuidados.

9. Sufrimiento espiritual relacionado con trastorno del sistema de creencias relacionado con rechazo de apoyo espiritual.
10. Duelo relacionado con enfermedad y sus complicaciones manifestadas por cólera, llanto y dificultades en la participación.
11. Disfunción sexual relacionada con enfermedad manifestado por alteración en la relación con la pareja.

PLAN DE CUIDADOS

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE

DX REAL.- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con cambios en la frecuencia respiratoria manifestado por disnea, taquipnea y saturación de oxígeno.

OBJETIVO.- Lograr que la usuaria mantenga una saturación adecuada para controlar las alteraciones vitales que se presentan.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN
<p>Mantener a la usuaria en posición de semifowler.</p> <p>Valorar alteraciones y tipos característicos de la respiración.</p>	<p>El decúbito supino hace que los órganos abdominales se desplacen hacia el tórax, presionando sobre los pulmones y dificultando la respiración.</p> <p>La posición semifowler aleja los órganos abdominales de los pulmones permitiéndoles una mayor expansión.</p> <p>La falta de oxígeno produce aprensión y ansiedad en el paciente.</p>	<p>La usuaria manifestara disminución en la dificultad respiratoria.</p> <p>La usuaria se mantendrá relajada, lo cual favorecerá en mantener las constantes vitales dentro de parámetros normales.</p>	<p>La usuaria presenta mejora en la saturación de oxígeno, y como consecuencia mejora en la frecuencia cardiaca.</p> <p>Se presento mejoría en las situaciones de estrés y angustia ya que la usuaria presento dificultad respiratoria.</p>

DIAGNOSTICO ENFERMERO

DX REAL.- Manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con falta de recursos para la salud y económicos, manifestado por falta de seguimiento en el tratamiento, cuidados y presencia de complicaciones.

OBJETIVO.- Lograr que la usuaria y su familia conozcan los riesgos que se presentan por omitir el tratamiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Informar en la importancia de solicitar ayuda económica de familiares para adquirir los recursos materiales que se necesitan.	Mantener una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas, conlleva a respetar la vida y los derechos de los humanos.	La usuaria estará informada de los riesgos que se pueden presentar al omitir el tratamiento.	La familia presento apoyo económico pero desafortunadamente se presentaron complicaciones fuera de mi alcance como profesional de enfermería.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

DX REAL.- Alteración de la nutrición relacionada con disminución del apetito manifestada por nauseas y vomito.

OBJETIVO.- La usuaria consumirá las necesidades alimenticias diarias de acuerdo a sus requerimientos metabólicos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Explicar la necesidad de un consumo adecuado en la calidad y cantidad de los alimentos.	Los nutrientes son una fuente de energía constituyen los tejidos y regulan los proceso metabólicos.	La usuaria aceptara la alimentación proporcionada durante su estancia hospitalaria.	La usuaria tolero la alimentación en l mayoría de las ocasiones durante su estancia hospitalaria.
Recomendar a la usuaria realizar de 4-5 comidas pequeñas al día, masticando lentamente y con horario regular	El centro de las nauseas y el vomito se encuentra en el bulbo raquídeo, el cual puede estimularse por sobre distensión gástrica.	La usuaria manifestara disminución en la sensación de nauseas evitando así el vomito.	Se obtuvieron resultados favorables, ya que la usuaria no presento nauseas y vomito después de consumir los alimentos en poca cantidad.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE

DX REAL.-Alteración de la membrana mucosa oral relacionado con LES manifestado por lesiones en la mucosa oral.

OBJETIVO.- Lograr mantener una humectación y limpieza adecuada que impida la resequedad y complicación de las lesiones orales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Enseñar la necesidad de cuidados bucales meticulosos y suaves.	La vasculinitis puede aumentar el riesgo de lesiones en la boca.	La usuaria cooperará en los aseos bucales que favorezcan en la mejora de su salud bucal.	Se mantuvieron las medidas planeadas y se colaboro en la mejora de la salud bucal de A.G.C.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

DX REAL.- Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés de origen psicológico manifestado con cansancio, irritabilidad, temblor de manos, parpados inflamados, ojeras y confusión.

OBJETIVO.- La usuaria manifestará un equilibrio óptimo entre el descanso y la actividad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACION
Explicar a la usuaria y a sus familiares las causas de las alteraciones del sueño y así procurar la relajación en un ambiente favorable.	Las técnicas de relajación fomentan la sensación de control del cliente sobre la respuesta de su cuerpo al estrés. (De Marco-Sinatra, 2000)	A.G.C. se mantendrá en un ambiente tranquilo manifestando sus inquietudes y necesidades que favorezcan a evitar el estrés.	Durante la atención brindada a la usuaria en su estancia hospitalaria se mantenía con episodios frecuentes de estrés pero al abordarla y al mantener relación adecuada enfermera – paciente se mostraba cooperadora logrando concebir el sueño fisiológico.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

DX DE RIESGO.- Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo diálisis peritoneal.

OBJETIVO.- La usuaria conocerá los cuidados que se deben tener para evitar infecciones peritoneales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Educar a la usuaria y familiares sobre la técnica y cuidados a pacientes con diálisis peritoneal y hemodiálisis.	El profesional de enfermería valora las necesidades de aprendizaje del paciente y su familia, marcando objetivos específicos para llevar a cabo diferentes estrategias de enseñanza.	La familia y la usuaria mostraron interés en la capacitación, proporcionada en la técnica y cuidados que requiere un paciente con diálisis peritoneal.	Se obtuvieron resultados favorables por parte de la usuaria y su familia al realizar el procedimiento sin observarse errores que arriesgaran la salud de la usuaria. NOTA: Desafortunadamente por su inmunodeficiencia, presento candidiasis peritoneal.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

DX REAL.- Intolerancia a la actividad física relacionada con enfermedad crónica manifestada por reducción de la capacidad para realizar actividades y alteración de constantes vitales.

OBJETIVO.- La usuaria aumentara la tolerancia a la actividad, al identificar los métodos para la intolerancia a la actividad y mantendrá las constantes vitales dentro de parámetros normales 3 minutos después de haber realizado alguna actividad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Tomar Fc, Fr y T/A antes y después de realizar alguna actividad física.</p> <p>Disminuir los efectos de reposo en cama prolongada y de inmovilidad.</p> <p>Optimizar el equilibrio y la tolerancia a la sedestación mejorando la fuerza muscular.</p>	<p>La respuesta de una persona a la actividad se evalúa comparando constantes vitales antes y después de la actividad.</p> <p>La inactividad musculoesquelética o inmovilidad perjudica todos los sistemas del organismo.</p> <p>Por cada día de inactividad, los músculos pierden aproximadamente 3% de su fuerza.</p>	<p>La usuaria realizo progresivamente actividades, manteniendo las constantes vitales en parámetros normales.</p>	<p>Se observó progreso en la actividad, tomando en cuenta que se apoyo en ejercicios de calentamiento al inicio de cada actividad.</p>

DIAGNOSTICO ENFERMERO

DX REAL.- Impotencia emocional relacionada con insatisfacción ante la incapacidad de controlar una situación manifestada por estadios depresivos, irritabilidad, apatía, dificultad para relajarse y falta de participación en los cuidados.

OBJETIVO.- La usuaria participara en los cuidados brindados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Aumentar la comunicación eficaz enfermera-paciente a través de la escucha activa permitiendo que ella exprese sus emociones y sentimientos.	Las personas que sufren enfermedades crónicas necesitan ayuda para no verse como victimas desvalidas. Las personas con sentimientos de esperanza, autocontrol, determinación e identidad tienen más capacidad para enfrentarse a los retos de sus enfermedades.	Durante las intervenciones la usuaria se mostró cooperadora a y con interés a sus cuidados	Se logro que la usuaria se sintiera participe en sus cuidados, observándose contenta e indispensable para llevar a cabo su tratamiento.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

DX REAL.- Sufrimiento espiritual relacionado con trastorno del sistema de creencias manifestado por rechazo de apoyo espiritual.

OBJETIVO.- La usuaria Encontrara un significado a su vida, suprimiendo la ira hacía Dios y creencias espirituales teniendo esperanza de amor en un ser supremo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Explicar a la usuaria que la ira hacia Dios es una reacción frecuente ante la enfermedad, el sufrimiento o la muerte. Educar a la usuaria a expresar y reconocer sus sentimientos de ira. Ofrecer el contacto con su líder habitual. Aconsejar la oración, la visualización y la meditación para verse a sí misma como ser superviviente y no como víctima.	El duelo es una reacción del sujeto ante la pérdida de algo significativo que desencadena la ira y el coraje en una de sus etapas. La rebelión o la ira contra lo inevitable se presentan una vez que el paciente se ha percatado de su gravedad o proximidad de la muerte. La lectura y la oración estimula la relación con un ser supremo y consigo mismo. La oración puede proporcionar fuente de bienestar y fuerza.	Se mostró inclinada a sus creencias teniendo una esperanza de ayuda y encuentro con un ser supremo.	Se observo que A. se reconcilio con Dios y sus creencias. NOTA: Posterior a presentar encefalopatía se mostró con rechazo a recibir ayuda espiritual. A lo cual se respeto su decisión.

DIAGNOSTICO ENFERMERO

DX REAL.- Duelo relacionado con enfermedad y sus complicaciones manifestadas por cólera, llanto y dificultad en la respiración.

OBJETIVO.- Permitir a la usuaria la expresión de sentimientos, intereses, emociones, temores y decisiones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Programar un tiempo con su familia para reunirse y comentar sus sentimientos. Crear un entorno tranquilo	La presencia de familiares o amigos significativos brinda al paciente apoyo y comprensión Un ambiente tranquilo conlleva a la reflexión la cual permite concientizar y reconocer los dilemas del entorno.	La familia visito a la usuaria con la finalidad no sólo de compañía sino de escucharla y apoyarla dándole señales de afecto.	La paciente se mostro plena al ver el interés de su familia hacia sus sentimientos.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE

Dx REAL.- Disfunción sexual relacionada con enfermedad manifestada con alteración en la relación de la pareja.

OBJETIVO.- la usuaria buscara reconciliación con la pareja.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
Fomentar la comunicación entre la usuaria y su pareja.	La comunicación fortalece en los seres humanos los lazos afectivos. El proceso de comunicación y la relación interpersonal influyen directamente en la valoración del estado de salud del individuo. Es necesaria la comunicación entre la pareja para expresar las inquietudes, comprender las necesidades sexuales y solucionar las tensiones y problemas.	La usuaria se mantuvo comunicada con su pareja por vía telefónica ya que se encontraba ausente en el hospital.	No se obtuvo un resultado deseado ya que su pareja nunca se presento.

EGRESO POR DEFUNCIÓN

Ingreso: 8/03/08

Egreso: 21/06/08

Hora de fallecimiento: 6:30 horas

Desafortunadamente A.G.C. presento complicaciones que estuvieron fuera del alcance del personal sanitario, por mi parte hay una satisfacción en haber prestado mis servicios a la usuaria ya que antes de morir se mostró con tranquilidad y aceptación, agradeciéndome ese acercamiento con su familia tanto emocional como espiritual en su lecho de muerte teniendo una esperanza de vida eterna en Dios.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

- Escuchar y orientar a los familiares para superar el duelo por el fallecimiento de su ser querido.
- Integrar el expediente clínico con las anotaciones correspondientes.
- Proporcionar los cuidados pos-mortem

CONCLUSIONES

Afirmo que enfermería es una profesión de arte y creatividad en la cual los profesionales podemos desarrollar nuestras habilidades para otorgar cuidados y atenciones que vayan encaminados a la conservación de la salud y el bienestar espiritual.

Considero que haber trabajado el proceso de atención de enfermería de acuerdo a los patrones funcionales que establece Marjory Gordón facilito el desarrollo de las intervenciones de enfermería en la usuaria, ya que logre lo que me propuse en mis objetivos, tomando en cuenta que la muerte es parte de la vida y enfermería es una profesión donde se interactúa con el usuario y familiar en todos los aspectos.

Logre mantener a la usuaria con atención y medidas de confort que ayudaron a otorgar un trato digno y respetuoso en todo momento y sobre todo en el momento de agonía y muerte.

Estoy satisfecha de haber presentado este proceso de atención de enfermería con una usuaria que necesito más que cuidados físicos, lo que me llevo a desarrollar un serie de estrategias para conservar ese descanso espiritual que se requiere en situaciones de duelo ante la perdida de la salud.

PROPUESTAS DE TRABAJO

1. Que el personal de enfermería recuerde continuamente el decálogo de ética y para recordar continuamente que no trabajamos con objetos, si no con personas y por lo tanto ser sensibles y respetuosos al dolor de nuestros semejantes..
2. Capacitación y preparación continúa sobre tanatología, para saber enfrentar los momentos difíciles de la pérdida de la salud o de algún ser querido.
3. Interactuar y propiciar la comunicación con los pacientes de forma que sientan confianza para poder expresar sus sentimientos.
4. Estar reforzando nuestra fe en un Ser Supremo, Dios, para poder ofrecer palabras de aliento y esperanza de vida eterna.

ANEXOS

EXPERIENCIA PERSONAL

Para mi ser profesional de enfermería es más que dar un cuidado o una acción a ejecutar, es ver a los usuarios mas allá de su padecimiento, como un ser holístico.

Quise hacer mi proceso de atención de enfermería con A. Por enfrentarme a un reto, ya que desde el primer día que me toco atenderla, se mostraba de carácter fuerte y con actitud de ira, exigiendo sus medicamentos minutos antes de que le tocaran y alerta de lo que le daba, como si se me fueran a olvidar, siempre la trate con paciencia y para que cooperara la hacia participe de sus cuidados, en la primer semana se descanalizo vena periférica y le abría a la solución de base, por su estado de ánimo negativo y al observarla le platique en forma agradable y convencedora de que entendiera la importancia de mantenerla con solución periférica a infusión continua y controlada, a lo que se inicio una relación enfermera-paciente favorable ganándome su confianza y participación.

Es un interesante caso clínico por la edad, el pronóstico reservado que conllevaba la patología que presentaba, y además con el mal manejo de diagnostico médico, (anemia de origen desconocido) y por lo tanto terapéutico que se le dio desde hace diez años hasta marzo del 08, requiere la atención de enfermería de calidad, y con fundamentos científicos que respalden mis cuidados a la usuaria.

**DECLARACION DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MORIBUNDAS
ESTABLECIDA EN Lansing, Michigan.**

Tengo derecho a ser tratado como ser humano hasta que muera.

Tengo derecho a conservar un sentido de esperanza, cualquiera que sea el enfoque que pueda dársele.

Tengo derecho a ser atendido por quienes pueden conservar una esperanza, cualquiera que sea el cambio que pueda haber.

Tengo derecho a expresar a mi modo mis sentimientos y emociones sobre la proximidad de mi muerte.

Tengo derecho a no ser engañado.

Tengo derecho a recibir ayuda de mi familia y para ella, en lo referente a aceptar mi muerte.

Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.

Tengo derecho a conservar mi individualidad y q que no se juzguen mis decisiones que pudieran ir en contra las creencias de otros.

Tengo derecho a participar en las decisiones de mis cuidados.

Tengo derecho a esperar atención médica y de enfermería continua, aunque las metas de “curación” deban cambiarse a las de “cosuelo”.

Tengo derecho a no morir solo.

Tengo derecho a no padecer dolor.

Tengo derecho a que mis preguntas se respondan honestamente.

Tengo derecho a aumentar mis experiencias religiosas, espirituales, o ambas, sin importar lo que a ello signifique a otros.

Tengo derecho a que se respete la santidad del cuerpo humano después de la muerte.

Tengo derecho a ser atendido por personas atentas, sensibles, capaces, que intenten comprender mis necesidades y pueda obtener cierta satisfacción de ayudarme a enfrentar mi muerte.

VALORACIÓN PARA ADULTOS POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

(Marjory Gordon)

Nombre:

Fecha:

1.- PATRÓN PERCEPCIÓN DE SALUD -MANEJO DE SALUD

¿Cómo ha sido su salud en general? **Buena Regular Mala**

¿Tuvo algún catarro el año pasado? **Sí No**

Si procede: ¿faltó al trabajo o a la escuela? **Sí No**

¿Qué cosas importantes realiza para mantenerse sano?

¿Cree que estas cosas provocan un cambio en la salud? **Sí No**

¿Realiza autoexámenes mamarios? **Sí No**

¿Fuma cigarrillos? **Sí No** ¿Cuántos?_____ ¿Toma drogas? **Sí No**
Cuáles?_____

¿Tuvo alguna vez problemas con la bebida? **Sí No**

¿Cuándo bebió por última vez?

¿Ha sufrido accidentes (en casa, en el trabajo, conduciendo)? **Sí No**

En el pasado, ¿le resultó fácil seguir las recomendaciones que su médico o enfermera le indicaron?

Estado de vacunación

Medicación **Sí** Si procede: ¿Qué cosas son importantes para usted mientras esté aquí?

2.- PATRÓN NUTRICIONAL -METABÓLICO

¿Cuál es la ingesta típica diaria de alimentos?

¿Suplementos?

¿Cuál es la ingesta típica diaria de líquidos?
(describir)_____

¿Ha habido pérdida/ganancia de peso?

Respecto a los alimentos o a la alimentación: ¿malestar?

¿Deglución?, _____

¿Restricciones en la dieta?

Si procede: ¿Está amamantando? ¿Tiene algún problema? Piel y mucosas

Peso: _____ Talla: _____

3.- PATRÓN ELIMINACIÓN

Patrón de eliminación intestinal (describir). Frecuencia, características, molestias.

Problemas con el control de esfínteres

Uso de laxantes.

Patrón de eliminación urinaria (describir). Frecuencia.

Drenajes. **Sí No** Tipo: _____ Sondas. **Sí No** Tipo: _____

4.- PATRÓN ACTIVIDAD -EJERCICIO

Patrón de ejercicio. Tipo. Regularidad.

Actividades de tiempo libre.

TA: _____ FC: _____ FR: _____ (Síntomas
respiratorios _____)

5.- PATRÓN SUEÑO - DESCANSO

Generalmente, ¿se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de dormir? **Sí No**

¿Tiene problemas para conciliar el sueño? **Sí No**

¿Ayudas? **Sí No** Tipo: _____

¿Sueños (pesadillas)? **Sí No** ¿Despertar temprano? **sí No**

¿Períodos de descanso -relax? **Sí No**

6.- PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTUAL

¿Tiene dificultad para oír? **Sí No**

¿Ayuda farmacológica? **Sí No**

Visión. ¿Lleva anteojos? **Si No**

¿Cuándo se hizo la última revisión?_____

¿Algún cambio en la concentración de memoria? **Sí No**

¿Le resulta fácil/difícil tomar decisiones? **Sí No**

¿Algún malestar?

¿Dolor? **Sí No**

¿Cómo lo trata?

Nivel de conciencia:

Orientación:

7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

¿Cómo se describe a sí mismo?

La mayor parte del tiempo, ¿se siente a gusto (o no tan a gusto) consigo mismo? **Sí No**

¿Se han producido cambios en su cuerpo o en las cosas que pueden hacer?

¿Ha habido cambios en sus sentimientos hacia sí mismo o hacia su cuerpo (desde que comenzó la enfermedad)?

¿Hay cosas que le hacen enfadar frecuentemente?

¿Le hacen sentir miedo?

¿Le producen ansiedad? **Sí No** ¿Le deprimen? **Sí No**

¿Qué le ayuda?

¿Alguna vez ha perdido la esperanza?

Sí No

¿Se siente capaz de controlar las cosas en su vida?

¿Qué le ayuda?

8.- PATRÓN ROL - RELACIONES

¿Vive solo? **SI NO**

En caso de si ¿con quien vive?

¿Cómo trata la familia por regla general los problemas? **Bien Regular Mal**

La familia, ¿depende de usted para alguna cosa? **Sí No**

¿Qué tal lo trata? **Bien Regular Mal**

Si procede: ¿Cómo vive la familia/otros su enfermedad/hospitalización? **Bien Regular Mal**

Si procede: ¿Tiene problemas con sus hijos? **Sí No**

¿Dificultad para tratar con ellos? **Sí No**

¿Pertenece a algún grupo social? **Sí No**

¿Tiene amigos cercanos? **Sí No** ¿Se siente sólo (con frecuencia)? **Si No**

Situación laboral En el trabajo ¿generalmente las cosas marchan bien? **Sí No** Se siente parte (o aislado) del barrio donde vive?

9.- PATRÓN SEXUALIDAD -REPRODUCCIÓN

Si procede según la edad y situación:

¿Las relaciones sexuales son satisfactorias? **Sí No**

¿Ha habido cambios? **Sí No** ¿Problemas? **Sí No**

Si procede: ¿Utiliza contraceptivos? Sí No ¿Cuál?

¿Problemas? Sí ___No___

En mujeres: ¿Cuándo comenzó la menstruación?

Ultimo período menstrual.

¿Problemas menstruales? **SI NO**

¿Embarazos?

10.- PATRÓN DE Adaptación -TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Se ha producido algún cambio importante en su vida en el último año/dos últimos años?

¿Alguna crisis?

¿Se encuentra tenso la mayor parte del tiempo?

¿Cuándo está tenso, qué le ayuda?

¿Utiliza alguna medicina, droga o alcohol? **Sí No** _____ Cuando (si) ha habido grandes problemas (cualquier problema) en su vida ¿cómo los ha tratado?

11.- PATRÓN VALORES - CREENCIAS

Generalmente, ¿consigue en la vida las cosas que quiere? **Sí No**

¿Tiene planes de futuro importantes? **Sí No**

¿La religión es importante en la vida? **Sí No**

Si procede: ¿Le ayuda esto cuando surgen las dificultades? **Sí No**

12.- OTROS

¿Hay alguna otra cosa de la que no hayamos hablado y que quiera mencionar?

¿Tiene alguna pregunta?

HOSPITAL DE LA MUJER
DEPARTAMENTO DE NUTRIOLOGIA CLINICA

RECOMENDACIONES DIETETICAS
PARA INSIFICIENCIA RENAL EN PRE-DIALISIS
HIPOPROTEICA.

- Realizar 4 a 5 comidas de poca cantidad al día, masticando lentamente y con horario regular.
- Evitar las comidas abundantes y con alto contenido e azucares y grasas.
- Consuma preferentemente carnes blancas como pollo y pescado (asados, cocidos al vapor) una porción solamente de la comida, (restrinja el consumo de carnes a 1 vez al día).
- Evitar el consumo de sal, enlatados, embutidos, alimentos procesados que contengan sodio como conservador de estos productos.
- Remoje frutas y verduras durante la noche anterior y con otra agua cocerlas (evite caldos).
- Evite consumo de lácteos y llema de huevo.
- Emplee hierbas y condimentos para mejorar el sabor de los platillos por la ausencia de sal.
- Pueden presentarse cambios en el sentido del gusto del paciente por lo que debe procurar platillos con sabores fuertes.
- Evitar alimentos guisados, fritos empanizados, capeados, consuma carne de res 1 vez por semana.
- Consumir la cantidad de líquidos prescrita por el médico.

ALIMENTOS NO RECOMENDADOS

Sal, mostaza, café, Alcohol, pan dulce, refrescos, golosinas, manteca, mantequilla, caldos, enlatados, lácteos, papa, sustituto de sal, Knorr suiza, capsup, embutidos, Mayonesa, vísceras, Carnitas, tocino, crema, nata yema, chocolates, quesos, fríjol, sopas instantaneas, salsas magui, agua mineral, Hamburguesas, alimentos fritos, salsa de soya, frutas Frescas, verduras frescas, mariscos, carnes roja no y blancas una ración (75gr/día), leguminosas.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

- Pollo sin piel, pescado, queso panela, aceite oleico, aceite olivo, aceite de soya, tortilla, avena, amaranto, arroz, sopas de pasta, palomitas de maíz sin sal y pan tostado, cebolla.
- Duraznos, curuela, higos, manzana, pera, zanahoria, brócoli, chayote, acelga, betabel chicharo (cocidos).
- Lechuga y pepino con moderación.
- Azúcar (si no es diabético).

RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA INSUFICIENCIA RENAL EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO. HIPÈRPROTICA.

Carne roja 2 veces por semana, poco consumo de verdura cruda, preguntar al nutriologo si se permite el consumo de lácteos, poco consumo de sal con previa autorización del nutriologo.

NUTRIOLOGO:

Luís A. trujado Ramos

Jefe del departamento de nutriología clínica

Hospital de la Mujer.

GLOSARIO

ANASARCA: Es la manifestación aguda de IRC representada por Edema generalizado que se caracteriza por una excesiva colección líquida en el espacio intersticial (Extravascular).

ANTICUERPO: Inmunoglobulinas, parte de proteínas plasmáticas del organismo, que defienden fundamentalmente contra las fases extracelulares de las infecciones bacterianas y vírales.

ANTIGENO: Sustancia capaz de inducir la producción de anticuerpos.

AUTOANTIGENO: Antígeno que se origina en el propio cuerpo de una persona.

CUIDADOS PALIATIVOS: Cuidados sintomáticos de los pacientes cuya enfermedad ya no responde al tratamiento curativo.

DEPRESION: Sentimientos de tristeza y abatimiento, a menudo acompañados de cambios psicológicos como una disminución de la actividad física.

DIALISIS: Técnica por la que líquidos y moléculas pasan a través de una membrana semipermeable según las reglas de la ósmosis.

EDEMA: Presencia excesiva de líquido intersticial en el organismo.

HOMEOSTASIS: Tendencia del organismo a mantener una situación de equilibrio mientras cambia continuamente; Es un mecanismo en el que se aprecian las desviaciones de la normalidad y se contrarrestan.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Anne Griffin Perry Et al. Enfermería clínica, técnicas y procedimientos, Ed. Mosby, 4 ed. España 2003, pp. 1418.
2. Anne Griffin Perry Et al. Fundamentos de enfermería. Vol. II, 5 ed. España 2004, pp. 1748.
3. Ann Marrener – Tomey. Modelos y teorías en Enfermería. Mosby / Doyma libros S.A. Madrid, 1995, pp. 530
4. Catalina García Martín – Caro. Historia de la enfermería. Ed. Elsevier, Madrid España 2001, pp. 214
5. Babara Kozier y otros. Fundamentos de enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica. Ed. McGraww-Hill interamericana, Trad. Dr. José Luís Agud Aparicio, España, 2005, pp. 1022.
6. Beverly Witter Du Gas. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones de la NANDA. Ed. Harcourt, España, pp. 264.
7. Beverly Witter Du Gas. Tratado de Enfermería Práctica, Ed. McGraww-Hill interamericana S.A. de C.V., México, Mayo del 2001. pp. 725.
8. Elizabeth M. Jamiezon. Historia de la enfermería. Ed. Interamericana, S.A. México, 1968. pp. 439.
9. J. Claude Bennet, M.D. Tratado De Medicina Interna. Trad. Ana María Pérez Tamayo, Ed. McGraww-Hill interamericana S.A. de C.V. México, 1997, pp. 2699.

10. John S. Sergent. Year Book De Reumatología. Mosby / Doyma libros S.A., Madrid España, 1996, pp. 341.
11. Luna Méndez, Rafael. Manual de Enfermería. Ed. Lexus Editores. Madrid, 2003, pp. 451.
12. Lynda Juall Carpenito. Planes de Cuidados y Documentación de enfermería. Ed. McGraww-Hill interamericana, Madrid España, 1994. pp. 754.
13. Lynda Juall Carpenito. Diagnósticos De Enfermería Aplicaciones A La Práctica Clínica. Ed. McGraww-Hill interamericana. Madrid, 2003. pp. 935.
14. Marjaory Gordón. Manual De Diagnósticos Enfermeros. Ed. Elsevier S.A. España 2003, Trad. Teresa Luís Rodrigo, pp. 620.
15. Nordmark Madelin T. bases científicas de la enfermería. Ed. Manual moderno S. A. de C. V. México 2001, pp. 435.
16. Richard S. Spanush. Principios De Enfermedades Reumáticas. Ed. Lamusa S.A. de C. V. Madrid. 1990. pp 574.
17. Susana rosales Barrera. Fundamentos de enfermería. Ed. El manual moderno S.A. de C.V. México D. F. 2004. pp. 566.
18. Susan Martín Tucker Et. Al. Enfermería practica. 4 ed. McGraww-Hill Interamericana S. A. de C. V. pp. 725.
19. Velásquez. Historia De La Enfermería. Ed. Harcourt S.A. Madrid España, 2001, pp214.

20. Joan Luckmann M^a, Rn. Fundamentos De Enfermería. Trad Jorge Orizaba Samperio. Ed. McGraww-Hill interamericana. México. 2000, pp. 959.

21. Sagrario Leonor Rodríguez, El lenguaje común enfermero y la normalización de la práctica: un camino hacia la excelencia enfermera, Madrid. 2004