



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA
E. OREM APLICADO A UNA USUARIA CON LUPUS ERITEMATOSO
SISTÉMICO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
PRESENTA:

PLE. AZUCENA SOLIS SOLIS

ASESORAS:

CME. CIRILA DIMAS PALACIOS

DRA. MA. MARTHA MARÍN LAREDO

MORELIA, MICHOACÁN. JUNIO DE 2013.

DIRECTIVOS

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

DIRECTORA

M.E. Ruth E. Pérez Guerrero

SECRETARIA ACADEMICA

MCE. Roberto Martínez Arenas

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

MESA SINODAL:

ASESOR 1: CME. CIRILA DIMAS PALACIOS

VOCAL 1: DRA. MA. MARTHA MARÍN LAREDO

VOCAL 2: DRA. AÍDA MEJÍA SÁNCHEZ

AGRADECIMIENTOS

Gracias:

A todas aquellas personas que me apoyaron a realizar el Proceso de Enfermería en una persona con Lupus Eritematoso Sistémico; a mi asesora LEQ. Cirila Dimas Palacios.

A LEQ. Brenda Martínez Ávila, y MCE. Mario Salgado Chávez quienes durante el curso de preparación siempre resolvieron mis dudas.

A CSCHC, usuaria que acepto se le proporcionara el cuidado mediante el Proceso de Enfermería.

DEDICATORIA

A Dios:

Por su ayuda en los momentos más difíciles.

A mi mamá, Lucía Solís Torres:

Que siempre ha sido una mujer admirable, que desde niña me ha brindado sus cuidados, su amor y apoyo nunca me dejó ni un momento, por su buen ejemplo que siempre me dio. Por eso y muchas cosas más, siempre tendrá mi respeto, admiración y amor.

A mi padre, Severino Solís Soto:

Que a pesar de aquellos momentos difíciles nunca me ha dejado y siempre está a nuestro lado, gracias por todo lo que me has dado en especial la vida, te amo.

A mis hermanos:

Gracias por apoyarme cuando más los necesito, debido a que en algunas ocasiones por darme lo que necesitaba para mi formación profesional, mis padres los privaron de algunas cosas. Pero, sobre todo GRACIAS por su cariño y confianza que depositaron en mí. Sin ustedes mi propósito no se hubiera logrado.

A Luis Alberto Alatorre Álvarez:

Por su apoyo y ánimo que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas tanto personales como profesionales. Pero sobre todo por su amor incondicional.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	3
III.	OBJETIVOS	4
	3.1 General	4
	3.2 Específicos	4
IV.	METODOLOGÍA.....	5
V.	CASO CLINICO.....	6
VI.	MARCO TEORICO.....	8
	6.1 Proceso de enfermería.....	8
	6.1.1 VALORACIÓN	9
	6.1.2 DIAGNOSTICO.....	15
	6.1.3 PLANEACIÓN.....	18
	6.1.4 EJECUCIÓN.....	19
	6.1.5 EVALUACIÓN	19
	6.2 TEORÍA GENERAL DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO	21
	6.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD: LUPUS ERITEMATOSO.....	36
VII.	APLICACIÓN DEL PROCESO.....	39
	7.1 Valoración con el referente teórico de D. Elizabeth Orem	39
	7.2 Diagnósticos de enfermería	42
	7.2.1 Diagnóstico de enfermería.....	42
	7.2.2 Diagnóstico de enfermería.....	44
	7.2.3 Diagnostico de enfermería.....	48
	7.2.4 Diagnostico de enfermería.....	51
	7.2.5 Diagnostico de enfermería.....	54
VIII.	CONCLUSIONES	59
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
X.	GLOSARIO	62
XI.	ANEXOS	64
XII.	APENDICES	81

I. INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería requiere de un instrumento metodológico, para proporcionar cuidados de forma racional sistemática e individualizada, y cubrir las necesidades del paciente, familia y comunidad. Esta metodología, se denomina Proceso de Enfermería, el cual proporciona el mecanismo a la enfermera (o) para utilizar sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

El método enfermero está compuesto por cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero aplicadas en la práctica diaria con un enfoque dinámico, las cuales son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

El presente trabajo, trata del Proceso de Enfermería aplicado en una usuaria con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Cabe mencionar que el LES, es una enfermedad autoinmune crónica que puede dañar cualquier parte del cuerpo (piel, articulaciones y/o los órganos internos). Esta enfermedad se manifiesta mediante brotes en el usuario (los síntomas empeoran y se siente mal) y remisiones (los síntomas mejoran y se siente mejor), además de que puede variar de leve a grave y debe ser tratado por un equipo de salud multidisciplinario.

Para lo cual es importante que el personal de enfermería proporcione cuidados, con el fin de contribuir a que los usuarios tengan una mejor calidad de vida.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es aplicar el Proceso de Enfermería con el referencial teórico de Dorothea E. Orem, en el cuidado de una usuaria con Lupus Eritematoso Sistémico, de Morelia Michoacán. Para su aplicación se utilizó la interrelación de las herramientas metodológicas NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería [North American Nursing Diagnosis Association]), NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería [Nursing Outcomes Classification]), y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería [Nursing Interventions Classification, NIC]).

Además implicó realizar un curso del 29 de octubre al 17 de diciembre de 2011, posteriormente en un periodo de abril el 2012 a enero de 2013, se continuó trabajando de forma personalizada con la usuaria y con las asesoras metodológicas.

La estructura del trabajo es la siguiente; cuenta con introducción, justificación en la cual se fundamenta la aplicación del PE en la usuaria con LES. En seguida se establecen los objetivos que se desean lograr, asimismo, se especifica la metodología para la elaboración del trabajo y aplicación del PE. Se describe el caso clínico y posteriormente se presenta el marco teórico. Y Finalmente se plantean las conclusiones, bibliografía, glosario de términos y anexos.

II. JUSTIFICACIÓN

La aplicación del Proceso de Enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, basados en un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él, que garantice y asegure la calidad de los cuidados.

En este caso, esta metodología se aplicó en una usuaria con Lupus Eritematoso Sistémico, para proporcionar cuidados de Enfermería de acuerdo al estado de salud, prevenir posibles complicaciones y mejorar su calidad vida.

Debido a la Lupus Foundation of American inc (2011), explica que el LES, es una enfermedad autoinmune sistémica y crónica, que hasta hace pocos años era considerado una enfermedad exótica. Sin embargo, en la actualidad no sólo ha dejado de ser una rareza clínica, sino que se trata de una enfermedad de diagnóstico relativamente frecuente. Tanto es así que en determinados países de Extremo Oriente, como China, o en el sureste asiático, es una enfermedad común que sobrepasa en frecuencia a la artritis reumatoide, y en relación al tejido conectivo es la más diagnosticada. Afectando así a más de 5 millones de personas en todo el mundo (Lupus Foundation of American inc, 2011).

De acuerdo a Alarcón (2007, el lupus puede atacar a hombres y mujeres de todas las edades, el 90 % de las personas diagnosticadas con la enfermedad son mujeres. La mayoría de personas desarrollan lupus entre las edades de 15-44. Las mujeres de color son 2-3 veces más propensas a desarrollar lupus. En México es más frecuente en la población joven de entre 20 y 35 años de edad, y quienes resultan más afectadas son las mujeres en relación de seis a nueve por cada hombre (Mariana León, 2011).

Por lo anterior se plantearon expectativas de enfermería para mejorar el estado de salud y la calidad de vida de esta persona mediante el uso de la metodología propia de la Enfermería. Asimismo, se pretende obtener el título de Licenciada en enfermería.

III. OBJETIVOS

3.1 General

- Aplicar el Proceso de Enfermería con el referencial teórico de Dorothea E. Orem, en el cuidado de una usuaria con Lupus Sistémico Eritematoso, de Morelia Michoacán.

3.2 Específicos

1. Valorar las respuestas humanas con base en los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y en caso de desviación de la salud.
2. Diseñar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de la NANDA II.
3. Realizar el plan de intervenciones de enfermería con el fin de ayudar a la usuaria a tener una mejor calidad de vida.
4. Implementar la ejecución de las intervenciones.
5. Evaluar las acciones de cuidado y determinar el avance de la usuaria.

IV. METODOLOGÍA

Las bases teóricas para la realización del presente trabajo se reafirmaron en el curso taller de Proceso de Enfermería del 29 de octubre al 17 de diciembre de 2011, que se realizó con fines de fines de titulación. Desde el punto de vista metodológico, primero se seleccionó a la usuaria, se le orientó sobre la metodología a aplicar y se obtuvo el consentimiento verbal y por escrito.

El 12 de noviembre, se realizó la valoración, posteriormente con base en la etapa anterior se emitieron los diagnósticos de enfermería, para después diseñar un plan de acciones de enfermería.

El periodo de la aplicación comprendió desde noviembre de 2011 a enero de 2013. Durante este periodo se trabajó de forma cercana y periódica con la usuaria, para responder a las necesidades basadas en las respuestas humanas.

V. CASO CLINICO

CSCHC, paciente femenino de 24 años de edad, de religión católica, estado civil soltero, escolaridad Licenciatura. Actualmente habita en casa hecha con material de tabique, la cual cuenta con servicios de agua potable, drenaje y alcantarillado, luz eléctrica así como pavimentación. Ubicada en una zona urbana en Tarimbaro Michoacán, sin antecedentes familiares de lupus eritematoso sistémico, diabetes, hipertensión, cáncer, ni toxicomanías.

En relación al requisito de autocuidado universal de Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, se encontró que la *FC 78 x'*, *FR 24 X'*, *T/A: 150/80 mmHg*, *temperatura de 36° C*, llenado capilar es de 1 a 3 segundos, presenta disnea cuando realiza algún esfuerzo físico, bradipnea y taquipnea sin importar la actividad que esté haciendo e incluso en reposo. Presenta desviación del tabique nasal.

En relación al mantenimiento de un aporte suficiente de agua: se observa mucosa oral hidratada, piel normal, turgencia normal. Al día ingiere de 500 a 1000 ml de agua proveniente de garrafón. Durante el día llega a ingerir otros líquidos como refresco, jugos en promedio 1000 ml. Con respecto al mantenimiento de un aporte suficiente de alimento, menciona que ha perdido de 1 a 3 kg. La usuaria se alimenta por vía oral, regularmente consume una vez al mes leche y pescado, 1 vez a la semana derivados de la leche y cereal, diario consume frutas verduras huevos, pastas, harinas y carnes. Refiere que sus alimentos los guisa con aceite de canola. En algunas ocasiones al momento de comer y después de comer presenta acidez, náuseas Su peso es de 50 kg Talla: 1.59 IMC: 19.84 Cintura: 64 cm.

Con base al requisito de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos, refiere que la evacuación y eliminación urinaria es normal, las características de las heces fecales es de color café y pastosa bien formada, la orina es ámbar.

Presenta alteración en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, porque refiere que cuando realiza ejercicio presenta dolor en articulaciones y limitaciones en rodillas, falanges y muñecas, y en ocasiones vértigo. En promedio duerme de 6 a 8 horas diarias, sin embargo al despertar se siente cansada o fatigada. Desde hace un mes se levanta en las noches de 2 a 4 veces a miccionar, y no acostumbra a tomar sientas durante el día. Mantiene el equilibrio entre la sociedad y la interacción social, ya que lleva una buena relación con la familia, convive con sus compañeros de trabajo y familia. Cuando tiene algún problema recurre a su familia, se considera una persona alegre y segura.

Previene peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, porque se encuentra consiente, mantiene buenos hábitos higiénicos, baño y cambio de ropa interior diario, aseo bucal diario después de cada comida. Además menciona que se cuida de los rayos del sol y toma sus medicamentos a sus horas, su dieta regularmente es hiposódica. No tiene antecedentes patológicos.

Para la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales: menciona que se acepta en su estado físico, pero no los cambios provocados por la enfermedad, ante una situación estresante tiene reacciones de irritabilidad y negación.

Se encontró con desviación en la salud; **lupus sistémico eritematoso**, el cual fue diagnosticado hace 15 años en una clínica del IMSS, llevando un tratamiento farmacológico con: Prednisona 5mg 1-1-1, ácido micofelónico 500mg 2-2-2, clorquina 50 mg 1 c/24 horas, 1 ácido fólico c/24 hora, 1 calcio c/24 horas., Captopril una pastilla diario en las mañanas, Hipromelosa 1 gota c/4 horas.

Se encontraron los siguientes resultados de laboratorio: Glucosa: 82 mg/dl
Urea: 47 mg/dl BUM: 22 mg/dl Colesterol: 262 mg/dl

Creatinina sérica: 0.60 mg/dl Creatinina urinaria: 29.20 mg/dl

Factor reumatoide positivo: 1:20 UI/ml Proteína C reactiva: Positiva.

VI. MARCO TEORICO

6.1 Proceso de enfermería.

Definición:

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de salud. Yura y Walsh (1988) afirma que “el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería para llevar de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevado al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible (Carpenito, 1995).

El proceso de enfermería es un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo que brinda cuidados ante problemas reales o potenciales centrados en las respuestas humanas del individuo familia y comunidad (Marriner Tomey, 1999).

El proceso de enfermería es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compra con las etapas del método de solucionar problemas y del método científico (Alarcon, 2007; Sanchez, 1996).

Antecedentes:

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases (P.W. Iyer, 1997).

Para la Asociación Americana de enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo al desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención del individuo, familia y comunidad.

En muchos países, la aplicación del proceso de enfermería es un requisito para el ejercicio de la enfermera profesional; en México, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas enfermeras (os) aun en la actualidad.

El Proceso de Enfermería está compuesto por 5 etapas que son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación. Las cuales se describirán a continuación:

6.1.1 VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso enfermero que permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas”, correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo (P.W. Iyer, 1997).

La valoración obtiene y examina la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas de salud (Lefevre Alfaro, 1999).

La valoración debe realizarse de manera total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de las respuestas fisiopatológicas La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería.

Pasos para realizar la valoración:

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud (Alfaro Refevre, 2005).

Los pasos para realizar la etapa de valoración son tres:

1. Recolección de la información.

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes **directas** como **indirectas** **las directas: primarias** o **secundarias**. Las primarias, son las del usuario y de su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes **indirectas** de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante. Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos (P.W. Iyer, 1997).

La recolección de datos del usuario puede ser general y específica o focalizada; así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud cada vez detectado y una vez detectado el problema real o de riesgo central la valoración en un área específica.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge 4 tipos de datos: **subjetivos, objetivos, históricos y actuales** (P.W. Iyer, 1997).

Los datos **subjetivos** son los que nos refiere el paciente y que manifiestan una percepción de carácter individual (ej. Dolor, temor etc.). Los **datos objetivos** aquellos que podemos observar y medir a través de órganos de los sentidos (ej. Frecuencia cardíaca, temperatura, peso, talla).

Los **datos históricos** se refieren a datos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ej. Antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas etc.) Y los **datos actuales** son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización (ej. Deshidratación, sangrado, alcoholismo etc.).

Toda la información se recolecta por medio de la **entrevista, examen físico y observación**, se complementan y clarifican mutuamente, en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea (Alfaro Refevre, 2005).

La **entrevista**, es una labor compleja que requiere de una habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario, tiene como finalidad la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el dialogo, respeto, confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera (o) y el usuario. Toda entrevista debe tener:

Una **introducción**: para saludar al usuario, presentarse con él, y explicar la razón de la entrevista.

Un **núcleo**: caracterizado por el dialogo y por seguir la estructura de la guía de valoración.

Un **cierre**: para informar al usuario sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

Entre los aspectos que se debe de tener en cuenta para la realización de la entrevista son:

- Seguir la guía de valoración para llevar un orden.
- Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
- Valorar el momento para realizar la entrevista.
- Dedicar el tiempo necesario para la entrevista.
- Ser amable, cordial y respetuoso, evitar usar sobrenombres o diminutivos, (ej. Madrecita, Gordito etc.)
- Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del usuario (evitar usar términos desconocidos)
- Seleccionar de acuerdo a la información que se desee obtener y características del usuario, las preguntas abiertas permiten al usuario expresar sentimiento y pensamiento, generalmente inician con una palabra ¿Qué?, ¿Por qué? Una pregunta cerrada exige respuestas breves y se utilizan para conocer hechos concretos. Se debe evitar hacer uso excesivo de preguntas cerradas porque limitan la cantidad de información (Sanchez, 1996).
- Escuchar con atención todo lo que dice el usuario.
- Conseguir la información sin presionar al usuario (verbal o no verbal) porque puede obtener información errónea o perderse de la misma.
- Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, este nos dice más que las palabras.
- Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar completar o adivinar).
- Desarrollar la capacidad de empatía (tratar de ver el mundo como lo ve el otro) con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario.

El **examen físico** permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud del individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y

médicas. Este debe ser complejo, sistemático, preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies. El examen físico incluye la **somatometría** (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros también nos permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, y para realizarlo se necesitan 4 técnicas principales:

Inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de las constantes vitales y la somatometría.

La inspección: consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista olfato y oído.

La palpación: es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto. Es decir las yemas de los dedos ya que por su inervación los hace sensibles para determinar la textura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos etc.

La percusión es un método de la valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y la forma de los órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido.

La auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo, y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos (P.W. Iyer, 1997).

Es muy importante en el examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso/frecuencia cardiaca, respiración y tensión arterial) estas deben de ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo (Alfaro Lefevre, 1999).

En la recolección de la información la enfermera (o) tiene que identificar los recursos de los usuarios como son las capacidades físicas, psicológicas y personales que son determinantes para las etapas de diagnósticos y planeación (Alfaro-Lefevre, 2005).

2. Validación de la información

Una vez reunida la información del usuario la información tiene que ser validada para estar seguros de que los datos obtenidos son correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar en la dirección equivocada y cometer errores de identificar problemas.

Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/familia y a otros integrantes del equipo sanitario. La validación es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presentes dificultades para la agrupación e interpretación de la información (P.W. Iyer, 1997).

3. Registro de la información

El último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos obtenidos durante la entrevista y el examen físico. Los datos que persiguen el registro de la información son: “ favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería” (P.W. Iyer, 1997).

Entre las recomendaciones a tener en cuenta en el momento de efectuar anotaciones se encuentran:

- Cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.
- Evitar juicios de valor. Por ej. El paciente refiere de insomnio cuando únicamente expreso no haber dormido bien anoche.
- Escribir textualmente lo que el usuario expresa. Entre comillas.
- Acompañar las indiferencias con las evidencias respectivas.
- Señalar y escribir la palabra error y anotar la apreciación correcta. (evitar tachaduras).
- Procurar que la información sea relevante e importante.

- Realizar anotaciones claras y completas.
- Escribir con tinta indeleble y con letra clara.
- Evitar dejar espacios en blanco porque pueden escribir en ellos algo que la o lo incrimine.
- Cuidar la ortografía y evitar usar abreviaturas.
- Anotar siempre la fecha y hora en que se realizó el registro.
- Escribir toda la información que proporcionó el equipo sanitario.
- Registrar cuando un usuario o su familia rechazan un determinado cuidado o medida preventiva.

6.1.2 DIAGNOSTICO

La segunda etapa del proceso enfermero es el diagnóstico (identificación de los problemas) (Carpenito, 1995) la enfermera analiza los datos (información) e identifica los problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados, también identifica los recursos que resultan esenciales, para desarrollar un plan de cuidados eficiente (Alfaro Refevre, 2005).

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El **problema** se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La **etiología** son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los **signos y síntomas**, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas

asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma (Alfaro Refevre, 2005).

Diagnósticos de enfermería real:

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principalmente identificables, este tipo de diagnósticos de enfermería tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados.

Enunciado: debe ser descriptivo de la definición de diagnósticos y de las características que lo definen. Siempre que sea posible debe de contener un calificador preciso como “alteración”, “deterioro”, “déficit”, “inefectivo”, o “disfuncional”, en lugar de un modificador más vago y subjetivo como “inadaptado”, “escaso”, o “inadecuado”. El término “real” no forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería real (Alfaro Refevre, 2005).

Definición:

Al expresar un significado claro y preciso del diagnóstico, la definición puede ayudar a diferenciar un diagnóstico particular de otros similares la definición debe ser conceptual y coherente con el enunciado y las características que lo definen (P.W. Iyer, 1997).

Características que lo definen:

En un diagnóstico de enfermería real, las características que lo definen hacen referencia a los datos clínicos (signos subjetivos y objetivos, o síntomas) que, en conjunto apuntan ese diagnóstico.

Las características que lo definen están separadas hoy en día en designaciones principales y secundarias. En la revisión de la guía para la admisión por la NANDA.

Factores reales:

En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son factores etiológicos y otros factores ocurrientes que han influido en el cambio en el estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en cuatro categorías: fisiopatológicos (biológicos o psicosociales), relacionados con el tratamiento, de situación (ambientales, personales) y de maduración.

Diagnósticos de enfermería de riesgos o potencial:

Según definió la NANDA un diagnóstico de enfermería de riesgo es un “juicio clínico en donde un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar”, los diagnósticos de enfermería potenciales proporcionan a las enfermeras (os) un medio valioso de identificar a las personas más vulnerables a los problemas. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.

Enunciado:

En un diagnóstico de enfermería de riesgo, la descripción concisa de estado de salud alterado del cliente va precedido por el término “riesgo de”.

Definición: como en un diagnóstico de enfermería real, en un diagnóstico de enfermería de riesgo la definición expresa un significado claro y conciso del diagnóstico. Esta debe ser conceptual y coherente con la denominación y los factores de riesgo, para permitir diferenciar entre diagnósticos similares.

Factores de riesgo (relacionados):

Los factores de riesgo representan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de un cliente o grupo.

Diagnósticos de enfermería de síndrome:

Los diagnósticos de enfermería de síndrome son un desarrollo interesante dentro de los diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos de enfermería de síndrome

comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales y potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

El desarrollo de los diagnósticos de síndrome se debe de enfocar con cuidado. La enfermera también debe de evaluar y hablar con el cliente para determinar la presencia de otros diagnósticos de enfermería que indiquen las necesidades de intervenciones cliente-enfermera. La ventaja clínica de los diagnósticos de síndrome es que ponen en alerta a la enfermera sobre el hecho de que “existe una condición clínica compleja que requieren valoraciones e intervenciones de enfermería expertas (Carpenito, 1995).

Diagnósticos de enfermería de bienestar:

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería de bienestar es un “juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia el nivel más elevado. Para una persona o grupo tenga un diagnóstico de bienestar, deben estar presentes dos hechos:

- Deseo de un mayor nivel de bienestar.
- Estado o función actuales eficaces.

Los diagnósticos de enfermería de bienestar no contienen factores relacionados. Lo inherente de estos diagnósticos es un cliente o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos del cliente o del grupo por la educación sanitaria (P.W. Iyer, 1997) .

6.1.3 PLANEACIÓN

En la fase de planeación, se desarrollan estrategias para evita, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de la planificación consta de varias etapas:

1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
2. Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
3. Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
4. Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados (Alfaro-Lefevre, 2005).

6.1.4 EJECUCIÓN

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planeación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuara recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificara que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan (Lefevre Alfaro, 1999).

6.1.5 EVALUACIÓN

La última fase del proceso de enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que termina la medida en que se ha conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctas si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

En este comenario, se ha separado el proceso de enfermería en cinco fases diferentes. En la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase

antes de pasar a la siguiente. Por ejemplo, si los datos de valoración preliminares determinan que el cliente presenta dificultades para respirar, es muy posible que tenga que suministrarsele oxígeno antes de completar el resto de la valoración. Sin embargo las fases del proceso están interrelacionadas y son interdependientes. Los datos de la evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planificación. De forma similar, el plan de cuidados nos sirve de guía para a fase de ejecución y determina los criterios para la evaluación (Alfaro Refevre, 2005).

6.2 TEORÍA GENERAL DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Biografía de Dorothea E. Orem

Dorothea Elizabeth Orem, una de las primeras teóricas de la enfermería, nació en Baltimore, Maryland. Su padre trabajador de la construcción era aficionado de la pesca y su madre ama de casa, a la lectura. Inicio su carrera de enfermería en la escuela de enfermería del Providence hospital de Washington D.C donde finalizo su diplomatura a principios de la década de los 30. Continuo su formación y obtuvo un BSN de la universidad católica de américa en 1939 y un master of Science en formación de enfermería el 1945 en la misma universidad.

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, tanto de servicio domiciliario como hospitalario, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949; tras marcharse de Detroit, Orem pasó siete años en Indiana, de 1949 a 1957 trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health; su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería (Marriner-Tomey, 2007).

En 1957 se trasladó a Washington D.C trabajando como consultora para planes de estudio de la oficina de educación y bienestar (HEW) desde 1950 a 1960. Durante esta etapa comienza a detectar déficit en la formación de las enfermeras sin titulación. Durante su etapa en el HEW elabora un proyecto para elevar la formación de las enfermeras no tituladas. Como resultado público Guidelines for Developing curricula for the education of practical nurses.

En 1959 inició su actividad docente como profesora agregada de formación de enfermería en la universidad católica de América. Posteriormente fue decana en

funciones en la escuela de enfermería y profesora adjunta de formación de enfermería. Durante su estancia en la universidad católica continuo el desarrollo de su concepto de enfermería y del autocuidado, y escribió "The hope Nursing" (1962) que fue publicado en el journal of Nursing Education. En 1970 abandono la universidad católica y estableció su primera consulting- form como Orem y Shields, S.A en Chevy Chase Maryland. El primer libro de Orem publicado en 1971 fue Nursing, consepts of practice. La universidad de Georgetown le concedió el titulo honorifico de doctora en ciencias en 1976. Levels of Nursing Education and practice, fue publicado en la revista de los alumnos de la escuela de enfermería John Hopkins en 1979. En 1980 recibió el premio a la teoría de la enfermería a la asociación de alumnos de la universidad católica de América. También en 1980 se publicó la segunda edición de Nursing: consepts and practice y en 1985 la tercera Orem se retiró en 1984 recibiendo desde entonces en Savannah Georgia, donde disfruta leyendo viajando realizando tareas de asesoramiento y asistiendo a conferencias de enfermería para exponer su teoría la cuarta edición de su obra Nursing consepts and practice se finalizó en 1991. Orem consiguió trabajar sola y con sus colaboradores en el desarrollo conceptual de la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado (SCDNT) (Alligoob, 2002). Muere el 22 de junio del 2007 cuando tenía alrededor de 94 años.

Fuentes teóricas

Aunque Orem cita a menudo a Eugenia K. Spaulding como una gran amiga y profesora, afirma que ningún líder en enfermería tuvo una influencia directa en su trabajo. Considera que su asociación, compuesta por muchas enfermeras le ha aportado numerosas experiencias formativas a lo largo de los años. Aunque no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, sí que cita mucho de los trabajos de otras enfermeras según su contribución a la enfermería, entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach. También cita numerosos autores de otras disciplinas, entre ellos Gordon Allport, Chester Barnard, Réne Dubos, Erich Fromm, Gartly Jaco.

Orem identificó su visión filosófica como una visión de realismo moderado, como la describe Wallace. Orem explicó con detalle sus interpretaciones sobre la persona en un estudio reciente. La teoría de la acción, en la perspectiva de la persona como actor o agente deliberado, forma la base para la teoría (Cristense, 1985).

Utilización de pruebas empíricas

Orem formuló su concepto de enfermería en relación al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y la administración de los hospitales, estudio que ella llevó a cabo en el Indiana State Department of Health. Este trabajo le permitió formular y expresar su concepto de la enfermería. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a lo largo de varios años.

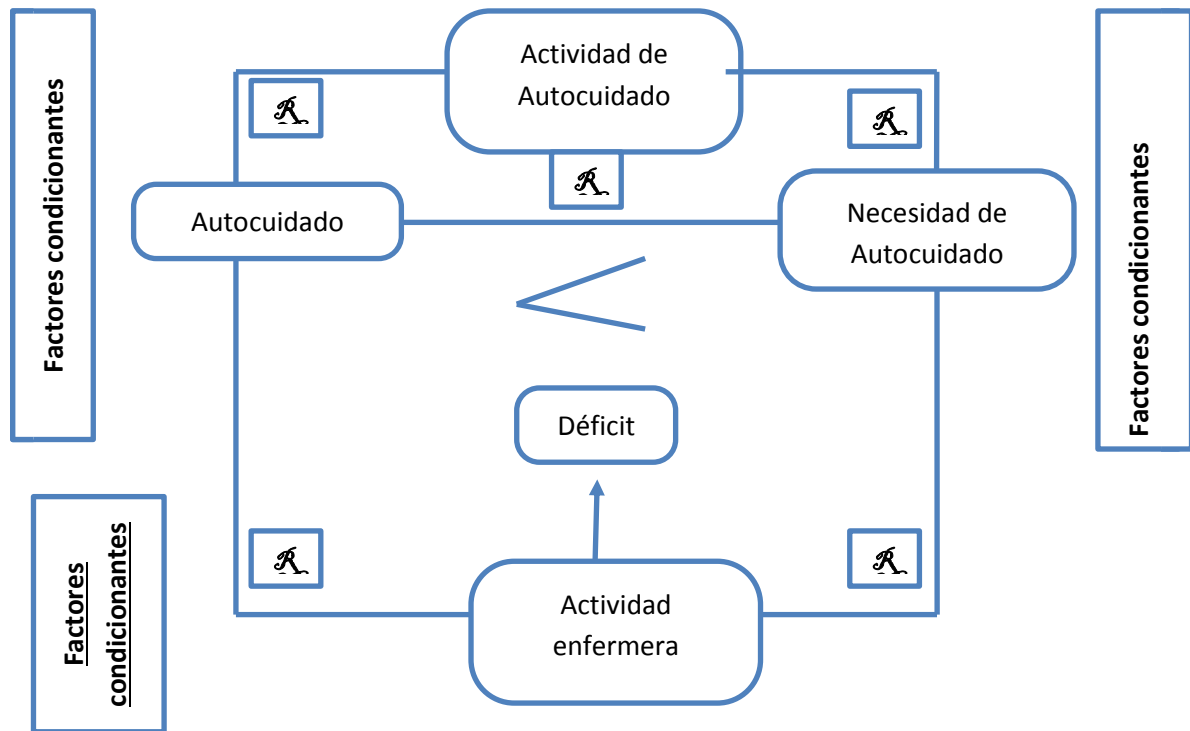
Las interpretaciones de Orem de la ciencia enfermera como ciencia práctica son básicas para entender cómo se recoge e interpreta la evidencia empírica. En la edición más reciente, Orem identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamentos. Las ciencias de la práctica enfermera incluyen las ciencias de la enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o de desarrollo de enfermería. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento incluyen las ciencias del autocuidado, ciencias de autocuidado y la asistencia humana. Además, propone el desarrollo de la ciencia enfermera aplicada y de las ciencias básicas, no enfermeras, como parte de la evidencia empírica asociada con la práctica enfermera.

Orem etiqueta su **Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA)** como una teoría general está compuesta por tres teorías relacionadas:

La Teoría del Autocuidado: describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí misma; la **Teoría del Déficit de Autocuidado** que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente y la **Teoría de Sistemas Enfermeros** que

describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.

Lo anterior se explica mediante el siguiente esquema;



A continuación, se explica cada una de las teorías:

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas o haber llevado para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar; el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación endocrina; el autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de energía y factores medioambientales.

La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría de cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los OTROS (Marriner, 2011).

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completamente o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o del de las personas dependientes de ellos.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado; es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

TEORIA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERIA

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

Métodos de ayuda:

Un método de ayuda desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes.

Las enfermeras utilizan todos los elementos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

1. Actuar o hacer por cuenta de otro.
2. Guiar y dirigir.
3. Ofrecer apoyo físico o psicológico.
4. Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
5. Enseñar.

SISTEMAS ENFERMEROS BÁSICOS.

Acción de la enfermera	Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente
	Compensa la incapacidad del paciente de comprometerse a desempeñar un autocuidado.
	Da apoyo al paciente y lo protege.
SISTEMA COMPLETAMENTE COMPENSADOR	

Acción de la enfermera	Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente.	Acción del paciente
	Compensa las limitaciones de autocuidado del paciente.	
	Ayuda al paciente como es debido.	
	Regula la actividad de autocuidado	
Desempeña algunas medidas de autocuidado		
Acepta el cuidado y la ayuda de la enfermera		

SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSADOR

	Cumple con el autocuidado	Acción del paciente
Acción de la enfermera	Regula el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado	

SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO

Los principales conceptos de esta teoría son:

Autocuidado:

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando inician o llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

Requisitos de autocuidado:

Un requisito de autocuidado es un requisito formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende: (1) el factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal. Y (2) la naturaleza de su acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los; expresan los resultados (los objetivos del autocuidado).

Requisitos de autocuidado personal

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diferentes etapas del círculo vital. Se proponen seis requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficientes.
2. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
3. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
4. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.

5. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
6. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

Requisitos de autocuidado de desarrollo:

Los requisitos de autocuidado de desarrollo promueven los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos. En la segunda edición de Nursing Concepts of Practice estaban separados de los requisitos de autocuidado universales.

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud:

Estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras duran.

La enfermedad o lesión no sólo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integrado; cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave, autismo, estado de coma), los poderes desarrollados de aquellas personas se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o tratamiento. Las medidas tomadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado

o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según las necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Necesidades de autocuidado terapéutico:

Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias se utilizarán métodos adecuados para:

1. Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano, suficiente: agua, aire, comida.
2. Cubrir el elemento de actividad de la necesidad: mantenimiento, promoción, prevención y provisión.

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento:

1. Describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente.
2. Tiene un alto grado de eficacia instrumental derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

Actividades de autocuidado: Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Agente:

Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.

Agente de cuidado dependiente:

Es el adolescente o el adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.

Déficit de autocuidado:

Es una relación entre la propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.

Actividad enfermera:

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad a su cuidado.

Diseño enfermero:

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura.

El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; las unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.

Características de la teoría:

Formación:

Esta teoría se presentó por primera vez en la década del cincuenta, se formalizó y publicó en 1972 con el objetivo de “establecer la estructura del conocimiento enfermero y determinar el dominio del conocimiento enfermero.” Orem empezó a pensar en la necesidad de una estructura del conocimiento específico de la enfermería cuando era directora de la escuela de la Providence Hospital en Detroit, ella escribió el capítulo de enfermería para un informe en servicios enfermeros para la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Al mismo tiempo empezó con la tarea más formal de estructurar su teoría. Concluyo que se debería responder a la siguiente pregunta ¿para qué necesitamos la enfermería? Aparecieron varios elementos de la TEDA y se constataron en Guides of Developing Curriculum for the Education of Practice of Nurses.

Tras la publicación de Guides of Developing Curriculum for the Education of Practice of Nurses, Orem empezó a trabajar en un libro, Foundations of Nursing and its Practice, que se publicó a escala interna y se utiliza en la Universidad de Charleston. En cada una de las publicaciones de Orem se encuentran secciones dedicadas a la educación.

Existen un gran número de informes publicados que describen el uso de la TEDA como base del programa de estudios, por lo menos 45 escuelas de enfermería utilizan la TEDA como base de su programa de estudios; Taylor describió el uso de la teoría en la educación de las enfermeras en preparación y la docencia desde 1978. La teoría se utiliza en todos los niveles de los distintos programas de estudio y en la educación continuada; la Oakland University, The College of St. Benedict y el Anderson college son tres universidades cuyos programas de estudio se fundamentan en la TEDA. Se puede acceder a muestras de sus cursos mediante internet, buscando por TEDA o SCDNT. En un curso universitario de libre elección, diseñado para introducir a los alumnos en la teoría de Orem, descrito por

Berbiglia, Saenz y Hartweg, se narra la experiencia a lo largo de 20 años de la teoría de IWU, incluido el programa básico y los cambios que se han presentado; la IWU sigue considerando que la TEDA es un marco sólido y eficaz para diseñar el programa de estudios.

Simplicidad:

La teoría de Orem se expresa en un número limitado de términos, estos se definen y se utilizan de manera coherente en la teoría. La teoría general de Orem consta de tres teorías: autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas enfermeros.

La teoría enfermera del déficit de autocuidado es una “síntesis del conocimiento sobre las entidades teóricas de autocuidado, cuidado dependiente, actividad de autocuidado, exigencia de autocuidado terapéutico, la entidad relacional del déficit de autocuidado y la actividad enfermera.

También incluye el sistema de enfermería como entidad, el desarrollo de la teoría utilizando estas seis entidades es lento, la relación de estas seis entidades se puede representar en un simple diagrama, la estructura sustancial de la teoría se encuentra en el desarrollo de estas entidades; lo que le confiere a la teoría la complejidad necesaria para una disciplina práctica es la profundidad del desarrollo de los conceptos.

Generalidad:

Orem realiza el siguiente comentario acerca de la generalidad o universalidad de la teoría.

“La teoría de déficit de autocuidado no sirve como explicación para la individualidad de una situación concreta de la práctica enfermera, sino que es expresión de una combinación singular de propiedades conceptualizadas o características comunes a todas las ramas de la enfermería. Como teoría general, sirve a las enfermeras practicantes ya que desarrolla y valida el conocimiento enfermero, y enseña y aprende enfermería”.

Una revisión de la investigación y de las publicaciones permitirá determinar la generalidad de la teoría.

Forma lógica:

El consejo de Orem llevó a la formalización inicial y a la expresión subsiguiente de un concepto general de enfermería; más tarde, esta generalización permitió el pensamiento inductivo y deductivo de la enfermería.

Los modelos “se dirigen al conocimiento de la estructura de los procesos que son operativos en la producción de los sistemas de enfermería, sistemas de cuidado para las personas o para las unidades de cuidado dependiente o los grupos de personas atendidos por los enfermeros”. De donde se concluye que la teoría global es coherente.

Principales supuestos:

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de los años setenta y fueron presentados por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973. Orem identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y de los demás, haciendo la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.

4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y los demás.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Orem elaboró una lista de supuestos y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros; estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen a continuación.

6.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD: LUPUS ERITEMATOSO

SISTEMICO

<p>Definición: Es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a muchos tejidos del organismo; articulaciones, vasos, riñón, sistema nervioso y piel. El nombre de Lupus eritematoso alude al exantema rojo que suele aparecer en la cara de los que parecen LES. La parte sistémica procede del hecho de que la enfermedad afecta a muchos sistemas del cuerpo. La naturaleza sistémica del LES es el resultado de la producción de anticuerpos frente a numerosos autoantígenos (Gary A. Thibodeau, 2000)</p>	
Periodo prepatogénico	Periodo patogénico
<p>Agente: Exposición a radiaciones ultravioleta, ingesta de alfalfa (porque esta contiene un aminoácido no proteico que se conoce como L-canavalina), herencia, hormonas (estrógenos) agentes infecciosos (sobre todo por los virus porque inducen respuestas específicas por mimetismo molecular que alteran la inmunorregulación global), fármacos (Hidralacina, procainamida, sulfonamidas, tiouracilo, metildopa, clorpromazina e isoniacida entre otro (Gonzales, 2006; Gary A. Thibodeau, 2000; Guyton-Hall, 2001)</p>	<p>Muerte</p>
	<p>Invalidez o Estado Crónico</p>
<p>Huésped: Afecta principalmente a las mujeres en edad reproductiva entre 15 y 40 años, aunque también puede afectar niños, varones y ancianos, es nueve veces más frecuente en las mujeres. Así como también es más frecuente en la raza negra que en la blanca, son más susceptibles al LES las personas de origen hispánico y asiático (Best Seller, 2003; Harrison, 1998)</p>	<p>Complicaciones: Síndrome de Gougerot-Sjogren: Las glándulas salivales y lagrimales no producen suficiente hidratación. Los pacientes con LES activo tendrán anemia, en la piel puede haber erupciones o lesiones cutáneas (cara, cuello, brazos y piernas), dolores articulares, musculares. Neuropatías oculares, migrañas (dolores de cabeza lupídicos, confusión, pérdida de memoria, fatiga dificultad para expresar sus pensamientos. Lesiones o úlceras bucales, herpes labial, Hipertensión, niveles elevados de colesterol, diabetes tipo II, un estilo de vida sedentaria, trombosis, derrame cerebral, en el embarazo puede afectar la nutrición del feto, Pleuritis, fracturas causadas por la osteoporosis, inflamación en los riñones (Serrato, 1993; Guyton-Hall, 2001; Thier, 1999)</p>
<p>Ambiente: En cualquier medio socioeconómico cultural, los factores ambientales pueden disparar el Lupus. Por ejemplo, la luz solar, que exacerba la enfermedad induciendo entre otros factores, la inflamación y alteraciones a nivel renal en algunos pacientes. La prescripción de ciertas drogas, en donde se incluyen medicamentos para el corazón y antipsicóticas, pueden causar efectos lupídicos. Los virus y bacterias pueden afectar al sistema inmunológico haciéndolo más susceptible a su desregulación (Gonzales, 2006; Guyton-Hall, 2001)</p>	<p>Signos y Síntomas: Astenia, fiebre, malestar, pérdida de peso, depresión, estrés, exantemas (alas de mariposa), fotosensibilidad, vasculitis, alopecia, úlceras bucales, anemia, inflamación glandular, nauseas, vomito, cefalea, moretones, pericarditis, miocarditis, endocarditis, convulsiones (Thier, 1999; Gonzales, 2006)</p>
	<p>Cambios sistémicos: Depósitos fibrinoides en vasos sanguíneos, en fibras de colágeno del tejido conectivo y en superficies serosas. Lesiones glomerulares en el riñón, vasculitis puede afectar las sinovias de las articulaciones, el sistema nervioso central, el bazo y en las valvas y las cuerdas tendinosas del corazón aparecen las lesiones de endocarditis aséptica de Libman-Sacks (Serrato, 1993; Harrison, 1998)</p>
	<p>Cambios locales: Enrojecimiento en la cara que se conoce como eritema "en las alas de mariposa" el cual abarca las regiones malares y se une al nivel del puente de la nariz, se presenta también en otras zonas descubiertas como la V del cuello y de los brazos. Inflamación de la piel, articulaciones y otras estructuras ricas en el tejido conectivo (Best Seller, 2003; Gonzales, 2006; Guyton-Hall, 2001)</p>
	<p>Cambios tisulares: El LES se debe a la lesión tisular originada por subgrupos patógenos de anticuerpos e inmunocomplejos. Las respuestas inmunitarias anómalas son: 1) hiperactividad policlonal y con especificidad de antígenos de linfocitos T y B, y 2) regulación anómala de esta hiperactividad. Estas respuestas inmunitarias anómalas dependen probablemente de las interacciones entre genes de susceptibilidad y ambiente (Thier, 1999; Gary A. Thibodeau, 2000)</p>

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN Terciaria	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
<p>Educación: enseñar a la comunidad a llevar estilos de vida sostenible y saludable.</p> <p>Visita anual al doctor.</p> <p>Si presenta alguna alteración en la piel como una mancha en forma de mariposa acudir de inmediato al médico.</p>	<p>Evitar fármacos como: Hidralacina, procainamida, sulfonamidas, tiouracilo, metildopa, clorpromazina e isoniacida entre otros.</p>	<p>Dx: eritema malar, lupus discoide, fotosensibilidad, úlceras orales, artritis, serositis (pleuritis o pericarditis), alteraciones renales (proteinuria o cilindros), alteraciones neurológicas (crisis convulsivas o psicosis), trastornos hematológicos (anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia y trombocitopenia), anticuerpos anti DNA y anti Sm, anticuerpos antinucleares.</p> <p>Estudios: anamnesis y exploración física, la presencia de ANA es un hallazgo fundamental. El estudio analítico debe comprender: hemograma completo, VSG, ANA y sus subtipos (anticuerpos anti DNA-ds, DNA-ss, Sm, Ro, La, hitoina) y niveles de complemento (C3, C4, CH50), inmunoglobulinas</p>	<p>El tratamiento integral del paciente comprende la educación, la fotoprotección y la promoción de estilos de vida saludables además del control de la hipertensión, hiperlipidemias, infecciones y otros problemas médicos generales. Los medicamentos utilizados son los antiinflamatorios no esteroideos, los antimaláricos, los corticoesteroides y los inmunosupresores. Excepto para el tratamiento del compromiso renal, existen pocos estudios clínicos controlados y aleatorizados como guía para la terapia farmacológica de las múltiples manifestaciones del LES. Los antiinflamatorios no esteroideos se utilizan para el control de la fiebre, artralgias, artritis y serositis. A los antimaláricos y a</p>	<p>Fisioterapia para reducir el dolor, el edema y la inflamación durante los episodios de brotes. Para ello se pueden utilizar AINES. La utilización de ultrasonidos es posible. Fundamental prevenir la rigidez articular y la atrofia muscular existente.</p>

		<p>séricas, VDRL, TP, TTP, anticuerpos, anticardiolipina, anticoagulante lúpico, análisis de orina. Radiografías pertinentes. ECG. Biopsia renal. (datos de glomerulonefritis) Diagnóstico: se hace si se cumplen cuatro a más de los criterios (Gary A. Thibodeau, 2000; Guyton-Hall, 2001 ; Gonzales, 2006)</p>	<p>las dosis bajas de esteroides se recurre cuando no se obtiene una respuesta adecuada con los antiinflamatorios. Los corticosteroides, a dosis moderadas y altas, constituyen la base del tratamiento para la mayor parte de las alteraciones orgánicas, pero su uso no está exento de complicaciones. Los inmunosupresores se usan cuando hay compromiso orgánico grave que no responde a altas dosis de esteroides (Gonzales, 2006; Best Seller, 2003)</p>	
--	--	---	---	--

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO

7.1 Valoración con el referente teórico de D. Elizabeth Orem

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Sexo: femenino Edad: 24 años. Edo Civil: Soltera Religión: Católica
Escolaridad: Lic. Enfermería Ocupación: enfermera pasante de servicio social.
Familia Nuclear: Papá, mamá y 3 hermanos.

Personas que constituyen su principal apoyo: Papas.

Dependencia económica: de su papá.

Condiciones del hogar: casa de tabique, cuenta con los servicios de agua potable, drenaje, alcantarillado y luz eléctrica.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

- a) Mantenimiento de un aporte de aire suficiente

FC: 78 x` T/A: 150/80 mmHg FR: 24x` SPO2 % Tem. 36°C

Disnea, bradipnea, taquipnea a causa de la enfermedad.

Al realizar algún ejercicio físico presenta disnea.

- b) Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Mucosa oral hidratada, diario ingiere 500-1000 ml de agua proveniente de garrafón, llega a ingerir otros líquidos en promedio 1000 ml.

- c) Mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes.

Peso: 50 kg Talla: 1.59 IMC: 19.84 Niveles de Glucosa: 82 mg/dl

Cintura: 64 cm

Se alimenta por vía oral, regularmente consume 1 vez al mes leche y pescado, 1 vez a la semana derivados de leche y cereales, diariamente consume verduras,

frutas, huevo, pastas, harinas y carnes (más carnes rojas). Menciona que ha observado pérdida de peso alrededor de 1-3 kg, a veces al momento de comer o después de presenta acidez y nauseas. Menciona que le da mucha hambre y come más de lo debido.

- d) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción. De color ámbar.

La eliminación urinaria y evacuación es normal, las características de las heces fecales es de color café y pastosa.

- e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

No presenta problemas para conciliar el sueño, al despertar a veces se siente cansada o fatigada.

En articulaciones presenta dolor, inflamación y limitaciones en las rodillas, falanges y muñecas. No realiza ningún ejercicio ni rehabilitación. Al realizar algún esfuerzo físico presenta disnea.

Actualmente no realiza ningún ejercicio ni rehabilitación.

- f) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Diariamente convive con su familia y compañeros de trabajo, refiere que lleva buena relación con su familia, cuando tiene problemas recorre a su familia, se considera una persona alegre, pero “mi enfermedad me impide socializar”.

- g) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Consiente, orientada, vive con sus padres, refiere tener problemas de concentración.

- h) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de limitaciones y deseo de ser normal.

Se acepta en su aspecto físico pero dice que “no acepta los cambios corporales de su enfermedad”. Ante una situación estresante reacciona con negación, irritable, con culpa. Acerca de su enfermedad conoce lo que le hace bien y mal. Considera su vida como productiva y su deseo es “luchar contra su enfermedad para salir adelante”.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

- a. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo

Etapa de desarrollo: Adulto joven

Rol (es): mujer, hermana, hija,

Salud sexual: No ha iniciado vida sexual.

Historia Gineco obstétrica: Menarca: 10 años, es muy irregular en su menstruación.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Se le diagnostico LUPUS ERITEMATOSO SISTEMISCO desde hace 15 años en una clínica del IMSS.

Su tratamiento es: Prednisona 5mg 1-1-1, ácido micofelónico 500mg 2-2-2, clorquina 50 mg 1 c/24 horas, 1 ácido fólico c/24 hora, 1 calcio c/24 horas., Captopril una pastilla diario en las mañanas, Hipromelosa 1 gota c/4 horas.

Glucosa: 82 mg/dl Urea: 47 mg/dl BUM: 22 Mg/dl Colesterol 262 mg/dl

Creatinina sérica: 0.60 mg/dl Creatinina urinaria: 29.20 mg/dl

Factor reumatoide positivo: 1:20 UI/ml Proteína C reactiva: Positiva.

7.2 Diagnósticos de enfermería

<p>7.2.1 Diagnóstico de enfermería.</p> <p>00032 Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con fatiga, manifestado por bradipnea, disnea, taquipnea.</p> <p>Dominio 4: Actividad y reposo</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares /pulmonares.</p> <p>Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento del aporte de aire suficiente.</p> <p>Requisito de autocuidado de desviación de la salud: Enfermedad LES.</p>		
<p>Plan de intervención</p> <p>Objetivo 1: 0403 Estado respiratorio: Ventilación (NOC 474)</p> <p>Criterios de evaluación Mantener a: 7 Aumentar a: 15</p>		
<p>Escala: Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.</p>		
Frecuencia respiratoria	2	5
Total	2	5
Escala: Grave hasta ninguno.		
Disnea en reposo	3	5
Disnea en pequeños esfuerzos.	2	5
Total	5	10
Total	7	15
<p>Objetivo: La usuaria mantendrá un patrón respiratorio eficaz, evidenciado por las cifras de los signos vitales dentro de los parámetros normales, mediante un plan de cuidados personales.</p> <p>Agencia de cuidado: Agente de autocuidado terapéutico</p> <p>Demanda de autocuidado: Parcial</p> <p>Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio.</p> <p>Intervención de enfermería 1: 3350 Monitorización respiratoria.</p>		
ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<ul style="list-style-type: none"> Vigilar la frecuencia, ritmo profundidad y 	La afección respiratoria es frecuente en él LES,	

<p>esfuerzo de las respiraciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar el esquema de respiración: Bradipnea, Taquipnea. • Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran. 	<p>puediendo haber una afección debido a la propia enfermedad, bien por acción directa, o bien como consecuencia del daño pulmonar secundario a la afección de otros órganos.</p> <p>Ante la presencia de síntomas respiratorios en un paciente con LES hay que distinguir de entrada dos situaciones fundamentales si nos encontramos ante un brote de enfermedad o bien ante una infección (Carmen Martín, 2006).</p>
---	---

Ejecución

Abril 2012 a julio 2012: Se realizó un plan para control de la respiración; a través de las respiraciones lentas y profundas y se vigiló la presencia de alteraciones. Se mantuvo vigilancia de los SV.

En Diciembre de 2012 se realizaron estudios los cuales dieron como resultado un prolapso en la válvula mitral.

Evaluación

Objetivo 1: 0403 Estado respiratorio: Ventilación (NOC 474)

Criterios de evaluación

Mantener a: 7 Aumentar a: 15

Escala: Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.

Frecuencia respiratoria	2	5
Total	2	5
Escala: Grave hasta ninguno.		
Disnea en reposo	3	5
Disnea en pequeños esfuerzos.	2	5
Total	5	10
Total	7	15

7.2.2 Diagnóstico de enfermería.

00093 Fatiga, relacionado con estados de la enfermedad, manifestado por cansancio, incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física, incapacidad para restaurar la energía incluso después del sueño. (NANDA 133)

Dominio 4: actividad y reposo

Clase 3: equilibrio de energía

Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

Requisito de autocuidado de desviación de la salud: Enfermedad LES.

Plan de intervención

Objetivo 1: 0007 Nivel de fatiga (NOC 540)

Criterios de evaluación Mantener a: 12 Aumentar a: 20

Escala: Gravemente comprometido hasta no comprometido

Actividades de la vida diaria	4	5
Rendimiento laboral	3	5
Calidad de descanso	3	5
Calidad de sueño	2	5
Total	12	20

Objetivo 2: 0004 sueño (NOC 664)

Criterios de evaluación Mantener a : 17 Aumentar a: 30

Escala: Gravemente comprometido hasta no comprometido

Horas de sueño	4	5
Horas de sueño cumplidas	3	5
Duerme toda la noche	3	5
Total	10	15

Escala: Grave hasta ninguno

Dificultad para conciliar el sueño	5	5
Sueño interrumpido	2	5
Nicturia	2	5
Total	7	15

Total	17	30
<p>Objetivo: Se disminuirá el nivel de fatiga en la usuaria.</p> <p>Agencia de cuidado: Agente de autocuidado/agente de autocuidado terapéutico</p> <p>Demanda de autocuidado: Parcial/apoyo educativo.</p> <p>Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio/apoyo educativo.</p> <p style="text-align: center;">Intervención de enfermería 1: 1850 Fomentar el sueño</p>		
ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño/vigilancia de paciente • Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia del sueño. • Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • La cantidad de sueño que necesita un individuo varía según el estilo de vida, la salud y la edad. Las personas enfermas gastan cantidades inusuales de energía sólo para recobrar la salud o para mantener las actividades de la vida cotidiana. Como resultado sufren una fatiga mayor más frecuente y, por tanto necesitan más reposo y sueño de lo normal. • Los rituales o las rutinas previas al sueño producen confort y relajación. • La leche y los alimentos con proteínas contienen triptófano, un precursor de la serotonina, al que se le atribuye la capacidad de inducir y mantener el sueño. Se debe de evitar los estimulantes porque inhiben el sueño (Barbara Kozier, 2005). 	
Intervención de enfermería 2: 6040 Terapia de relajación simple		
<ul style="list-style-type: none"> • Considerar la voluntad y capacidad de la persona, para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada. • Crear un ambiente tranquilo, sin 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las personas necesitan un ambiente para dormir en el que el ruido sea mínimo, la temperatura de la habitación confortable, la ventilación 	

<p>interrupciones con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz. • Ordenar al paciente a que se relaje y deje que la sensación suceda espontáneamente. • Dejarle un tiempo sin molestar ya que el paciente pueda quedarse dormido. 	<p>adecuada, y el grado de luz adecuado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El respirar lenta y profundamente durante unos pocos minutos, seguido de la contracción y relajación lenta y rítmica de los músculos, puede aliviar la tensión e inducir la calma. • Las medidas de confort son esenciales para ayudar a que el paciente consiga el sueño y lo mantenga, especialmente cuando los efectos de la enfermedad interfieren en el sueño (Barbara Kozier, 2005)
---	---

Ejecución

Mayo 2012 a septiembre 2012

Se decide en conjunto con la usuaria, que ésta, tome todos los días una siesta de 15 a 30 minutos, para recuperar energía y así continuar con sus actividades diarias. Se recomendó a la usuaria que debe de establecer un horario para dormir todos los días a la misma hora y levantarse igual a la misma hora.

Se recomendó a la usuaria que antes de dormir se dé un baño con agua tibia, para relajarse, se le enseña un ejercicio sencillo de relajación con los ojos cerrados. Se le indicó la realización de respiraciones profundas y lentas hasta llenar completamente los pulmones contando mentalmente hasta 4, después vaya soltando el aire también muy lentamente hasta el final contando también mentalmente hasta 4.

Antes de dormir se le dice a la usuaria que es recomendable tomar un vaso de leche caliente con una cucharada de azúcar y unas galletas. Se le enseñó a la usuaria cuales son los alimentos que contienen triptófano, o incluso serotonina o melatonina idóneos para tomarlos al anochecer, en la cena lo cual le ayudara a inducir el sueño, se le enseñó a evitar en las últimas horas del día frutas ricas en vitamina C. Se recomendó evitar el consumo de alcohol y acostarse con hambre.

Se le enseña a la paciente un ejercicio de relajación para iniciar el sueño; Inspirar-Tensión // Expirar-Relajación. Se repetían durante 10-12 respiraciones completas.

Evaluación

Objetivo 1: 0007 Nivel de fatiga (NOC 540)

Criterios de evaluación Mantener a: 18 Aumentar a: 20

Escala: Gravemente comprometido hasta no comprometido

Actividades de la vida diaria	5	5
Rendimiento laboral	4	5
Calidad de descanso	5	5
Calidad de sueño	4	5
Total	18	20

Objetivo 2: 0004 sueño (NOC 664)

Criterios de evaluación Mantener a : 17 Aumentar a: 30

Escala: Gravemente comprometido hasta no comprometido

Horas de sueño	5	5
Horas de sueño cumplidas	4	5
Duerme toda la noche	4	5
Total	13	15

Escala: Grave hasta ninguno

Dificultad para conciliar el sueño	5	5
Sueño interrumpido	4	5
Nicturia	3	5
Total	12	15
Total	25	30

7.2.3 Diagnostico de enfermería.

00092 Intolerancia a la actividad, relacionado con debilidad generalizada, manifestado disnea al realizar ejercicio físico, fatiga.

(NANDA 136)

Dominio 4: Actividad / reposo

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares.

Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

Requisito de autocuidado de desviación de la salud: Enfermedad LES.

Criterios de evaluación Mantener a: 23 Aumentar a: 40

Plan de intervención

Objetivo 1: 2109 Nivel de malestar (NOC 544)

Criterios de evaluación Mantener a: 5 Aumentar a: 10

Escala: grave hasta ninguno

Dolor	2	5
Disnea	3	5
Total	5	10

Objetivo 2: 2004 Forma Física (NOC 476)

Criterios de evaluación Mantener a : 13 Aumentar a: 20

Escala: Gravemente comprometido hasta no comprometido.

Fuerza muscular	4	5
Resistencia muscular	3	5
Flexibilidad articular	3	5
Ejercicio habitual	3	5
Total	13	20

Objetivo 3: 0208 Movilidad (NOC 513)

Criterios de evaluación Mantener a: 5 Aumentar a:10

Movimiento muscular	3	5
Movimiento articular	2	5
Total	5	10

Objetivo: La usuaria podrá realizar actividad sin ninguna molestia.

Agencia de cuidado: Agente de autocuidado.

Demanda de autocuidado: Parcial/apoyo educativo.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio/apoyo educativo.

Intervención de enfermería 1: 5612 Enseñanza: actividad ejercicios prescritos.

ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad / ejercicio prescrito del paciente.• Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad / ejercicio prescrito.• Enseñar al paciente a realizar la actividad / ejercicio prescrito.• Observar al paciente mientras realiza el ejercicio.• Ayudar al paciente a incorporar la actividad / ejercicio en la rutina diaria / estilo de vida.• Ayudar al paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y de actividad.	<ul style="list-style-type: none">• La exploración y la historia son fuentes importantes que informan sobre las limitaciones físicas que afectan a la movilidad y al grado de actividad del paciente, la tolerancia a la actividad, así como las consecuencias de la inmovilidad.• El ejercicio es una actividad física caracterizada por ser un movimiento corporal planificado, estructurado y repetido, que se realiza para mejorar o mantener uno o más componentes de la forma física, además que produce beneficios para la salud, disminuye los factores de riesgos para algunas enfermedades (cardiovasculares), para mejorar la salud y el bienestar.
Intervención 2: 0224 Terapia de ejercicios: Movilidad articular	
<ul style="list-style-type: none">• Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.• Explicar al paciente / familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.• Colaborar con la fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.• Dar un apoyo positivo al realizar los	<ul style="list-style-type: none">• Las articulaciones son unidades funcionales del sistema musculoesquelético. Cuando una persona permanece quieta, las articulaciones permanecen en flexión, si esta tendencia no se contrarresta con ejercicios y cambios de posturas, los músculos se acortan permanentemente y las articulaciones se quedan rígidas en

ejercicios de las articulaciones.		flexión.	
Ejecución			
Mayo 2012			
Para valorar la actividad y el ejercicio físico de la paciente se realizó una historia de enfermería y una exploración física.			
Junio 2012			
Se le enseña una serie de ejercicios a la usuaria los cuales realizara todos los días empezando con series de 10 cada uno siempre y cuando no cause alguna molestia.			
Evaluación			
Objetivo 1: 2109 Nivel de malestar (NOC 544)			
Criterios de evaluación		Mantener a: 5 Aumentar a: 10	
Escala: grave hasta ninguno			
Dolor		4	5
Disnea		3	5
Total		7	10
Objetivo 2: 2004 Forma Física (NOC 476)			
Criterios de evaluación		Mantener a : 13 Aumentar a: 20	
Escala: Gravemente comprometido hasta no comprometido.			
Fuerza muscular		4	5
Resistencia muscular		4	5
Flexibilidad articular		4	5
Ejercicio habitual		4	5
Total		16	20
Objetivo 3: 0208 Movilidad (NOC 513)			
Criterios de evaluación		Mantener a: 5 Aumentar a:10	
Movimiento muscular		5	5
Movimiento articular		4	5
Total		9	10

7.2.4 Diagnostico de enfermería.

00132 Dolor agudo, relacionado con enfermedad crónica, manifestado por dolor e inflamación de articulaciones, disnea.

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico.

Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

Requisito de autocuidado de desviación de la salud: Enfermedad LES.

Plan de intervención

Objetivo 1: 1605 Control del dolor (NOC 336)

Criterios de evaluación Mantener a: 11 Aumentar a: 20

Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Reconoce el comienzo del dolor	3	5
Reconoce factores causales	3	5
Utiliza medidas preventivas	2	5
Utiliza los analgésicos de manera adecuada	3	5
Total	11	20

Objetivo 2: 1902 Control de riesgo. (NOC 337)

Criterios de evaluación Mantener a : 12 Aumentar a: 20

Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Reconoce factores de riesgo.	3	5
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	3	5
Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo.	3	5
Reconoce cambios en el estado de salud.	3	5
Total	12	20
Total	20	35

Objetivo: disminuir el dolor en la usuaria

Agencia de cuidado: Agente de autocuidado.

Demanda de autocuidado: Parcial/apoyo educativo.

Sistema de enfermería: parcialmente compensatorio/apoyo educativo.

Intervención de enfermería 1: 1400 Manejo del dolor

ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales. • Controlar los factores que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos.) • Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas y no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor. • Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El dolor es una experiencia subjetiva, y no hay dos personas que experimenten el dolor exactamente de la misma forma y debe ser descrito por el paciente con el fin de planificar un tratamiento eficaz. • El indicador más importante de la existencia e intensidad del dolor es que el paciente comunique que lo tiene. • La comodidad y una atmosfera tranquila, promueven una sensación relajada y permiten al paciente que se centre en la técnica de relajación en lugar de en las distracciones externas (Barbara Kozier, 2005). • Las modalidades físicas de calor, frio, electricidad sonido y agua, se utilizan para conseguir el objetivo de aumentar la función reduciendo al mínimo el dolor (Garrison, 2005). • El alivio óptimo del dolor empleando analgésicos, incluye determinar la vía periférica, el fármaco, la dosis y la frecuencia para cada paciente.
<p>Intervención 2: 1380 Aplicación de calor o frio</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la utilización del calor o frio, la razón del tratamiento y la manera en que afectara a los síntomas del 	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto el calor como el frio tienen

<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura de la aplicación, especialmente cuando es calor. • Aplicar calor/frío directamente, o cerca de él, el sitio afectado, si fuera posible. • Inspeccionar el sitio cuidadosamente por si hubiera signos de irritación dérmica o daño tisular durante los primeros cinco minutos y luego frecuentemente durante el tratamiento. • Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento. 	<p>efectos analgésicos. El calor es útil tanto para el dolor agudo como para el crónico, por la analgesia, la relajación muscular y la potenciación de la capacidad de estiramiento del colágeno. El frío posiblemente resulte más beneficioso para el dolor agudo, dada su capacidad para controlar el edema, el calor en cambio puede aumentar el edema cuando este está presente (Garrison, 2005).</p>
---	---

Ejecución

Mayo 2012:

Se preguntó a la usuaria donde se localiza el dolor, refiere; que en rodillas, falanges, muñecas, palma de las manos y codos, este aumenta en invierno, y cuando hace calor el dolor es menos.

Junio 2012:

Se lleva a la usuaria a una valoración con una especialista en Rehabilitación física: donde se indica que debe de ir a rehabilitación lo cual le ayudara a disminuir el dolor en las articulaciones así como para tener una mejor movilidad: acude 2 veces por semana durante 1 mes, en donde se aplicó ultrasonido terapéutico a 1.4 Watts x cm² al 50% 1 mega Hertz. Laser en control de dolor 4 puntos de 10 segundos. Tens para dolor 20 min y aplicación de compresa caliente. (Esto se aplicó en hueso poplíteo, mano, muñeca), posteriormente se siguió llevando a la usuaria una vez al mes a rehabilitación.

En casa todas las noches se aplica pomada de bálsamo blanco, después se coloca una compresa caliente y se deja por 10 minutos.

Toma el medicamento Paracetamol 500 mg 2 pastillas juntas (1 gramo) cada 8 horas cuando hay dolor.

Evaluación		
Objetivo 1: 1605 Control del dolor (NOC 336)		
Criterios de evaluación		Mantener a: 18 Aumentar a: 20
Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.		
Reconoce el comienzo del dolor	4	5
Reconoce factores causales	4	5
Utiliza medidas preventivas	5	5
Utiliza los analgésicos de manera adecuada	5	5
Total	18	20
Objetivo 2: 1902 Control de riesgo. (NOC 337)		
Criterios de evaluación		Mantener a : 17 Aumentar a: 20
Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.		
Reconoce factores de riesgo.	5	5
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	4	5
Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo.	4	5
Reconoce cambios en el estado de salud.	4	5
Total	17	20
Total	30	35

7.2.5 Diagnostico de enfermería.

00003 Riesgo de desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades, relacionado con factores biológicos y factores psicológicos.

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento del aporte de alimentos suficientes.

Requisito de autocuidado de desviación de la salud: Enfermedad LES.

Plan de intervención		
Objetivo 1: 1621 Conducta de adhesión: dieta saludable (NOC 237)		
Criterios de evaluación		Mantener a: 8 Aumentar a: 15
Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.		
Equilibra la ingesta y las necesidades calóricas.	2	5
Selecciona raciones compatibles con las pautas nutricionales recomendadas.	3	5
Come frutas y verduras recomendadas cada día.	3	5
Total	8	15
Objetivo 2: 1902 Control de riesgo. (NOC 337)		
Criterios de evaluación		Mantener a :12 Aumentar a:20
Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.		
Reconoce factores de riesgo.	3	5
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	3	5
Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo.	3	5
Reconoce cambios en el estado de salud.	3	5
Total	12	20
Total	20	35
Objetivo: La usuaria mantendrá un estado nutricional adecuado.		
Agencia de autocuidado: agente de autocuidado		
Demanda de autocuidado: Apoyo educativo.		
Sistemas de enfermería: sistema de apoyo educativo.		
Intervención de enfermería 1: 1100 Manejo de la nutrición		
ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Lo primero que hay que saber, es que no existe una dieta específica para los pacientes con Lupus, como sucede con otras enfermedades que si tienen indicaciones determinadas. <p>Lo importante de la dieta para un</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente según el caso. • Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas. 	<p>paciente con lupus autoinmune es mantenerse bien nutridos.</p> <p>El objetivo es evitar que se instalen otras enfermedades intercurrentes además de la actual. (Hipertensión arterial, diabetes, aterosclerosis) Por ello las claves son comer bajo en sal y grasas.</p>
--	---

Ejecución

Mayo 2012 a agosto 2012

Se explicó a la usuaria que no hay una dieta específica para los pacientes con LES, el monitoreo constante de la dieta y de la salud en general debe ser un día a día, ya que son muchos órganos involucrados en esta enfermedad por lo cual el objetivo es estar nutridos y evitar alimentos los cuales nos lleven a causar otras enfermedades.

Recomendaciones que se le hacen a la usuaria:

- Se deben monitorear los niveles de glucosa en sangre, ya que frecuentemente por el uso de esteroides aumenta, por tal acción la dieta debe ser cuidada especialmente para evitar deficiencias y excesos comprometiendo al organismo a desarrollar otras enfermedades. Por lo que se deben evitar, en lo posible, todo tipo de aditivos alimentarios ya que el sistema inmune ya está bastante alterado. El azúcar blanco debería ser sustituido por otros endulzantes.
- Evitar los alimentos o bebidas excitantes, como el café, el alcohol o las bebidas cola por ejemplo ya que la falta de tranquilidad o el estrés pueden afectar o agravar la enfermedad.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras ya que su efecto antioxidante siempre beneficia el estado general del organismo.
- Los corticoesteroides pueden elevar la presión arterial y los niveles de colesterol y lípidos. Se debe restringir la ingestión de grasas y sal, ya que también pueden contribuir a la aparición de estas afecciones.

- El Omega 3 (aceite de lino o linaza, aceite de soja o soya, aceite de germen de trigo, etc.). ya que reducen el riesgo de padecer enfermedad en las arterias coronarias.
- La dieta debe cubrir los requerimientos de calcio con vitamina D, ya que por el tipo de medicamentos (corticoesteroides) puede llegar a haber osteoporosis inducida por los medicamentos. Los alimentos ricos en calcio (espinaca, brócoli, repollo verde, productos lácteos, suplementos de calcio con vitamina D)
- Hacer cuatro o cinco comidas al día.

Evaluación

Objetivo 1: 1621 Conducta de adhesión: dieta saludable (NOC 237)

Criterios de evaluación

Mantener a: 13 Aumentar a: 15

Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Equilibra la ingesta y las necesidades calóricas.	4	5
Selecciona raciones compatibles con las pautas nutricionales recomendadas.	4	5
Come frutas y verduras recomendadas cada día.	5	5
Total	13	15

Objetivo 2: 1902 Control de riesgo. (NOC 337)

Criterios de evaluación

Mantener a :16

Aumentar a:20

Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Reconoce factores de riesgo.	4	5
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	4	5
Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo.	4	5
Reconoce cambios en el estado de salud.	4	5
Total	16	20
Total	29	35

VIII. CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Enfermería en una usuaria con LES, permite brindar una serie de cuidados personalizados los cuales llevaron a mejorar la calidad de vida, ya que él LES es una enfermedad crónica.

Los resultados obtenidos en la usuaria son: una mejora en la calidad de sueño logrando disminuir la fatiga, una mejora en el funcionamiento de las articulaciones ya que a través de los cuidados proporcionados se disminuyó el dolor y con los ejercicios enseñados se mantienen en movimiento las articulaciones. En cuanto a la alimentación, la usuaria logro un mejor control en la ingesta de calorías y en los alimentos que consume. En relación al patrón respiratorio ineficaz no se obtuvo resultados significativos, porque se realizó una serie de estudios, los cuales evidenciaron un prolapso en la válvula mitral.

Cabe mencionar que para lograr los objetivos planteados se necesitó de la colaboración de la usuaria, sus familiares, personal de enfermería. Se considera que la aplicación del Proceso de Enfermería, es una experiencia que favorece la satisfacción de los cuidados de enfermería en los usuarios.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alfaro Lefevre, R. (1999). *Aplicación del Proceso enfermero Guia paso a paso*. Barcelona: Springer.
- Alfaro Refevre, R. (2005). *Aplicación del Proceso Enfemero*. España: Elsevier Masson.
- Alligoob, A. M.-M. (2002). *Modelos y Teorias de Enfermeria* . Mosby.
- Barbara Kozier, G. E. (2005). *Fundamentos de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana.
- Best Seller, K. F. (2003). *Principios de Medicina Interna* . Mc Graw-Hill Interamericana.
- Carmen Martín, J. B. (2006). *ediciones de la universidad de Oviedo lupus eritematoso sistémico para médicos de atención primaria*.
- Carpenito, L. (1995). *Diagnostico de enfermería, (5a edición)* Mc Graw-Hill Interamericana.
- Cristense, J. W.-P. (1985). *Aplicación de Teorias, Guias y Modelos*.
- *Fundación Mexicana para la dermatología A.C.* (2007, 25 octubre.). México D.F. Autor. Revisado en diciembre de 2011. Desde internet. <http://www.fmd.org.mx/index.php?id=25,75,0,0,1,0>
- Garrison, S. J. (2005). *Manual de Medicina Fisica y Rehabilitación*. Mc Graw-Hill Interamericana.
- Gary A. Thibodeau, K. T. (2000). *Anatomía y Fisiología* . Madrid Barcelona: Harcourt.
- Gonzales, D. D. (2006). Lupus Eritematoso Sistémico. *A tu Salud* , 19-23.

- Guyton-Hall, B. S. (2001). *Tratado de Fisiología Medica* . Mc Graw-Hill .
- Harrison. (1998). *Principios de Medicina Interna* . Mc Graw-Hill Interamericana.
- Lupus Foundation of America, Inc. (2011, noviembre). Washington, DC: Autor. Revisado julio de 2012 desde internet. <http://www.lupus.org/newsite/index.html>
- Mariana Leon, (2011). Jovenes, los más afectados por lupus, alerta el IMMS. el universal. Revisado el 24 de diciembre de 2011 desde internet. <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/187425.html>
- Marriner Tomey, A. (1999). *Modelos y teorías de enfermería*. Mosby.
- Marriner, M. R.-A. (2011). *Modelos y teorías de Enfermería*. España.
- Marriner-Tomey, A. (2007). *Modelos y Teorías de Enfermería* . Barcelona España: Mosby.
- P.W. Iyer, B. T. (1997). *Proceso y diagnosticos de Enfermería* . Mc Graw-Hill.
- Sanchez, B. A. (1996). *Proceso Enfermero* . Cuellar .
- Serrato, D. R. (1993). *Tratado de Medicina Interna* . Mc Graw-Hill Interamericana.
- Thier, S. (1999). *Fisio-Patología. Principios Biologicos de la Enfermedad* . Medica Panamericana .

X. GLOSARIO

Proceso de enfermería: es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de salud (Carpenito, 1995)

Lupus sistémico eritematoso: Es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a muchos tejidos del organismo; articulaciones, vasos, riñón, sistema nervioso y piel. El nombre de Lupus eritematoso alude al exantema rojo que suele aparecer en la cara de los que parecen LES. La parte sistémica procede del hecho de que la enfermedad afecta a muchos sistemas del cuerpo. La naturaleza sistémica del LES es el resultado de la producción de anticuerpos frente a numerosos autoantígenos (Gary A. Thibodeau, 2000).

Valoración: Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas”, correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo (P.W. Iyer, 1997).

Diagnóstico: La segunda etapa del proceso enfermero es el diagnóstico (identificación de los problemas) (Carpenito, 1995) la enfermera analiza los datos (información) e identifica los problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados, también identifica los recursos que resultan esenciales, para desarrollar un plan de cuidados eficiente (Alfaro Refevre, 2005).

Planeación: En la tercera etapa del proceso enfermero se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

Ejecución: La cuarta etapa del proceso enfermero es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de

planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente (P.W. Iyer, 1997).

Evaluación: Se trata de un proceso continuo que termina la medida en que se ha conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctas si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería (Alfaro Refevre, 2005)

XI. ANEXOS

VALORACIÓN CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

I. FACTORES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: 12 –nov-11 Nombre: CSCHC Sexo: Masc () Fem (x) Edad: 24 años

Religión: Católica Edo civil: Soltera Escolaridad: Licenciatura.

Lugar de residencia: Tarimbaro

Domicilio actual (calle número, colonia): _____

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: _____ Otros: vive en casa de sus
papas

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: Si Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua: Si Potable: Si Luz: Si Eléctrica: Si Drenaje: Si

Pavimentación: Si

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: Si _____ Recolección de basura: Si _____

Drenaje y alcantarillado: Si _____

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre () Hijo (X) Esposa/o ()

Cuantos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buenas: (x) Regular: () Mala: ()

Nivel de educación:

Analfabeta: () Primaria: () Secundaria () Bachillerato: () Licenciatura: (x)

Otros: _____

Ocupación: pasante de servicio social Horario: lunes a viernes 13:00 a 20:00 pm

Antecedentes laborales: Farmacia Santa Fe, calle Vicente Santa María.

Ingreso económico familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2 S.m. () más de 3 S.m. ()

Dependencia económica: Si (x) No ()

De quien: Padres (x) Esposa/o () Otros: _____

b) Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

Sociales () Culturales () Deportivas () Religiosas ()

Otras: ninguna a veces escucha música.

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Se cuida del sol y se toma sus medicamentos.

c) Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular (X) Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS (X) ISSSTE () SALUBRIDAD () PARTICULAR (X)

Diagnostico medico: Lupus Sistémico Eritematoso

Estado de salud: Grave: () Delicado (x) Estable: ()

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:

Hace 1:20 min. De su casa al médico.

d) Estado del desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si (x) No ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

El estado de ánimo y en ocasiones cuando viaja se le olvida llevar sus medicamentos.

¿Quién autoriza su tratamiento médico? Dra. Reumatóloga CRGC

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: 24 x` llenado capilar: 1 a 3 segundos

Cianosis: Si () No (x) Especifique: _____

Tabaquismo: Si (x) No: () Especifique: fumadora pasiva (novio)

¿Cocina con leña?

Si () No (x) Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si () No (x) Especifique: _____

Tipo de respiración:

Normal () Disnea: (x) Bradipnea: (x) Taquipnea: (x) Polipnea: ()

Otros: _____

Nariz:

Desviación del tabique: (x) Pólipos: () Secreciones: () Dolor: ()

Edema: () Otros: _____

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: ()

Otros: normal

Ruidos respiratorios: normal

Estertores: () Sibilancias: () Murmullo vesicular: ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: () Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: 150/80 mmHg FC: 78 X` Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: (x) No: ()

Apoyo ventilatorio: No solo reposo y en ocasiones captopril.

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: () Hidratada: (x)

Piel: Seca: () Escamosa: () Normal: (x)

Turgencia: Normal: (x) Escamosa: ()

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml () 500-1000 ml (x) 1500-2000 ml () > a 2000 ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () PIPA: () Entubada: () Garrafón: (x)

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No () Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si (x) No () Especifique Cantidad: 1000 ml

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: 50 kg Talla: 1.59 IMC: 19.84 Cintura: 64 cm

Ha observado variaciones del peso:

Si (x) No ()

Perdida: (x) Ganancia: ()

1-3 kg (x) 4-6 kg () 7-9 kg () > 10 kg ()

Dentadura:

Completa: (x) Faltan piezas () Prótesis Fija: () Prótesis Extraíble: ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (x)

Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral ()
Leucoplaquia () Edema () Lesión oral () Drenaje purulento ()
Gingivorragia () Ulceraciones () Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: solo en cara presenta síndrome de Cushing

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia: () Disminuido: () Aumentado: () Normal: (x)

Distensión abdominal: () Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si (x) No ()

Cual: Acidez (x) Nauseas (x) Vomito () Hematemesis () Disfagia ()
 Pirosis () Regurgitación () Polidipsia () Polifagia () Bulimia ()
 Anorexia () Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros:

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No (x) Especifique: _____

Tipo de nutrición:

Sonda nasogástrica: () Sonda Nasoyeyunal: () Gastroclisis: ()

Nutrición Parenteral ()

Que tan frecuente come usted:

1=cada día 2=una vez a la semana 3=una vez al mes 4=nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche			X	
Deriv. De leche		X		
Carnes	X			
Cereales		X		
Verduras	X			
Frutas	X			
Huevos	X			
Pescado			X	
Pastas y harinas	X			

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite (x) Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposódica (x) Hipoproteica ()

Otros: _____

d) Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía () Hemorroides ()

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: Normal

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: () Pujo () Cólico () Otros: Normal

Apoyo para la eliminación intestinal: No

Espontanea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros: normal

Características de las heces fecales:

Café: (x) Acolia: () Melena: () Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Líquida () Semilíquida () Dura ()

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Inconsistencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria ()

Alteraciones uretero-vesicales: _____

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria: () Oliguria: () Anuria: ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: () Cateterismo vesical () Higiene () Otros: _____

Características de la micción:

Ámbar (x) Coluria () Hematuria () Turbia () Otros: _____

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: 16 años Días del ciclo menstrual: alterado.

Tipo, cantidad y características del flujo: trasparente y en ocasiones amarillo.

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional (x) Especifique: cambios de humor, dolor de mamas e inflamación de las mismas.

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr () 6-8 Hr (x) 8-10 Hr () >10 Hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado (x) Descansado () Fatigado (x) Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No (x)

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si (x) No ()

¿Desde cuándo?

1 semana () 15 días () 1 mes (x) >1 mes ()

Presencia de:

Bostezo: () Insomnio: () Hipersomnio: () Pesadillas: () Alucinaciones: ()

Ojeras: (x) Ronquidos: () Enuresis: () Sonambulismo: () Terrores nocturnos: ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño: Se levanta de 2 a 4 veces a miccionar por la madrugada.

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No (x)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (x) Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: (x) Rigidez: () Inflamación: () Limitaciones: (x) Contracturas: ()

Especifique: en rodillas, falanges y muñecas.

Tratamiento: Prednisona 5mg 1-1-1, ácido micofelónico 500mg 2-2-2, clorquina 50 mg 1 c/24 hrs, 1 ácido fólico, 1 calcio.

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si (x) No () Especifique: el ejercicio.

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No (x) Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (x) Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No (x)

Presencia de:

Mareo () Vértigo (x) Acúfenos () Malformaciones () Tumoraciones ()
Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No (x) Especifique:

Utiliza lentes: No

Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si (x) No () Especifique: resequedad ocular, utiliza Hipromelosa 1 gota cada 4 Hrs.

¿Con quienes convive diariamente?

Familia (x) Amigos () Compañeros de Trabajo (x)

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena (x) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia (x) Amigos () Nadie () Otros: _____

Observar:

Seguridad (x) Timidez () Introversión () Apatía () Extraversión ()

Otros: Alegre.

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad (x) Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

g) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente (x) Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración (x) Razonamiento () Especificar: _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: _____

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No (x) Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No (x) Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No (x) Especifique: _____

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si (x) No () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No (x) Especifique: _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si () No (x) Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (x) No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No (x)

Depresión () Ansiedad () Vergüenza () Temor ()

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación (x) Inadaptación () Irritabilidad (x) Culpa (x) Agresión ()

Cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. Etapas del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente su salud en alguna de las siguientes etapas de vida.

Niñez Si (x) No () Especifique: Sarampión y rubeola.

Edad escolar Si (x) No () Especifique: dolores de cabeza frecuente, dolor articular, pérdida de peso.

Adolescente Si () No (x) Especifique: _____

Adulto joven Si () No () Especifique: _____

Edad fértil Si () No () Especifique: _____

Adulto maduro Si () No () Especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si (x) No () Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? Heterosexual.

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual?

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No () Porque: _____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No (x) Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: 16 años Días del ciclo menstrual: irregular

Tipo, cantidad y características del flujo: trasparente, inodoro.

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional (x) Especifique: dolor pélvico y de mamas e inflamación.

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Partos prematuros: _____ Fechas de último Papanicolaou: _____

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: _____ Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No (x) Especifique: _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses (x) 6-12 meses () >12 meses () No se realiza ()

Especifique: cada 2 meses

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (x) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

Todo lo que le hace bien o mal y sobre ella.

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude?

Si () No (x)

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación? Luchar para salir adelante.

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No (x) Especifique: _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: De salud y bienestar

XII. APENDICES

XII. APENDICES

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

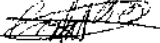
CONSENTIMIENTO INFORMADO

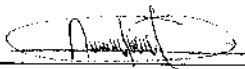


Consentimiento informado para participantes en el Proceso de Enfermería con el referente Teórico de D. Orem.

Yo C.S.C.H.C doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciado en Enfermería a través del cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consiente, sin recibir ninguna remuneración económica. Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es el (la) PLE Azucena Solís Solís, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

_____ 
Acepto participar

_____ 

PLE

Morelia, Mich. a 12 de Enero, 2011.

_____ 
L.E. Jorge Andrés Maldonado J.

Testigo

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANALISIS DEDUCTIVO (Dominio, Clase, Requisito de autocuidado involucrado)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S
Disnea, bradipnea, taquipnea.	D IV: Actividad y reposo. C V: Respuesta cardiovascular/pulmonar. RA: Mantenimiento del aporte de aire suficiente.	00032 Patrón respiratorio ineficaz. P. 138	Fatiga	Disnea, bradipnea, taquipnea.
Al despertar a veces se siente cansada, limitaciones en rodillas, falanges y muñecas.	D IV: Actividad y reposo. C III: Equilibrio de energía. RA: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	00093 Fatiga P. 133	Estados de la enfermedad.	Cansancio, incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física, incapacidad para restaurar la energía incluso después del sueño
Al realizar algún ejercicio presenta disnea. T/A: 150/80 mmHg, fatiga al despertar.	D IV: Actividad y reposo. C III: Respuesta cardiovascular/pulmonar. RA: Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.	00092 Intolerancia a la actividad. P. 136	Debilidad generalizada	Disnea al realizar algún ejercicio físico, fatiga.
Dolor en falanges y muñeca, inflamación, disnea, Enfermedad LES.	D XII: Confort. C I: Confort físico RA:	000132 Dolor agudo P. 349	Enfermedad crónica	Dolor, inflamación en articulaciones, disnea.
Menciona que le da mucha hambre y come más de lo que debe	D II: Nutrición. C I: Ingestión. RA: Mantenimiento de un aporte de alimentos	00003 Riesgo de déficit nutricional : ingesta	Factores biológicos y factores psicológicos.	

comer. Enfermedad: LES	suficientes.	superior a las necesidad es. P. 76		
------------------------------	--------------	--	--	--

Ejercicios de relajación aplicados en la usuaria

Inspirar-Tensión // Expirar-Relajación

Acostarse, dispuesto para dormir, sin luces ni ruidos, temperatura ambiente, y ponerse cómodo. Hacer una respiración profunda, hinchando el vientre y cerrar con fuerza los puños, tensando los músculos de los brazos, piernas y cara mientras inspira. Sentir la tensión. Después soltar el aire despacio, vaciando el cuerpo hasta el último soplo, sin prisa. Relaje los músculos que ha tensado. Dejarlos sueltos y flácidos. Sentir la relajación.

Entrevista relacionada con el diagnóstico de Enfermería; Intolerancia a la actividad.

¿Qué actividades lleva a cabo en un día normal?

Se levanta temprano, realiza el quehacer de casa, la comida, va hacer ejercicio todos los días. Va al servicio social en las tardes entra a la 1:00 pm y sale a las 6:00 pm.

¿Ha experimentado mareos, disnea, aumento notable de la frecuencia respiratoria u otros problemas después de realizar el ejercicio ligero o moderado?

Sí.

¿Qué clase de ejercicio realiza?

Aerobics, zumba, Pilates.

¿Con que frecuencia realiza y que duración tienen las sesiones de ejercicios?

Realiza el ejercicio todos los días una hora.

¿Cree usted que el ejercicio es beneficioso para su salud? Explique por qué:

Sí, porque al realizar el ejercicio me relajo, y siento que desecho toxinas de mi cuerpo. Refiere que necesita actividad física para mantener movilidad en articulaciones y mantener el ritmo cardiaco.

Ejercicios para mantener en movimiento las articulaciones:

- Mover la cabeza en flexión (hacia adelante), extensión (hacia atrás) a un lado y a otro de forma lenta.
- Movilizaciones de brazos y piernas
- Mover brazos hacia arriba, hacia abajo, abriendo y cerrando, hacia atrás
- Flexionar codo y extender
- En mano mover hacia arriba, hacia abajo a la izquierda y a la derecha
- Abrir y cerrar los dedos
- Mover piernas hacia arriba y hacia abajo
- Abriendo y cerrando piernas
- Flexionar y estirar la rodilla
- Tobillo hacia arriba y hacia abajo, a los lados
- Movilizaciones en rotación

De hombros, caderas, tobillos y muñecas. Hacer rotación hacia fuera y hacia dentro.