



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.



ESTUDIO DE CASO A UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD DE LA COLAGENA
BASADO EN LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

PARA OBTENER EL TITULÓ DE:
ENFERMERA ESPECIALISTA EN ATENCION DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

PRESENTA.
LIC. ENF. FRANCISCA ORTIZ CARBAJAL.

ASESOR:
MTA. C.E. MARIA TERESA SALAZAR GÓMEZ

MEXICO, DF. MAYO DE 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A DIOS.

Por todo lo que me ha dado hasta el día de hoy, en especial por mi familia, mi profesión y mi trabajo por que sin ellos nada seria igual y yo no seria quien soy.

A MI MAMA.

A quien me ha heredado el tesoro mas valioso que pueda dársele a una hija.

AMOR,

A quien sin escatimar esfuerzo alguno ha sacrificado gran parte de su vida, a quien me ha formado y educado.

A quien la ilusión de su existencia ha sido verme convertida en persona de provecho.

A quien nunca podré pagar todos sus desvelos ni con las riquezas mas grandes del mundo.

Al ser universalmente mas querido

A MI MAMA.

A MIS HERMANAS ALEJANDRA Y REYNA.

Por estar a mi lado en cada paso de mi vida, pero sobre todo por estar en los momentos mas difíciles, al igual que por ser las mejores amigas y cómplices del mundo.

A MI MEJOR AMIGO.

Roberto Carlos por estar estos 14 años a mi lado, por apoyarme en mis locuras, por los regaños pero sobre todo por tus consejos y su disponibilidad a toda hora para conmigo te admiro y quiero, espero compartir contigo muchos años mas.

A MI HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

Por que gracias a el no solo he obtenido satisfacciones materiales, sino también espirituales y profesionales, así como grandes compañeros y amigos, pero sobre todo, la satisfacción personal de pertenecer a una gran institución como lo es el Hospital General de México.

Y sobre todo Gracias por la oportunidad de dejarme seguir superándome profesionalmente.

A MI ALMA MATER,

Con verdadero agradecimiento a mi Alma Mater la Universidad Autónoma de México, y en especial a la Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia, así como a cada uno de los profesores que me han formado como especialista de Enfermería en el cuidado del Adulto en estado critico.

A LA MTA. C. E. TERESA DE JESÚS SALAZAR GÓMEZ

Mi más sincero agradecimiento por su tiempo y dedicación ofrecida durante la asesoría del estudio de caso, y por las oportunidades de aprendizaje no solo profesional sino también personal.

A LA DOCTORA ESTELA GARCIA ELVIRA.

Por su paciencia, entusiasmo y dedicación para la accesoria del presente estudio de caso.

A todos ellos mil gracias por todo.

Con cariño.

F R A N C Y S O. C.

	INDICE.	
	TEMA	PAGINA.
Introducción.		8.
Objetivos.		9.
CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL.		
1.1	Paradigma de Enfermería.	10.
1.2	Filosofía de enfermería: Virginia Henderson.	13.
1.2.10	Relación enfermera paciente.	16.
1.3	Proceso atención de Enfermería.	18.
1.3.4	Etapas del Proceso Atención de Enfermería.	19.
CAPITULO II. MARCO TEÒRICO.		
2.1	Estudios relacionados.	26.
2.1	Revisión bibliográfica: Lupus Eritematoso Sistémico.	28.
2.2.1	Antecedentes.	28.
2.2.2	Concepto.	30.
2.2.3	Pronostico.	30.
2.2.4	Frecuencia.	30.
2.2.5	Prevalencia.	30.
2.2.6	Incidencia.	30.
2.2.7	Genero.	30.
2.2.8	Factores de riesgo.	31.
2.2.9	Supervivencia.	31.
2.2.10	Mortalidad.	31.
2.2.11	Etiología.	31.
2.2.12	Patogenia de la autoinmunidad.	34.
2.2.13	Patogenia.	35.
2.2.14	Mecanismo de lesión.	36.
2.2.15	Manifestaciones clínicas	36.
2.2.15.2	Manifestaciones del aparato locomotor.	37.
2.2.15.5	Manifestaciones cutáneas.	39.
2.2.15.6	Nefropatía lúpica.	40.
2.2.15.7	Manifestaciones psiquiátricas.	42.
2.2.15.8	Manifestaciones hematológicas.	43.

2.2.15.9	Manifestaciones cardiacas.	45.
2.2.15.10	Otras manifestaciones.	46.
2.2.15.10.5	Aspectos tocoginecologicos.	46.
2.2.15.11	Afecciones del aparato respiratorio.	47.
2.2.15.11.3	Pleuritis con o sin derrame.	49.
2.2.15.11.4	Neumonitis lúpica aguda.	50.
2.2.15.11.5	Hemorragia alveolar	51.
2.2.15.11.6	Enfermedad intersticial difusa crónica.	52.
2.2.15.11.7.1	Hipertensión pulmonar.	53.
2.2.15.11.7.2	Tromboembolismo pulmonar.	53.
2.2.15.11.8	Hipoxia aguda irreversible.	54.
2.2.15.11.9	Enfermedad muscular respiratoria.	54.
2.2.16	Diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico	59.
2.2.16.1	Alteraciones serologicas y de laboratorio.	59.
2.2.17	Tratamiento.	61.
2.2.18	Evolución, complicaciones y muerte.	62.
CAPITULO III. METODOLOGÍA.		
3.1	Metodología.	63.
3.2	Consideraciones éticas.	64.
3.3	Decálogo de las enfermeras y enfermeros de México.	66.
3.4	Derechos y obligaciones de los pacientes.	67.
3.5	Historia clínica.	70.
3.6	Valoración general de las 14 necesidades de Virginia Henderson.	73.
3.7	Plan de atención de enfermería diagnósticos reales.	77.
3.7.1	Diagnóstico de oxigenación.	78.
3.7.2	Diagnóstico de hidratación	80.
3.7.3	Diagnóstico de higiene corporal y protección de la piel.	81.
3.7.4	Diagnóstico de comunicación.	82.
3.7.5	Diagnóstico de eliminación urinaria.	83.
3.8	plan de enfermería diagnósticos potenciales.	84.

3.8.1 Diagnóstico de hidratación.	85.
3.8.2 Diagnóstico de higiene corporal y protección de la piel.	86.
3.8.3 Diagnóstico de evitar peligros.	88.
3.8.4 Diagnóstico de evitar peligros.	89.
3.9 Valoraciones focalizadas.	90.
3.9.1 Valoración focalizada numero 1.	91.
3.9.1.1 Diagnóstico de evitar peligros.	92.
3.9.2 Valoración focalizada numero 2.	93.
3.9.2.1 Diagnóstico de eliminación urinaria.	93.
3.9.3 Valoración focalizada numero 3.	95.
3.9.3.1 Diagnóstico de oxigenación.	95.
3.9.3.2 Diagnóstico de bienestar.	98.
3.9.4 Valoración focalizada numero 4.	99.
3.9.4.1 Diagnóstico de higiene corporal y protección de la piel.	99.
3.9.5 Valoración focalizada numero 5.	101.
3.9.5.1 Diagnóstico de comunicación.	101.
3.9.6 Valoración focalizada numero 6.	103.
3.9.6.1 Diagnóstico de termorregulación.	103.
3.9.7 Valoración focalizada numero 7.	104.
3.9.7.1 Diagnóstico de hidratación.	104.
3.9.8 Valoración focalizada numero 8.	105.
3.9.8.1 Diagnóstico de movimiento y mantener buena postura.	105.
3.9.9 Valoración focalizada numero 9.	107.
3.9.9.1 Diagnóstico de dormir y descansar.	107.
3.9.10 Valoración focalizada numero 10.	108.
3.9.10 Diagnóstico de aprendizaje.	108.
CAPITULO IV. RESULTADOS.	110.
CAPITULO V CONCLUSIONES.	
5.1 En lo metodológico.	111.
5.2 En lo conceptual.	111.
5.3 En lo instrumental.	111.

5.4 Sugerencias.	112.
CAPITULÓ VI PLAN DE ENSEÑANZA.	113.
CAPITULÓ VII BIBLIOGRAFIA	116.

INTRODUCCIÓN.

El presente estudio de caso se lleva a cabo dentro del marco del plan de estudios de postgrado: Enfermería del Adulto en estado Crítico, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, constando de la revisión bibliográfica del marco conceptual y teórico para llevar a cabo la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, basado en la filosofía de Virginia Henderson, y hacer un seguimiento de la problemática de una paciente con Lupus Eritematoso Sistémico, hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios del Hospital general de México, donde a través de una guía de valoración de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson, se detectaron los problemas reales y potenciales durante el periodo del 28/10/03 al 21/11/03, dando lugar al diseño de un plan de cuidados de Enfermería especializados, para sistematizar y coordinar las acciones de Enfermería que se llevaron a cabo con la paciente, permitiéndonos brindar una atención con enfoque holístico y de alta calidad, con el objetivo principal de lograr la independencia de la paciente, y finalmente evaluar los resultados obtenidos con la aplicación del Método Enfermero y la filosofía de Virginia Henderson, valorando la utilidad del mismo en la práctica diaria de la Enfermería.

OBJETIVOS.

GENERAL.

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería, basado en la filosofía de Virginia Henderson en una paciente con enfermedad de la colágena con el fin de formular una propuesta de atención Enfermería para lograr la independencia del paciente, elevar su calidad de vida y reincorporarla a su vida social y familiar.

ESPECIFICO.

- Evaluar los resultados de aplicación y funcionalidad del Proceso Atención Enfermería, utilizando la filosofía de Virginia Henderson.

- Proporcionar un antecedente de aplicación del Proceso Atención Enfermería a una paciente con enfermedad de la colágena, para que este sirva como guía y consulta en el desarrollo de la práctica diaria de la Enfermería.

CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL.

1.1 PARADIGMA DE ENFERMERÍA.

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes del pensamiento que han surgido a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de la profesión, para cuyo conocimiento es necesario abordar los paradigmas y concepciones que han configurado su desarrollo. Un paradigma es un conjunto de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que sirven como referencia para el desarrollo de una ciencia. Cuando hablamos de paradigmas estamos refiriéndonos a las estructuras, marcos referenciales, a partir de los cuales se desarrolla un modelo o una teoría de enfermería, en función de las características que tengan dicha estructura, el modelo o teoría será diferente. El metaparadigma es la perspectiva más global de toda disciplina, su unidad encapsuladora o marco singulariza los fenómenos con los que se trata la disciplina de una forma propia. (Kozier 1995).

Partiendo de la consideración de la existencia de los paradigmas se analiza la filosofía de Virginia Henderson ubicándola en el paradigma de integración (Kozier 1995).

1.1.1 EL PARADIGMA DE INTEGRACIÓN: identificamos en este paradigma la influencia del positivismo, puesto que se mantiene la consideración de que los fenómenos los podemos reconocer e identificar con una serie de elementos y manifestaciones como partes de dicho fenómeno. La diferencia respecto del paradigma de categorización la encontramos en que debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Se sitúa este paradigma a partir de la segunda mitad del siglo XX. Los modelos y teorías de enfermería ponen de manifiesto el interés por la persona, de manera que esta se convierte en el centro de la práctica enfermera (Kozier 1995).

La incorporación de la teoría de la motivación pone de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad. Esta evolución social que se produce en estos momentos marca fuertemente los modelos y teorías de enfermería y comienza a aparecer las diferencias entre la disciplina Enfermería y la disciplina médica.

Los trabajos de Enfermeras como V. Henderson, H. Peplao, Orem, quedan enmarcados dentro de este paradigma. (Kozier 1995).

En donde:

LA PERSONA: Es considerada como la unidad resultante de la suma de las partes. La persona tiene una esfera física, otra psicológica y para algunas autoras una última denominada espiritual. La interacción de estas tres partes dan como resultado a la persona.

EL ENTORNO: Esta considerado por los diversos contextos en los que vive una persona. La persona y el entorno interaccionan resultando efectos de tipo positivo y negativos.

LA SALUD: Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.

EL CUIDADO: Se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. El mantenimiento de la salud significa que el cuidado se llevara a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso fomentar su salud. La enfermera aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona, procurando sus percepciones y su globalidad.

Por ultimo veremos la clasificación de los modelos y teorías en lo que se denomina escuelas. El significado de las escuelas es para nosotros homologable al que tiene el término tendencia. Dentro de un mismo paradigma encontramos diversas orientaciones, lo que hace que los modelos, que mantienen relación por su pertenencia a dicho paradigma pueda ser agrupado en varias categorías en función de la orientación que lo relaciona. De esta manera, un modelo o teoría se relaciona con otro por que ambos comparten un mismo paradigma y con otros por que a demás de compartir este, comparte una misma orientación dentro de el. (Kozier 1995).

1.1.2 ESCUELA DE LAS NECESIDADES: La característica fundamental de los modelos que pertenecen a esta escuela es que definen la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el auto cuidado. Los modelos que presentan esta característica son los de: V. Henderson, D. Orem y F. Abdellah. (Kozier 1995).

1.1.3 MODELO DE ENFERMERÍA: Es un esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento, para Riehi – Sisca el modelo es un diseño estructural compuesto de conceptos organizados y relacionados (Kozier 1995).

1.1.4 TEORÍA DE ENFERMERÍA: Conocimiento especulativo considerado con independencia de toda aplicación. Serie de leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos. Riehi – Sisca señala con frecuencia el concepto de teoría que considera, como intercambiable con los conceptos de modelo conceptual y paradigma. Para esta autora una teoría consiste en una serie de conceptos organizados de forma sistemática y conectada lógicamente para explicar su relación (Kozier 1995)

Chinn y Jacobs definen una teoría como un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designando interrelaciones específicas entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir, y / o controlar los fenómenos (Kozier 1995).

CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL.

1.2 FILOSOFÍA DE ENFERMERÍA: VIRGINIA HENDERSON.

1.2.1 ANTECEDENTES.

Virginia Henderson: Nació en 1897, originaria de Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial despertó en Henderson el interés por la enfermería, por lo que en 1918 ingreso a la escuela de Enfermería del ejercito en Washington. D.C., graduándose en 1921. En 1922 inicio su carrera como docente de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia, cinco años más tarde ingreso en el Teachers College de la universidad de Colombia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A. en la rama de Enfermería. Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora iniciándose en el campo de los cuidados de enfermería en 1939 hasta la década de los ochenta por sus escritos y sus enseñanzas, ha influido en múltiples esferas debido a la importancia que ha dado a la utilización del proceso de cuidados según un modelo conceptual que ella misma elaboró nombrado: modelo conceptual basado en las necesidades humanas. Este modelo conceptual se puede definir como una organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia. (Phaneuf 1999).

Virginia Henderson en su modelo conceptual se ve influenciada por varios autores como la enfermera Annie W Goodrich, de la profesora de filosofa Caroline Sackpole (de donde tomo la importancia de mantener el equilibrio), de la profesora de microbiología Jean Broadhurst (de ella aprendió la importancia de la asepsia y la higiene), del psicólogo Edward Thorndike (investigador de las necesidades básicas del ser humano), del médico Geoge Deaver (de quién aprendió que la independencia del paciente es vital),de la enfermera Bertha Harmer autora del Textbook of the Principles and Practice of Nursing con quien compartía opiniones similares así como de la enfermera Ida Orlando enfermera conocida por sus escritos e investigaciones sobre las relaciones interpersonales. En las 14 necesidades que Henderson propone para la asistencia de enfermería, del ser humano, las cuales parten de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, donde se evidencia una clara correlación con la

pirámide de necesidades de Abraham Maslow. Sin citarlo a él como influencia directa. (A Theory of Human Motivations) (Hernández 1999).

1.2.2 DEFINICIONES DEL PARADIGMA DE ENFERMERÍA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON Y SUS CONCEPTOS PRINCIPALES.

1.2.3 ENFERMERÍA: La define como la única función de la Enfermera que consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyan a su salud o recuperación o a una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciendo de tal modo que se facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible (Mariner 1999).

1.2.4 LA SALUD: En sus escritos la compara con la independencia. En la sexta edición de: *The Principles and Practice of Nursing* cito varias definiciones de salud incluyendo la de la OMS, interpretaba la salud como la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería “se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida” (Mariner 1999).

1.2.5 EL ENTORNO: Lo define como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y al desarrollo de un organismo. (Mariner 1999).

1.2.6 ELLA PENSABA EN LA PERSONA: Como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o lograr una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente, familia o comunidad (Mariner 1997).

1.2.7 EN CUANTO A LA DEFINICION DE NECESIDAD: Henderson en sus obras no señala ninguna definición concreta de necesidad. Si bien se dice que una necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo. Ella señala 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia de enfermería estas necesidades son las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.

6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desnudarse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado, seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal, un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con apego a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción de uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles (Mariner 1997).

Para Virginia Henderson la satisfacción de estas necesidades, revela que la persona es independiente, por lo que ella define el siguiente concepto de:

1.2.8 INDEPENDENCIA: Ya que para Virginia Henderson lo más importante es lograr la independencia del paciente, que lo lleve a un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta en función de su estado, comportamientos apropiados o que realiza por sí misma algunas acciones sin ayuda ajena. El nivel aceptable de satisfacción de las necesidades es el que permite el mantenimiento del equilibrio fisiológico, psicológico, social y espiritual de la persona que se manifiesta por un estado de bienestar (Phaneuf 1999).

Debido a que V. Henderson señala salud como la capacidad de la persona para lograr la satisfacción de estas 14 necesidades básicas, así mismo da entender que la enfermedad la considera como la dependencia hacia otras personas como la enfermera en la satisfacción de las mismas, por lo que define:

1.2.9 LA DEPENDENCIA: Como la incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, las acciones que le permitirán, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades. Esta se manifiesta en forma de signos, síntomas y por hábitos que dañan la salud. Se debe también definir el grado de dependencia en que el paciente se encuentra para planificar las acciones necesarias, el nivel de dependencia varía según

la importancia de la ayuda que requiera una persona para satisfacer sus necesidades y se enlistan como sigue:

NIVEL 0: La persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasis. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.

NIVEL 1: La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeóstasis o asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.

NIVEL 2: La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, dispositivo de apoyo o una prótesis.

NIVEL 3: La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento, pero no puede participar por mucho en ello.

Nivel 4: La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento y apenas puede participar en ello.

NIVEL 5: La persona debe confiar enteramente a alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello (Phaneuf 1999).

1.2.10 LA RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE. En base a lo anterior se pueden establecer tres niveles de relación enfermera paciente que van desde una relación muy dependiente a una de independencia del paciente.

1.2.10.1 La enfermera como sustituta del paciente: En el momento de una enfermedad grave se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro, o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. Henderson reflejo este punto de vista al declarar que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla.

1.2.10.2 La enfermera como una auxiliar del paciente: Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que la independencia es un término relativo nadie es independiente de los demás pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.

1.2.10.3 La enfermera como una compañera del paciente: En donde la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con la independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico. La posición social y cultural y la capacidad física e intelectual (Phaneuf 1999).

CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL.

1.3 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

1.3.1 ANTECEDENTES.

El proceso Atención enfermería hizo su aparición en la década de lo cincuenta, con Lydia Hall quien afirmaba que “la asistencia sanitaria es un proceso” Lydia Hall en 1955. Así como Lydia hubo mas teóricas que contribuyeron con sus investigaciones para enriquecer este proceso como por ejemplo Lois Knowles quien en 1966 presenta un modelo que contenía las actividades que constituían los cometidos del profesional de enfermería, para la atención del paciente estas acciones eran las de descubrir, investigar, decidir, actuar y discriminar. Estas fases que ya en ese entonces Knowles describía daban la pauta para los actuales. En 1967 un comité norteamericano definió al Proceso Atención Enfermería como “la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas del comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante, donde las fases del proceso son: Percepción, Comunicación, Interpretación, Intervención y Evaluación. Por su parte la Escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica identifico las siguientes fases del proceso: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación. La Universidad de Colorado también reconoce varias etapas del proceso las cuales eran: identificación del estado del paciente a partir de la interpretación de los síntomas que presenta, establecimiento de deducciones, y la ejecución de acciones dirigidas al logro de los objetivos definidos. En este ultimo ya se empieza un poco a definir la etapa de diagnostico. Y es así que Bloch en 1974, Roy en 1975, Aspinall en 1976 y algunos autores mas establecen las cinco etapas del proceso Atención Enfermería como se conoce actualmente estas son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Hernández 1999).

King entre otras autoras define la intervención de la enfermera como un proceso de acción, reacción, interacción y ejecución. A través del cual el profesional de enfermería ayuda al individuo de cualquier edad a satisfacer sus necesidades humanas básicas mediante la atención. Alfaro en 1993 lo define como un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la

identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de la salud, reales o potenciales.

1.3.2 OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA. El Proceso Atención Enfermería tiene como objetivo ser un instrumento que identifique y defina el campo del ejercicio profesional de la enfermería y así como de ayuda para que la enfermera pueda guiar su atención donde el cliente es beneficiado, con el fin de mantener un nivel óptimo de bienestar del paciente y la garantía de que se le está proporcionando atención de calidad y calidez de cuidados necesarios para restituir la salud y en caso de que no se pueda lograr esta, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como sea permisible durante el mayor tiempo posible (García 1997).

1.3.3. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

1.3.3.1 FINALIDAD: Por que se dirige a un objetivo.

1.3.3.2 SISTEMÁTICO: Ya que implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

1.3.3.3 DINÁMICO: Al responder al cambio continuo.

1.3.3.4 INTERACTIVO: Por que se basa en la relación que se establece entre la enfermera, paciente, familia y profesionales de la salud.

1.3.3.5 FLEXIBLE: Ya que es adaptable a cualquier lugar o especialidad del área de enfermería, ya sea que trata con individuos, familia o comunidades. Y por que sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Para ello el proceso de Atención Enfermería, como ya se menciona se divide en cinco etapas que a continuación desarrollaremos según la teoría de Virginia Henderson (Hernández 1999).

1.3.4 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

1.3.4.1 VALORACIÓN: Es un proceso organizado sistemático y deliberado de recogida de datos mediante diversos métodos como la observación, exploración física y la historia clínica de enfermería que abarca las catorce necesidades básicas del paciente según la teoría de Virginia Henderson, esta información puede proceder de diversas fuentes como la primaria (paciente) y / o secundaria (expediente, datos de laboratorio, familiares cercanos, textos de referencia), tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático, continuo, de la información subjetiva,

objetiva actual y anterior, con el propósito de emitir un juicio o diagnóstico a cerca de los problemas reales o potenciales del paciente, para jerarquizar estos problemas y de manera que favorezca la atención individualizada y de calidad (Hernández 1999), (García 1997).

1.4.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA: Esta a diferencia de la anterior se centra en un grupo de signos y síntomas que nos indica que existe un problema específico, real o potencial, se lleva a cabo de manera continua por días o semanas. Si se ha identificado un problema deberán realizarse valoraciones periódicas para evaluar los datos del estado de dependencia e independencia del paciente, familia o comunidad (García 1997).

1.3.4.2 DIAGNÓSTICO: Este paso es el paso final de la valoración ya que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado. En esta etapa del Proceso Atención Enfermería se evalúa el grado de dependencia e independencia del paciente o familia (necesidades, capacidades), para satisfacer cada una de las necesidades básicas, e identifica problemas reales o potenciales (Hernández 1999), (García 1997).

En 1975 Mundinger y Jauron lo definieron como la expresión del problema de un paciente a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos (Hernández 1999), (García 1997).

Rosalinda Alfaro en 1993 definió el diagnóstico de enfermería como un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en forma independiente (Hernández 1999), (García 1997).

Es un enunciado del problema real o potencial del cliente que requiere de las intervenciones del profesional de Enfermería con el objetivo de disminuirlo o en el mejor de los casos erradicarlo, para lograr la independencia del cliente o aprovechar al máximo sus capacidades (Hernández 1999), (García 1997).

Para la elaboración de los diagnósticos utilizaremos el formato PES. Que es una formulación en tres partes que incluye:

P = Problema.

Relacionado con.

E = Etiología.

Manifestado por

S = Signos y síntomas.

Uniendo cada uno de los términos correspondientes a las letras PES con las palabras relacionado con y manifestado por (García 1997).

Este formato PES es valioso porque identifica el problema y su etiología además añade el concepto de validación, por la inclusión de los signos y síntomas

Los pasos para llegar al diagnóstico de enfermería son:

Análisis de los datos obtenidos.

Identificación de los problemas de salud y elaboración de los diagnósticos de enfermería.

Identificación de los problemas interdependientes.

Identificación de las capacidades. (García 1997).

Los diagnósticos de enfermería se clasifican como:

1.3.4.2.1 EL DIAGNÓSTICO REAL: Representa un estado que ha sido clínicamente validado, que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia. Es decir que tiene tres componentes problema, etiología, signos y síntomas (Hernández 1999), (García 1997).

1.3.4.2.2 EL DIAGNÓSTICO POTENCIAL O DE ALTO RIESGO: Este no es un problema que este presente en el momento de la valoración pero existen suficientes factores de riesgo que pueden desencadenar el problema, es decir que el individuo es más vulnerable a desarrollar un problema que otros en situación igual o similar debido a los factores de riesgo que presenta. Para ello este diagnóstico debe llevar como etiqueta diagnóstica la palabra “alto riesgo” seguido del posible problema y probable etiología o con los factores relacionados (Hernández 1999), (García 1997).

1.3.4.2.3 EL DIAGNÓSTICO POSIBLE: Se les da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la posibilidad de que este presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo, por lo que estos solo describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales para confirmarlo o excluirlo y consta de dos componentes del formato PES, que son el problema y la etiología o sus factores relacionados (Hernández 1999), (García 1997).

1.3.4.3 PLANIFICACIÓN. Carpenito 1987 e Iyer 1989 dicen: Que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o

para prevenir, evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería, esta etapa incluye cuatro subetapas las cuales son:

1.3.4.3.1 ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES: Los problemas deben ser ordenados por orden de urgencia o jerarquía o pueden depender de acuerdo al modelo teórico y las características del propio paciente. Es decir antes que nada debe asegurarse si no hay algún problema que requiera atención inmediata. Para ello Rosalinda Alfaro en 1993 recomienda 4 pasos para la fijación de prioridades.

1. Pregúntese ¿hay algún problema que requiera atención inmediata? Si es necesario emprenda las acciones apropiadas para iniciar el tratamiento.

2. Haga una lista con todos los problemas y clasifíquelos en dos categorías: Problemas de enfermería y problemas interdependientes. Para los problemas de enfermería se desarrollara un plan de cuidados, para los problemas interdependientes, el plan estará determinado por los procedimientos estándar de la institución y las órdenes médicas.

3. Estudie la lista de problemas interdependientes y determine si tiene órdenes médicas, normas o procedimientos estándares para dirigir los cuidados y el control del paciente.

4. Estudie la lista de los diagnósticos de enfermería para determinar los más complejos. Pregúntese ¿cuáles son los diagnósticos de enfermería que deberían de estar en el plan de cuidados? Y ¿qué pasaría si no si no los incluye en el mismo? (García 1997).

1.3.4.3.2 ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS: Esto es determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados por el paciente, familia y/ o profesional, proporcionan una guía para el equipo de enfermería de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta, así mismo permite evaluar la evolución del cliente así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios medibles, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles, estos se deben fijar a corto, mediano y largo plazo, por lo general estos dos últimos se refieren a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y a la educación sanitaria. Es de suma importancia que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con el paciente para que se establezca un compromiso común entre el profesional y el paciente. Para ello es importante tomar en cuenta a las personas

importantes del paciente, saber cuales son sus motivaciones, tomar en cuenta sus conocimientos y sobre todo sus capacidades. Para cada diagnóstico se debe elaborar un objetivo centrado en el paciente, que determine la resolución al problema que origino él diagnóstico de enfermería.

Los resultados esperados se pueden clasificar en tres dominios o áreas, cognitivo, afectiva y psicomotor o según Virginia Henderson corresponden a las áreas de problema de: conocimiento, voluntad y fortaleza respectivamente (García 1997).

1.3.4.3.3 DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA: Determina las actividades, las acciones específicas del plan de cuidados, este corresponde a las tareas concretas que la enfermera, paciente y /o familia realizará para alcanzar los objetivos. Son acciones que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico o espiritual y mantener y / o restaurar la salud (García 1997)

Estas acciones deben ir encaminadas a:

- Realizar valoraciones permanentes de enfermería, para identificar nuevos problemas o el estado de los ya identificados.
- Dar educación sanitaria al paciente y a su familia, para que aprendan a cuidar su salud.
- Realizar acciones específicas del tratamiento para eliminar o reducir los problemas de salud.
- Ensañar a los pacientes y familiares a realizar actividades, tendientes a reducir los problemas de salud.

Para los diagnósticos de enfermería reales las acciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o él diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar y monitorizar la evolución. .

Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo y prevenir la presentación del problema y monitorizar su inicio.

Para un diagnóstico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar él diagnóstico.

Para los problemas interdisciplinarios se monitorizan los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por otras personas del equipo multidisciplinario y evaluar la respuesta al tratamiento establecido (García 1997).

1.3.4.3.4 REGISTRO DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA: La documentación del plan de enfermería constituye para los demás profesionales de enfermería involucrados con el paciente, una fuente básica de información acerca del paciente, en la que se incluye una descripción de sus problemas y un esquema de actuación, así como la respuesta y / o evolución que el paciente a presentado ante este programa de acciones de enfermería. Estos registros deben contener fecha, verbo (la acción realizada) sujeto, a quien se le realizó, frase descriptiva (como, cuando, donde, conque frecuencia, durante cuanto tiempo, en que medida), las modificaciones a un tratamiento estándar y firma o nombre completo de la profesional de enfermería quien llevo a cabo la realización del procedimiento y / o actividad esto Según Iyer 1989 (García 1997).

El plan de cuidados según Griffith – Kenney y Christensen en 1986 es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente / cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación. Todo ello con el objetivo de fomentar unos cuidados de: calidad, calidez, individualidad, continuidad, comunicación y evaluación de los cuidados de enfermería aplicados al paciente según Bower 1982 (Hernández 1999).

1.3.4.4 EJECUCIÓN: Esta etapa supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería en el cual el profesional de enfermería, el mismo cliente y los familiares mas cercanos son responsables de conseguir los objetivos concretos que se han propuesto, por lo que el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros participantes. Se ejecutan las acciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyan al problema del cliente estas acciones pueden ser de educación, asistencia y / o supervisión (Hernández 1999), (García 1997).

1.3.4.5. EVALUACIÓN: Es el proceso de valorar los progresos del paciente, hacia los objetivos de salud, así como los de la calidad de atención por parte del servicio de enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del cliente a la acción planificada para resolver los problemas de salud del cliente por lo que en esta fase se

utilizará como marco para la evaluación los objetivos propuestos para solucionar los problemas del paciente en la fase de planificación. Pues indican el grado en el que el diagnóstico y la intervención de enfermería correspondiente han sido correctos, en este sentido y como objetivo de esta actividad, el profesional de enfermería determinará si el plan de cuidados es realista, si es actual o si necesita una revisión, si tiene eficacia y efectividad según Griffith – Kenney y Christensen 1982 (Hernández 1999), (García 1997).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado actual de salud del paciente.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

CAPITULÓ II MARCO TEÓRICO.

2.1 ESTUDIOS RELACIONADOS.

En la bibliografía consultada para el presente estudio de caso se localizaron 4 artículos de años recientes, considerados como referencias importantes y específicas, que aportan elementos fundamentales para la implementación de las intervenciones de Enfermería específicas, en el cuidado de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico.

En la revista Nursing del año 1996, se publica un artículo con el Título de: “Cuidar al paciente con Lupus Eritematoso Sistémico” de la Autora: Christine Ferrante, Mary Collins Derivan. En este artículo se hace notar la relevancia del papel del profesional de Enfermería para enseñar al paciente a ejercer el auto cuidado, así como para la elaboración de un programa de actividades diarias, pero sobre todo se enfoca a la enseñanza en cuanto a la nutrición, medidas de conservación de las articulaciones, aclarar las dudas acerca de la enfermedad, en cuanto a cuales son sus complicaciones, cual es su tratamiento y los efectos adversos de este así como cuales son los signos de exacerbación de la enfermedad.

En esta misma revista pero en el año 2000 se publica el artículo Titulado: “Mitos y realidades acerca del Lupus Eritematoso Sistémico”, de la Autora: Edwina A. Mc Conne. Donde aclara varios de los mitos que existen alrededor del Lupus eritematoso Sistémico y determina las realidades referentes a esta enfermedad.

En la revista Hygia de España en el numero 48 del 2º cuatrimestre del año 2001se publica el artículo titulado “plan de cuidados a pacientes con Lupus Eritematoso sistémico” donde se abordan los principales diagnósticos de salud reales y potenciales basados en la taxonomía de la NANDA, que generalmente presentan los pacientes con LES, tales como los relacionados con los patrones funcionales de percepción y mantenimiento de la salud, estado nutricional y metabólico, de actividad – ejercicio, cognoscitivo – perceptivo y de auto percepción siendo el principal objetivo la vigilancia y control del paciente así como la detección oportuna de los factores desencadenantes de la enfermedad, e impartir educación para el mantenimiento de la salud, referidos a la enfermedad, tratamiento, ejercicio físico, factores de riesgo entre otros.

Y por ultimo se consultó: “Lupus A patient Care Guide for Nurses and Other Health Professionals” publicado por la National Institutes of Health Department of Health y Human Services (NIAMS) en mayo de 2001. Donde abordan todo lo referente al Lupus Eritematoso Sistémico, así como sus manifestaciones por aparatos y sistemas, nos presentan una lista de los problemas potenciales de salud que puede presentar el paciente con Lupus Eritematoso Sistémico. Siendo para ellos el principal objetivo la prevención de las complicaciones en los diversos aparatos y sistemas así mismo nos da herramientas de intervenciones para que el profesional de Enfermería pueda disminuir el riesgo de desencadenar su presencia.

Con todo lo anterior se enriqueció el plan de cuidados, ya que con estos artículos se logro complementar las intervenciones de enfermería para tratar a la paciente, de igual forma se tomaron algunos diagnósticos potenciales que se deben tomar en cuenta durante el curso de la enfermedad y que tanto el paciente como la enfermera deben tener presentes para evitar posibles complicaciones y / o retardar las mismas.

CAPITULO II. MARCO TEORICO.

2.3 Revisión bibliografía: Lupus Eritematoso Sistémico.

2.2.1 ANTECEDENTES.

El termino lupus en su acepción médica, se empieza a utilizar finales del siglo X, cuando Herbemius de Tours describe la curación de Hildricus (obispo de Lieja) en el santuario de san martín y dice “gravemente afectado por la enfermedad denominada Lupus una especie de fina línea roja quedo como señal de la cicatriz”. Desde entonces hasta bien entrado el siglo XX las descripciones y denominaciones de Lupus van a remolque de aportaciones clínicas y de los avances en el conocimiento de la enfermedad que sucesivamente se van produciendo a lo largo de los años, el Lupus fue considerado como una enfermedad rara hasta los años 50.

La eclosión llego cuando se diagnosticaron en Los Ángeles Country Hospital 44 casos en dos años (1950 – 1952). Esto debido al descubrimiento de la célula denominada LE (lupus eritematoso), en la medula ósea de una paciente enferma, esto dio garantía al diagnóstico, al cabo de los años, esta relación perdió intensidad y poco a poco paso a engrosar el conjunto de los datos inespecíficos que actualmente se le adjudican a la enfermedad, por lo que esto último abrió el campo complejo de la auto inmunidad: el de los anticuerpos antinucleares, con la investigación del mecanismo implicado en la formación de la célula LE, se demostró que existían unos factores séricos (anticuerpos) que reaccionaban contra determinados elementos nucleares (antígenos), con lo cual conducía a la aparición de restos nucleares (como secuelas de la agresión) fagocitados por leucocitos polimorfo nucleares, para así quedar conformada la singular célula LE: el anticuerpo era una IgG y el antígeno una glucoproteína DNA-histona, esto solo fue el principio ya que de ahí se suscitaron una serie descripciones de nuevos antígenos contra los que van dirigidos los correspondientes anticuerpos. En 1957 se demostró la presencia de un factor sérico en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico que reaccionaba con el DNA, y así que do establecida la unión Lupus Eritematoso Sistémico –Anticuerpos anti – DNA y desde entonces esta característica ha dado mayor especificidad a la enfermedad, de la misma manera ocurrió con el anticuerpo anti- sm (designación que corresponde a la primera paciente en la que se demostró este), cuya detección equivales a Lupus Eritematoso Sistémico. Durante los 25 años siguientes las

especificidades antigénicas, con sus respectivos anticuerpos, ha sido constante y ha engrosado la colección que el lupus tiene en su haber: DNA- histonas, U1-RNP, Ro, etc, tampoco los elementos celulares se han liberado del arsenal auto inmunitario que alberga el lupus y así se ha demostrado anticuerpos frente a: eritrocitos, plaquetas, linfocitos, o tejido como tiroides, hígado músculo, estómago, glándula adrenal, y cerebro. A finales de los 70 se establece la relación del Lupus Eritematoso Sistémico con el bloqueo cardiaco congénito.

En 1971 la American Rheumatism Association (actualmente American College of Rheumatology) publica los 14 criterios clasificatorios del Lupus Eritematoso Sistémico, estableciendo que los paciente que cumplieran con cuatro o mas de ellos alcanzando con ello un 90% de certeza del diagnostico de Lupus Eritematoso Sistémico. Estos se modifican en 1982 y alcanzan una sensibilidad del 97% y una especificidad del 98% (Font 2002).

2.2.2 CONCEPTO: El Lupus Eritematoso sistémico es una enfermedad sistémica que se caracteriza clínicamente por cursar con sucesivas exacerbaciones y remisiones, serológicamente por la presencia de múltiples autoanticuerpos, en especial anticuerpos antinucleares (AAN), y patológicamente, por inflamación en diversos órganos con depósitos inmunes. El compromiso del aparato locomotor y de la piel es muy común. Pero puede haber manifestaciones en cualquier aparato de la economía (Font 2002).

2.2.3 PRONÓSTICO: El pronóstico del Lupus Eritematoso Sistémico ha mejorado notablemente en las dos últimas décadas aunque a veces, la irreversibilidad de las lesiones producidas conduce a un déficit funcional que compromete la vida del paciente (Font 2002).

2.2.4 FRECUENCIA: La frecuencia del Lupus Eritematoso Sistémico es baja, presentándose más frecuentemente en las etnias afro americanas, hispana y asiática. Suele comenzar entre los diecisiete y treinta y cinco años de edad y la relación mujer: varón es de 10:1: esta preponderancia femenina es menos marcada cuando la enfermedad se inicia en la edad infantil o después de los sesenta y cinco años. Es excepcional el debut antes de los cinco años (Font 2002).

2.2.5 PREVALENCIA: La prevalencia en los Estados Unidos y Europa oscila entre un .1 - .5 por 1.000. Pero es tres o cuatro veces superior en las personas de raza negra que viven en Estados Unidos (Font 2002).

2.2.6 INCIDENCIA: En la población general varia según las características de la población estudiada, como la edad, el género y la raza o la procedencia étnica o nacional, en Europa por ejemplo la incidencia anual oscila entre 3.8 casos /100000 habitantes (Reino Unido), 5.8 casos en Islandia.

En los Estados Unidos la incidencia anual oscila entre los 2.2 casos /100000 habitantes (esto descrito en 1979) en Rochester Minnessota y los 7.6 casos en San Francisco.

Se aprecia un incremento en las últimas décadas, aunque esto podría ser debido a un mejor conocimiento y diagnostico del Lupus Eritematoso Sistémico (Font 2002).

2.2.7 GENERO: Según series de estudios elaboradas en Estados Unidos, Europa, y España en las tres se observa que el porcentaje de mujeres afectadas tiene un rango que oscila del 78 – 96%, estos datos indican que la relación mujer /varón es de aproximadamente 10/1, en los años previas al edad fértil de la mujer y en los

correspondientes a la menopausia, esta relación disminuye a 2/1, subrayando el papel hormonal en la expresión de la enfermedad (Font 2002).

2.2.8 FACTORES DE RIESGO: Son importantes los factores hormonales, el Lupus Eritematoso Sistémico predomina claramente en la mujer durante su época reproductora y, por otra parte, en experimentación animal, se ha comprobado que las hormonas masculinas suprimen, mientras que las femeninas aceleran, la enfermedad.

Se conocen algunos factores de riesgo ambientales (como los fármacos hidralazina, y procaínaamina producen un Lupus similar al idiopático).

Los estudios familiares y de gemelos han demostrado la existencia de un componente hereditario en el desarrollo del Lupus Eritematoso Sistémico.

El Lupus Eritematoso Sistémico es más grave en las etnias afro americana, hispana y asiática; Sin embargo, es seguro que en la gravedad de la enfermedad, además de factores genéticos, pesan factores socioeconómicos y culturales, potencialmente modificables (Font 2002).

2.2.9 SUPERVIVENCIA: A los cinco años del diagnóstico es de un 90% - 93%, y de un 80% - 85% a los diez años (Font 2002).

2.2.10 MORTALIDAD: Las principales causas de mortalidad son las complicaciones cardiovasculares y renales generalmente debidas al problema trombótico relacionados con el síndrome antifosfolípídico responsable del 27% de las muertes en el estudio "Euro - lupus 1995", así como las infecciones y las complicaciones relacionadas al tratamiento con esteroides (Font 2002).

2.2.11 ETIOLOGÍA: La etiología del LES es múltiple con varios factores independientes que confluyen en un individuo para producir la enfermedad. Los factores etiológicos que se mencionan son de índole genética, hormonal y ambiental. La coincidencia en mayor o menor grado de estos factores propicia un trastorno inmune. Cuyo denominador común es la hiperactividad de los linfocitos B y la formación de múltiples autoanticuerpos (Harrison 1991).

2.2.11.1 FACTORES GENETICOS: Un avance en la genética de la autoinmunidad son los recientes conocimientos sobre el control genético de la apoptosis. Varios genes regulan la apoptosis, ya sea antagonizándola (gen bcl-2) o promoviéndola (gen fas); la expresión anormal de estos genes (por ejemplo la sobre expresión de bcl-2 o defecto

fas), conducirá a una apoptosis defectuosa y a la persistencia de clones de linfocitos autorreactivos, con la consiguiente pérdida de la autotolerancia y el desarrollo de la enfermedad autoinmune (Harrison 1991).

En el Lupus Eritematoso Sistémico humano, los datos que implican a la apoptosis en la patogenia del Lupus Eritematoso Sistémico no son tan claros, y aunque se ha encontrado mayor expresión de bcl – 2 en linfocitos de pacientes lúpicos, no se sabe si se trata de un defecto primario o simplemente de un epifenómeno que refleja la activación de estas células. Si parece indudable el papel de la apoptosis en la génesis de anticuerpos anti ADN y de la glomérulo nefritis lúpica.

Hay evidencias epidemiológicas que demuestran la existencia de factores genéticos en el Lupus Eritematoso Sistémico; concordancia para la enfermedad entre gemelos univitelinos, elevada prevalencia de Lupus Eritematoso Sistémico y de anomalías inmunológicas en familiares de enfermos, y alta incidencia del Lupus Eritematoso Sistémico en ciertos grupos étnicos. Sin embargo no se han identificado aún ningún gen al que se le pueda responsabilizar del desarrollo completo de la enfermedad (Harrison 1991).

2.2.11.2 TRASACTIVACIÓN GÉNÉTICA: La transactivación génica es una característica limitada de los patógenos retrovirales, el genoma de todos los retrovirus humanos codifica proteínas (transactivadores) que promueven y estimulan la transcripción. Después de la incorporación del retrovirus en el genoma se puede producir una transactivación no solo de los genes virales sino también de otros genes de la célula infectada. La transactivación de los genes que interfieren con mecanismos inmunorreguladores importantes (autógenos) podría dar una reacción autoinmune crónica (Font 2002).

2.2.11.3 FACTOR HORMONAL: La alta incidencia femenina de la enfermedad. La menor frecuencia de aparición antes de la menarquia o después de la menopausia y las agudizaciones en el puerperio o con la administración de anticonceptivos orales sugiere una influencia hormonal en el Lupus Eritematoso Sistémico.

En el lupus murino, los estrógenos aceleran la producción de nefritis, mientras que los andrógenos parecen retrasarla o incluso prevenirla, aunque en los humanos no se sabe

de que manera influyen las hormonas en la inmunidad es probable que intervengan en la inducción de tolerancia (Font 2002).

2.2.11.4 FACTORES AMBIENTALES.

2.2.11.4.1 LUZ ULTRAVIOLETA: Aunque la luz ultravioleta es un desencadenante de lesiones cutáneas como de agudizaciones sistémicas del Lupus, no parece un factor estrictamente causal.

Se ha sugerido que la luz ultravioleta podría alterar la estructura del ADN y aumentar su antigenicidad. Se ha demostrado que la luz ultravioleta induce apoptosis en los queratinocitos dérmicos, con la consiguiente exposición de antígenos nucleares y citoplasmáticos en la superficie celular, lo cual podría explicar el mecanismo de formación de anticuerpos en el Lupus Eritematoso Sistémico y el fenómeno de fotosensibilidad (Font 2002).

2.2.11.4.2 VIRUS: En los modelos murinos, partículas retrovirales pueden contribuir al proceso autoinmune, al insertarse en cadenas de ADN genómico que conduce a mutaciones genéticas y pueden originar en autoinmunidad.

En el endotelio glomerular, en la pared vascular y en los leucocitos circulantes de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico se han observado inclusiones parecidas a los virus, que pueden ser simplemente el resultado del efecto de niveles elevados de interferon – a.

En el Lupus Eritematoso Sistémico se encuentran títulos altos de anticuerpos a diversos antígenos víricos, incluidos al menos cuatro retrovirus. Asimismo existe gran prevalencia de infección por virus de Epstein Barr, lo que podría ser significativo. Sin embargo, por el momento no se puede afirmar si estos anticuerpos son la consecuencia de una activación inespecífica de linfocitos B o el resultado de una exposición vírica (Font 2002).

2.2.11.4.3 BACTERIAS: La evidencia de la posible participación de las bacterias en el desarrollo del Lupus Eritematoso Sistémico es débil, algunas observaciones clínicas sugieren una relación entre la aparición de una infección bacteriana aguda y el desarrollo de la enfermedad. Al igual que en la infecciones virales, se han sugerido múltiples mecanismos a través de los cuales las bacterias podrían desencadenar la enfermedad (Font 2002).

2.2.11.4.4 FÁRMACOS: Diversos fármacos que inhiben la metilación del ADN, como la hidralacina, procaínamida, isoniacida, metil-dopa, quinidina y clorpromacina inducen la formación de anticuerpos antinucleares (AAN) y, en algunos casos, síntomas, la mayoría de ellos inespecíficos (febrícula, astenia, mialgias), que desaparecen tras suprimir el medicamento (Font 2002).

2.2.11.4.5 SUSTANCIAS QUÍMICAS: Las hidracinas, aminas aromáticas, el tricloroetileno, la salica y el molibdeno son sustancias químicas capaces de inducir Lupus Eritematoso Sistémico. Las hidracinas son abundantes en los pesticidas, herbicidas, colorantes y humo del tabaco, Las aminas aromáticas se encuentran en forma de tetracina en los colorantes de muchos alimentos y en forma de parafenil – diamina en tintes para el cabello. Se han descrito casos relacionados con la exposición a estos productos (Font 2002).

2.2.11.4.6 SUSTANCIAS DE LA DIETA: Los estudios disponibles a la fecha sugieren una relación entre el contenido de alfalfa, psoralenos, fenilalanina y tiroxina de la dieta y el desarrollo del Lupus Eritematoso Sistémico. La ingesta crónica de alfalfa en humanos y macacos puede producir una enfermedad parecida al Lupus. La L- canavanina presente en la alfalfa, parece ser la responsable de la alteración inmune que conduce a la enfermedad.

Los alimentos ricos en psoralenos también pueden reactivar el Lupus, al potenciar la acción de los rayos ultravioleta.

Respecto a la fenilalanina y tiroxina, en el modelo murino de Lupus NZB/NZW F1, hay un aumento de la supervivencia cuando se alimenta con una dieta pobre en estos aminoácidos (Font 2002).

2.2.12 PATOGENIA DE LA AUTOINMUNIDAD: El sistema inmune es el encargado de proteger al individuo frente a la invasión de agentes extraños esta misión se lleva a cabo teniendo en cuenta que no se debe actuar contra aquello que le es propio de cada organismo.

En ocasiones antígenos propios son modificados, de modo que se transforman en extraños e inmunogénicos, originando patología autoinmunitaria.

En determinadas circunstancias, una respuesta inmune inadecuada frente a un determinado microorganismo puede ocasionar una reacción cruzada con un antígeno

autólogo a partir de secuencias homologas existentes tanto en el huésped como en el invasor.

La selección inadecuada de los componentes propios del sistema inmunológico, como consecuencia del fracaso de los mecanismos de tolerancia, pueden generar patología autoinmune. Las manifestaciones inmunopatológicas en los ratones, un modelo murino de autoinmunidad similar al Lupus Eritematoso Sistémico humano son la consecuencia de la alteración de un gen que codifica la molécula (fas/ APO-1) que participa en la inducción de muerte celular programada de los linfocitos T (Alonso 2002).

2.2.12.1 MECANISMO INMUNOPATOGENICO: Los diferentes mecanismos destinados a defender al organismo frente a agentes extraños condicionan una respuesta ordenada que controla adecuadamente el fenómeno inflamatorio. La disfunción de alguno de estos sistemas origina una lesión al huésped y puede originar enfermedad. Clásicamente cuatro son los tipos de respuesta implicadas en el desarrollo del daño inmunológico.

La reacción del tipo III es la que se relaciona mas al Lupus Eritematoso Sistémico, este es por formación de inmunocomplejos. La unión del anticuerpo y el antígeno solubles origina complejos moleculares capaces de fijar el complemento y unirse a receptores celulares. Dependiendo de la capacidad de aclarar complejos del plasma y de las características de estos. La formación de IC (inmunocomplejos) puede originar o no lesión. El depósito de inmunocomplejos parece tener especial importancia patogénica en enfermedades reumáticas como el Lupus Eritematoso Sistémico y las vasculitis (Alonso 2002).

2.2.13 PATOGENIA.

LINFOCITOS B: El factor común de las anomalías inmunes en el Lupus Eritematoso Sistémico es la hiperactividad de los linfocitos B, con la producción de anticuerpos. Se piensa que estos anticuerpos son la consecuencia tanto de la activación policlonal B como de una respuesta a antígenos.

Las razones que teóricamente pueden explicar la hiperactividad B son:

- A) un trastorno intrínseco de los linfocitos B.
- B) Aumento en la función T cooperadora.
- C) Deficiente función T supresora.

D) Un trastorno en la síntesis de y secreción de linfocinas.

En cualquier caso, la hiperactividad B conduce a la producción de mayores cantidades de inmunoglobulinas y anticuerpos, incluso contra antígenos propios.

LINFOCITOS T: Las alteraciones de los linfocitos T son también muy características del Lupus Eritematoso Sistémico: Linfopenia T, anticuerpos antilinfocitos T, depleción de la población de supresora – citotóxica (CD8 +) y expansión de la cooperadora – inductora (CD4 +).

En déficit de la función T supresora, no se sabe si es primaria o se trata de una consecuencia.

CITOCINAS: Se ha encontrado una disminución en las citocinas producidas por los linfocitos T para regular otros linfocitos T como, IL-2, TNF e IF, y un aumento en las citocinas que promueven crecimiento, diferenciación y estimulación de linfocitos B (IL-4, IL-5, IL-6, IL-10). La IL-10 parece ser importante en la producción de anticuerpos antiADN y su exceso de producción in Vitro se ha correlacionado con aumento de la apoptosis y con linfopenia (Alonso 2002).

2.2.14 MECANISMO DE LESIÓN: Aunque el papel de los autoanticuerpos en la producción de lesiones no está perfectamente aclarado parece que al menos algunos de ellos reaccionan con antígenos presentes en las membranas celulares o basales para originar las manifestaciones propias de la enfermedad por inmunocomplejos. Los anticuerpos también pueden causar trastornos en el sistema de la coagulación, (anticuerpos antifosfolípidos) u originar disfunción de las células específicas (antiRo y bloqueo cardiaco) y / o alteraciones en la apoptosis (Alonso 2002).

2.2.15 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

2.2.15.1 SÍNTOMAS GENERALES: La astenia, la adinamia, la anorexia y la pérdida de peso son habituales e indican la actividad del Lupus Eritematoso Sistémico, la fiebre se presenta como síntoma inicial aunque no hay que olvidar que debido al tratamiento inmunosupresor que reciben estos pacientes la fiebre se deba a un proceso infeccioso (Sterling 2001).

2.2.15.2 MANIFESTACIONES DEL APARATO LOCOMOTOR.

Las articulaciones presentan afección en el 90% de los pacientes y varía desde simples artralgias hasta una artritis deformante. Suelen ser simétricas, intermitentes, erráticas y pueden acompañarse de rigidez articular.

La artritis intermitente y migratoria es la forma más habitual de artritis en el Lupus Eritematoso Sistémico suele acompañarse de signos inflamatorios que se resuelven en 12 a 48 horas sin dejar secuelas, se localiza más frecuentemente en las manos, rodillas y codos y por lo general, no afecta a más de cuatro articulaciones a la vez.

La artritis persistente ocurre solo en un 8 a 10 % de los pacientes afectando de forma simétrica a grandes y pequeñas articulaciones acompañada de rigidez matutina (Font 2002).

2.2.15.2.1 ARTROPATÍA DE JACCOUD: Se denomina así a una artropatía deformante con desviación cubital reductible de las metacarpofalángicas, hiperextensión de las Interfalángicas proximales (cuello de cisne), y frecuentemente, hiperextensión de la interfalángica del pulgar (pulgar en Z), esto se observa en un 10% de los pacientes y es debida a la afección de cápsula, ligamentos, y tendones más que a una sinovitis crónica (Font 2002).

2.2.15.2.2 PARTES BLANDAS: En el Lupus Eritematoso Sistémico parece existir un trastorno tendinoso generalizado que predispone a sufrir problemas ligamentarios y capsulares y cuya raíz reside en una laxitud ligamentaria.

TENDONITIS: Afecta hasta un 10% de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico y ocasionalmente ocasiona contracturas en flexión, especialmente en los codos (Font 2002).

2.2.15.2.3 ROTURA TENDINOSA: Es una eventualidad infrecuente, generalmente el tendón roto es el infrarrotuliano, seguido del aquileo, y de los tendones extensores de los dedos de las manos. Contribuyen a la ruptura tendinosa la artritis y la tendosinovitis de las articulaciones próximas, la enfermedad de larga evolución y la corticoterapia crónica (Font 2002).

2.2.15.2.4 LAXITUD LIGAMENTARIA E HIPERMOVILIDAD ARTICULAR: Esta se ha encontrado hasta en la mitad de los pacientes lúpicos especialmente en los que

presentan artropatía de Jaccoud, se observa hiper movilidad articular en el 17% de los pacientes (Font 2002).

2.2.15.2.5 FIBROMIALGIA: Constituye un importante problema en la autopersección del estado de salud y la calidad de vida, no se conoce los factores por los cuales el paciente desarrolle la fibromialgia (Font 2002).

2.2.15.2.6 CALCIFICACIONES: Las calcificaciones de la cápsula articular se observan en un 8 – 40 % de los pacientes, mas infrecuentes son las calcificaciones de la piel, relacionadas con lesiones necrotizantes y ulceradas de la piel vecina o las del tejido celular subcutáneo consecutivas a paniculitis lúpicas (Font 2002).

2.2.15.3 HUESO.

2.2.15.3.1 OSTEONECROSIS ASÉPTICA. La prevalencia de esta en el Lupus Eritematoso Sistémico oscila entre el 5% y el 52%, relegando probablemente los diferentes hábitos en la administración de corticoesteroides, esta se localiza típicamente en las epífisis proximales de fémur y humero, los cóndilos femorales, los huesos del carpo y los del pie.

Algunos datos sugieren que el mayor riesgo de sufrir esta patología va ligado a la instauración brusca de una dosis alta de corticoesteroides y mantenida al menos durante un mes, sin embargo otros estudios lo relacionan con la dosis total recibida o con la mayor duración del tratamiento (Font 2002).

2.2.15.3.2 ARTROPATÍA MUTILANTE: La esclerosis del penacho termina de las falanges distales, es un hallazgo radiológico que se observa en el 15% de los casos del Lupus Eritematoso Sistémico, a menudo asociado al fenómeno de Raynaud. Mas raramente, se añaden reabsorción de la falange distal y trastornos tróficos en los dedos y en las uñas que se conoce como artropatía mutilante (Font 2002).

2.2.15.3.3 OSTEOPOROSIS: La prevalencia de esta en mujeres premenopáusicas con Lupus Eritematoso Sistémico oscila entre el 12 y el 25%. Los mecanismos potencialmente implicados son la protección de la radiación solar, el hiperparatiroidismo, secundario a insuficiencia renal, inmovilización por la artritis, corticoterapia, amenorrea por menopausia precoz espontáneo inducida por la ciclofosfamida y factores relacionados con la propia enfermedad (Font 2002).

2.2.15.4 MÚSCULO: Aunque el 50% de los pacientes con LES refieren mialgias, solo en el 5% de los casos puede establecerse el diagnóstico de miopatía lúpica. En rara ocasión los fármacos utilizados en el LES como los corticoesteroides y la cloroquina pueden causar miopatía (Font 2002).

2.2.15.5 MANIFESTACIONES CUTÁNEAS: Se presentan en el 85% de los casos según su histología se clasifican en lesiones específicas e inespecíficas.

2.2.15.5.1 PATOGENIA: Se ha sugerido que los queratinocitos epidérmicos sometidos a la luz ultravioleta liberan antígeno Ro; la ulterior formación de complejos Ro/antiRo en la superficie de estas células provocaría las lesiones cutáneas. La LUV también puede causar liberación exagerada de mediadores inmunes y pueden afectar a los linfocitos T cutáneos.

Las lesiones cutáneas específicas se dividen en agudas, subagudas y crónicas. Histológicamente todas presentan una combinación atrofia epidérmica, hiperqueratosis, pérdida de orientación y degeneración de las células de la capa basal de la epidermis, con presencia de vacuolas entre o dentro de las mismas, edema de la dermis y borramiento de la unión dermoepidérmica, por un infiltrado inflamatorio mononuclear, que puede extenderse hacia las capas más profundas de la dermis (Font 2002).

2.2.15.5.2 LUPUS CUTÁNEO AGUDO: La lesión aguda localizada típica es un eritema confluyente y simétrico en las mejillas y dorso de la nariz, que respeta el surco nasolabial y el área peri orbitaria, al que se le denomina eritema malar en vespertilio (murciélago) o en alas de mariposa. Persiste desde unas horas, semanas, o meses y no dejan lesiones residuales. Existe una asociación neta de estas lesiones, con la exposición del sol y con la actividad del LES, el eritema malar es más frecuente en la mujeres y en los grupos de edad más jóvenes, a menudo se acompañan con ulceraciones orales o de la mucosa nasal (Harrison 1991).

2.2.15.5.3 LUPUS CUTÁNEO SUBAGUDO: En este las lesiones se presentan en brotes, relacionados frecuentemente con la exposición al sol, y se localizan en áreas foto expuestas, cuello, escote, espalda, brazos, antebrazos, dorso de manos y menos frecuente, en la cara pueden adoptar dos tipos de morfología anular o papuloescamosa la primera consiste en lesiones de borde eritematosos a veces descamativo, con

tendencia a crecer periféricamente a la vez que se va aclarando la zona central, cura sin dejar lesiones cicatrizantes.

Las lesiones papuloescamosas son redondeadas y crecen periféricamente dando lugar a una placa eritematodescamativa pero sin aclaración central (Harrison 1991).

2.2.15.5.4 LUPUS CUTÁNEO CRÓNICO: La lesión cutánea crónica es característica del lupus eritematoso discoide, se trata de placas o pápulas eritematosas de curso crónico, redondeadas, bien delimitadas con una superficie descamativa o hiperqueratósica. Cuando curan lo hacen dejando cicatrices atróficas, placas de alopecia y alteración de la pigmentación, puede desencadenarse por la luz solar aunque no tan frecuentemente como las lesiones subagudas y agudas, la localización típica es en las proximidades del pabellón auricular (mejillas, zona temporal, zona retroauricular) o en el propio pabellón. Cuando se localiza por debajo del cuello se denomina lupus eritematoso discoide generalizado (Harrison 1991).

2.2.15.5.5 LESIONES CUTÁNEAS NO ESPECÍFICAS: Se observa fotosensibilidad, fuertemente asociada a la positividad de los anticuerpos anti-Ro, en un 30 – 60% de los pacientes, la LUV es la responsable de este fenómeno, por el que se desencadenan brotes cutáneos y / o extracutáneos de lupus, hay telangiectasias sobre una lesión discoide o en el área periungual en el 15% de los pacientes.

Las úlceras mucosas, la alopecia difusa y el pelo lúpico (pelo corto y frágil en la región frontal) son frecuentes, mientras que los nódulos reumatoideos subcutáneos son raros.

La vasculitis en las vénulas y arterias distales de los dedos pueden producir nódulos dolorosos en esta localización, hemorragias en astilla o pequeños infartos cutáneos en el borde lateral de las uñas (Harrison 1991).

2.2.15.6 NEFROPATIA LÚPICA: La inmunofluorescencia en las biopsias de pacientes con nefritis lúpica muestran invariablemente depósitos de inmunoglobulinas y complemento, clásicamente se han interpretado estos depósitos como la consecuencia de una enfermedad por depósito de inmunocomplejos circulantes ADN/antiADN, pero hoy se sabe que los anticuerpos circulantes antiADN se unen al heparán-sulfato o colágeno tipo IV de la membrana basal glomerular. Los anticuerpos antiADN resultan de autoinmunización nucleosomas más que con el ADN desnudo. Los nucleosomas están constituidos por ADN e histonas y se generan durante la apoptosis. La alteración de la

apoptosis en el LES podría originar un aumento en la generación de nucleosomas, que persistirán por trastornos en la fagocitosis del material apoptótico. La formación de anticuerpos antinucleosomas precede a la formación de anticuerpos antinucleosomas precede a la formación de otros anticuerpos, como antiADN y antihistona. Además los núcleos participan en la evolución de las lesiones tisulares especialmente de la glomerulonefritis, pues median la unión del anticuerpo antiADN deparan-sulfato de la membrana basal glomerular, en la glomérulo nefritis lúpica, los inmunocomplejos formados in situ en el mesangio y en la región subendotelial producen quimiotaxis de células inflamatorias que participan en el daño tisular (Harrison 1991).

2.2.15.6.1 MANIFESTACIONES CLINICAS Y EVOLUCION: En el 47% de los pacientes con LES hay pruebas clínicas de afección renal (Harrison 1661).

2.2.15.6.2 GLOMERULONEFRITIS MESANGIAL: Suele cursar con mínima micro hematuria y / o proteinuria, pero puede ser asintomático o, rara vez conducir a un síndrome nefrótico, la mayoría de los casos remiten con tratamiento pero un pequeño porcentaje progresa a formas mas graves (Harrison 1661).

2.2.15.6.3 GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA FOCAL: Esta cursa con proteinuria y micro hematuria variable y el 20% de los casos evolucionan a formas mas graves. La diferencia histológica entre la forma proliferativa focal y proliferativa difusa son cuantitativas habiéndose establecido el limite de un 50% de los glomérulos afectados para establecer un diagnostico u otro (Harrison 1661).

2.2.15.6.4 LA GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA DIFUSA: Es la que con mayor frecuencia provoca lesiones determinantes de la evolución a esclerosis; en más del 50% de los casos se manifiesta por síndrome nefrótico y a menudo cursa con hipertensión arterial e insuficiencia renal (Harrison 1661).

2.2.15.6.5 NEFROPATIA MEMBRANOSA: Representa entre el 10 y el 27% de las nefropatías lúpicas, aproximadamente la mitad de estas corresponde a formas membranosas puras y la otra mitad presenta rasgos proliferativos mas o menos extensos, se dice que esta es de aparición mas tardía respecto al comienzo del Lupus Eritematoso Sistémico.

La manifestación mas frecuentes es la proteinuria, que en el 50% de los casos alcanza el nivel nefrótico (Harrison 1661).

2.2.15.6.6 NEFRITIS LÚPICA TUBULOINTERSTICIAL: Este es un hallazgo frecuente en la biopsia renal de pacientes con LES, la mayoría de los pocos casos descritos cursan con fracaso renal agudo y muchos recuperan la función con corticoesteroides a dosis altas (Harrison 1661).

2.2.15.6.7 MICROANGIOPATIA TROMBOTICA RENAL: Es una lesión renal muy trascendente por su potencialidad de abocar a insuficiencia renal terminal, puede provocar hipertensión arterial temprana, síndrome nefrótico e insuficiencia renal progresiva (Harrison 1661).

2.2.15.6.8 VASCULITIS RENAL: Esta es rara aunque se han descrito casos de glomérulo nefritis necrotizante focal segmentaria por vasculitis del capilar glomerular, puede surgir trombosis de la vena renal en cualquier tipo de nefropatía lúpica, especialmente si cursa con síndrome nefrótico, pero es mas frecuente en la nefropatía membranosa (Harrison 1661).

2.2.15.7 MANIFESTACIONES PSIQUIATRICAS: Se encuentran en el 50 – 60% de los casos (Font 2002).

2.2.15.7.1 PATOGENIA: La lesión patológica mas frecuente parece ser la oclusión vascular por vacuolopatía a través de:

- A) Inflamación crónica: En modelos animales los niveles bajos de inmunocomplejos mantenidos crónicamente se asocian con activación del endotelio y trombosis.
- B) Autoanticuerpos: Los aFL se unen a la membrana de las células endoteliales, dando como resultado la agregación plaquetaria y trombosis.
- C) Activación persistente del sistema nervioso autónomo: que es una posible causa de vasoconstricción e hipertensión (Font 2002).

2.2.15.7.2 TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS, DÉFICIT COGNITIVOS Y ESTADOS CONFUSIONALES AGUDOS: Se observa déficit cognitivos en el 26 – 5% de los pacientes dependiendo de los test empleados. Se definen como déficit de memoria con dificultad de comprensión y de la capacidad de abstracción, afasia, apraxia, agnosia o cambio en la personalidad. Pueden tener una base orgánica o psicológica. Un grado máximo de los trastornos cognitivos es la demencia.

Hay alteraciones siquiátricas menores como alteración de la personalidad, ansiedad o depresión hasta en el 50% de los pacientes.

El estado confusional agudo se define como un trastorno en el ámbito de la conciencia con disminución de la habilidad par dirigir, mantener o fijar la atención, acompañados de cambios en el estado de ánimo (Font 2002).

2.2.15.7.3 SÍNDROMES NEUROLÉPTICOS FOCALES DEL SISTEMA NERVIOSOS CENTRAL: La cefalea y la migraña son los síntomas neurológicos mas frecuentes (10-40%), las convulsiones (15-20%), loa accidentes cerebro vasculares isquemicos o hemorrágicos se presentan del 5-15% de los pacientes y al igual que la mielitis transversa, el síndrome de Dévic (neuritis óptica)junto con mielitis transversa), los síndromes del tipo de Guillain Barré, el corea y a migraña se asocian con la positividad de los aFL (Font 2002).

2.2.15.7.4 SÍNDROME NEUROLÓGICOS DEL SISTEMA NERVIOSOS PERIFÉRICO: Una poli neuropatía sensitiva o mixta es la manifestación mas frecuente del sistema nervioso periférico, mas rara es la mononeuritis múltiple o la poli neuropatía motora en relación con la vasculitis.

Los pares craneales mas afectados frecuentemente son los motores oculares, el nervio óptico, traduciéndose esto en oftalmoplejías, ptosis, escotomas, alucinaciones visuales o ceguera central, y el trigémino, habitualmente respetando la rama motora (Font 2002).

2.2.15.8 MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS.

2.2.15.8.1 ANEMIA: La anemia del tipo de los trastornos crónicos (anemia inflamatoria), es la mas frecuente y e relaciona con la actividad de la enfermedad. Es una anemia normocrómica y normocitica con sideremia y capacidad de fijación hiero disminuido y co ferritina elevada. La anemia hemolítica aparece un 10% de los pacientes y esta mediada por anticuerpos calientes del tipo Ig, que dan lugar a una prueba directa de Coombs positiva, para Ig y complemento. El 50% de los pacientes lúpicos presentan Coombs directo positivo de tipo complemento, que no es indicativo de hemólisis.

Las manifestaciones clínicas son fiebre, dolor abdominal y lumbalgia si la instauración es aguda (Font 2002).

2.2.15.8.2 LEUCOPENIA: Se presenta en el 50% de los casos suele asociarse a la actividad de la enfermedad, aunque deben descartarse otras como fármacos o infección. La patogenía es desconocida pero parece debida tanto a un déficit de

producción mediado por linfocitos T supresores, como la presencia de anticuerpos antigranulocito.

Se detecta linfopenia menor a 1.500/mm³ en los pacientes lúpicos en fase activa (Font 2002).

2.2.15.8.3 TROMBOCITOPENIA: En el 33% de los pacientes lúpicos son frecuentes las cifras de plaquetas inferiores a 100.000/mm³ pero solo en el 10% de los casos puede hablarse de trombopenia grave con menos de 10.000/mm³. Se trata de una trombopenia por destrucción periférica mediada por anticuerpos antiplaquetarios. La conocida asociación entre trombopenia y aFL sugiere que estos anticuerpos pueden tener un papel trombocitolítico (Font 2002).

2.2.15.8.4 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDO: Un 27% de los pacientes con LES tienen anticoagulante lúpico y un 20 –50% anticuerpos anticardiolipina. La asociación de estos anticuerpos con ciertas manifestaciones clínicas se denomina síndrome antifosfolípido (Márquez 1991).

2.2.15.8.5 SEROSITIS: La serositis es frecuente en el LES y puede presentarse como pleuritis, pericarditis o peritonitis, la histología muestra signos inflamatorios, rara vez vasculitis, y depósitos inmunes denotando una patogenía por inmunocomplejos (Gabriel 1998).

2.2.15.8.6 VASCULITIS: Acaece en un 36% de los casos de LES. La vasculitis inflamatoria es de lo siguientes tipos.

- A) Vasculitis leucocitoclástica cutánea. Que es la forma mas frecuente en el LES y puede manifestarse por púrpura palpable, urticaria y nódulos.
- B) Vasculitis necrotizante sistémica. Con mononeuritis múltiple.
- C) Angeítis microvascular (capilaritis). Responsable del daño renal y de hemorragia pulmonar (Font 2002).

2.2.15.8.7 VASCULOPATIA NO INFLAMATORIA: Consiste en fenómenos trombóticos oclusivos de grandes vasos (isquemia de extremidades infartos intestinales o hepáticos, isquemia cerebral), y de pequeños vasos (trombosis glomerular, livedo reticular, úlceras cutáneas) (Font 2002).

2.2.15.8.8 LEUCOTROMBOSIS: Es consecuencia de un consumo masivo de complemento con adhesión de los neutrófilos al endotelio vascular y responsable de

microinfartos cerebrales, hipoxemia aguda reversible y del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, que causa disfunción multiorgánica (Font 2002).

2.2.15.8.9 TROMBOSIS. En estrecha relación con los anticuerpos antifosfolípidos puede observarse trombosis, tanto arteriales como venosos, en los vasos periféricos y / o en la vascularización de prácticamente cualquier órgano de la economía (Font 2002).

2.2.15.9 MANIFESTACIONES CARDIACAS.

2.2.15.9.1 PERICARDITIS: Cursa con dolor abdominal difuso, anorexia, náuseas y ocasionalmente vómito y suele ser una manifestación de la actividad del LES, hay ascitis en un 11% de los casos (Font 2002).

2.2.15.9.2 MIOCARDITIS: Se define clásicamente por una combinación de taquicardia inexplicada, arritmias, alteraciones inespecíficas de la repolarización en el ECG e insuficiencia cardíaca congestiva y / o cardiomegalia no imputables a pericarditis ni valvulopatías. En la eco cardiografía se muestra disminución de la fuerza de eyección, aumento de las cavidades cardíacas, y zonas de hipo o acinesia (Font 2002).

2.2.15.9.3 VALVULOPATIAS: Un 10 a 15% de los pacientes presentan diversas valvulopatías, porcentaje que se duplica o se triplica en los pacientes con anticuerpos anticardiolipina, la lesión más frecuente es la insuficiencia mitral o aórtica. Su estrecha relación con los anticuerpos antifosfolípidos sugiere un mecanismo patogénico trombótico o daño directo valvular. El mayor interés de estas lesiones es que puede ser el asiento de una endocarditis bacteriana o el origen de episodios embólicos (Font 2002).

2.2.15.9.4 ARTERIAS CORONARIAS: El infarto al miocardio es nueve veces más frecuente en los pacientes con LES, este incremento puede ser debido a una arteriosclerosis acelerada, arteritis coronaria o trombosis, la arteriosclerosis precoz demostrada en el 40% de las necropsias, se relacionan tanto con la corticoterapia crónica, como con la hipertensión, hiperlipemia y síndrome nefrótico (Font 2002).

2.2.15.9.5 FENÓMENO DE RAYNAUD: Se observa en un tercio de los casos, a veces como primera manifestación del LES, es más frecuente en los pacientes con anticuerpos antiU1RNP y a diferencia de lo que ocurre en la esclerosis sistémica, es menos intenso y no progresivo. Prácticamente todos los pacientes que desarrollan

hipertensión pulmonar primaria y muchos de los que sufren osteonecrosis presentan fenómeno de Raynaud (Font 2002).

2.2.15.10 OTRAS MANIFESTACIONES.

2.2.15.10.1 VASCULITIS INTESTINAL: Es una complicación grave en la que hay que pensar ante cualquier dolor abdominal, especialmente en los pacientes que reciben corticoesteroides.

Frecuentemente cursa con dolor hipogástrico insidioso, intermitente durante semanas o meses, acompañado o no de náuseas, vómitos, distensión abdominal, diarrea o rectorragia (Font 2002).

2.2.15.10.2 HEPATITIS LÚPICA: La elevación episódica de las enzimas hepáticas (55%) es imputable tanto a la ingesta de AINE, especialmente a los salicilatos, como a la propia actividad de la enfermedad.

Un 3% de los pacientes presenta esta entidad que es semejante a la hepatitis crónica activa pero con marcadores VHY y VHC negativos y anticuerpos antirribosomal P positivos (Font 2002).

2.2.15.10.3 PANCREATITIS AGUDA: Es una rara complicación demostrada en los estudios de necrosis, donde se demuestran lesiones de arteritis (Font 2002).

2.2.15.10.4 ESPLENOMEGALIA: Se presenta en un 10 a 20% de los Pacientes y sobre todo las adenopatías, son un hallazgo común.

En el hay un alto índice de hipotiroidismo subclínico y se han comunicado casos de secreción inapropiada de hormona antidiurética y de hiperprolactinemia (Font 2002).

2.2.15.10.5 ASPECTOS TOCGINECOLOGICOS: Mas de la mitad de los embarazos en mujeres con LES llegan a termino sin problemas, aunque la incidencia de abortos es del 23%, muertes fetales y prematuridad es superior a la de la población normal. La idea de que el embarazo exacerba la enfermedad ha sido desechada, aunque puede observarse tanto en la gestación como en el puerperio brotes leves con afección cutánea y articular, el embarazo no esta contraindicado en las pacientes con LES, pero deben tenerse en cuenta las siguientes precauciones.

- A) La enfermedad debe estar inactiva en el momento de la gestación.
- B) Es necesario un seguimiento estricto de la paciente para detectar precozmente indicios de activación.

- C) Debe vigilarse la función renal, teniendo en cuenta que en el embarazo normal puede existir proteinuria pero nunca de carácter nefrótico.
- D) Si la madre presenta anticuerpos antiRo, antiLa y /o antiU1RN, debe descartarse la presencia de bloqueo cardiaco congénito.
- E) Si hay positividad de anticuerpos antifosfolípidos e historia previa de abortos es necesario establecer profilaxis con ASA y / o corticoides y / o anticoagulación.
- F) Prescindir de fármacos teratógenicos como la ciclofosfamida, anticoagulantes orales, pudiendo emplearse corticoesteroides, azatioprina hidroxicloroquina y heparina subcutánea, los anticoagulantes orales pueden reintroducirse en el último trimestre del embarazo (Font 2002).

2.2.15.11 AFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO.

El pulmón es un órgano típicamente vulnerable en las enfermedades del tejido conectivo de base auto inmune y muy especialmente en el Lupus Eritematoso Sistémico, posiblemente como consecuencia de especial estructura anatómica, en la que destaca su abundante superficie serosa, la peculiaridad de sus sistemas circulatorios y la abundancia de tejido conectivo.

Desde un punto de vista clínico se han clasificado las alteraciones pulmonares en formas primarias, producidas por el propio Lupus Eritematoso Sistémico, y formas secundarias relacionadas con otras circunstancias derivadas de la misma enfermedad. Además existe una serie de enfermedades pulmonares asociadas al Lupus Eritematoso Sistémico en las que se plantea si son una verdadera asociación o una mera coincidencia.

La afección secundaria suele ser consecuencia de los tratamientos empleados, o bien complicaciones relacionadas con las manifestaciones lúpicas a nivel de otros órganos y sistemas, siendo las infecciones por gérmenes habituales o por oportunistas las manifestaciones secundarias más frecuentes (Font 2002).

AFECCIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO.

PRIMARIA	SECUNDARIA.	ENFERMEDADES ASOCIADAS.
Enfermedad pleural. Enfermedad parenquimatosa pulmonar. Enfermedad vascular. Enfermedad muscular respiratoria. Enfermedad de vía aérea superior.	Infecciones. Toxicidad por drogas.	

(Font 2002).

AFECCIÓN PRIMARIA DEL APARATO RESPIRATORIO EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

ENFERMEDAD PLEURAL.	ENFERMEDAD PARENQUIMATOSA PULMONAR.	ENFERMEDAD VASCULAR.
Pleuritis con o sin derrame. Neumotórax.	Neumonitis lúpica aguda. HEMORRAGIAALVEOLAR. Enfermedad intersticial difusa crónica. Obstrucción de la vía aérea.	Hipertensión pulmonar. Tromboembolismo pulmonar. Hipoxemia aguda irreversible.

(Font 2002).

2.2.15.11.1 INCIDENCIA: La incidencia real de la afección respiratoria en el Lupus Eritematoso Sistémico es desconocida, debido a que la mayoría de los estudios publicados están realizados en enfermos graves o estudios de necropsia, las cifras señaladas en estos estudios varia del 10% hasta el 100% en estudios postmortem. Un estudio reciente con 1000 pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico establece que la lesión pulmonar en el momento del diagnostico de la enfermedad es de un 3%. Sin embargo estudios prospectivos sobre las alteraciones funcionales respiratorio en

pacientes asintomático y con radiografía de tórax normal, encuentran alteraciones de la disfunción en más del 70% de los casos estudiados (Font 2002).

2.2.15.11.2 PATOGENIA: El mecanismo patogénico de las lesiones pulmonares de mecanismos inflamatorios no es conocido con exactitud, pero se piensa que están implicados los complejos inmunes, se han llegado a esta conclusión a través de modelos animales, así como en la existencia de lesiones pulmonares en enfermedades inmunes diferentes al Lupus Eritematoso sistémico, y en la evidencia de depósitos inmunes en el interior de la pared alveolar y capilares pulmonares de pacientes con Lupus Eritematoso sistémico.

Algunos autores consideran que los inmunocomplejos presentes en el pulmón estimulan la producción de una serie de citocinas con capacidad de atracción de las células inflamatorias y el desarrollo posterior de diferentes tipos de lesiones, cuya localización esta relacionada con la de los depósitos de inmunocomplejos, si estos se acumulan en mayor cantidad en las unidades alveolo capilares, la lesión resultante será una alveolitis, por lo contrario si el deposito es en los vasos pulmonares o en la pleura la lesión será una vasculitis o una pleuritis.

Se supone además la existencia de susceptibilidad individual para el desarrollo de lesiones pulmonares, el hecho de que el 81% de los pacientes con neumonitis lúpica tengan anticuerpos anti-Ro en el suero hace suponer que los inmunocomplejos con inmunoglobulinas anti-Ro pueden depositarse selectivamente en el pulmón y ser responsables del comienzo de la respuesta inflamatoria.

Los anticuerpos antifosfolipídico y la endotelina juegan un papel relevante en la patogenia de las lesiones vasculares oclusivas y tromboticas, sin sustrato inflamatorio, que se objetivan en los pulmones de algunos pacientes con lupus y con manifestaciones como hipertensión pulmonar (Font 2002).

2.2.15.11.3 PLEURITIS CON O SIN DERRAME: La pleuritis con o sin derrame asociado, es la manifestación del aparato respiratorio mas frecuente en el Lupus Eritematoso Sistémico y la única que se incluye en los criterios clasificatorios del American College of Rheumatology.

En una reciente serie de Cervera el 36% de los 1000 individuos incluidos habían sufrido afección de serosas incluyendo el pericardio.

Desde el punto de vista clínico la pleuritis lúpica es indistinguible de la que se da en otras enfermedades, cursando la mayoría de las ocasiones con o sin disnea y con o sin alteraciones radiográficas (Font 2002).

2.2.15.11.3.1 MANIFESTACIONES: Esta puede ser la primera manifestación del Lupus Eritematoso Sistémico o presentarse a lo largo de su evolución, y acompañarse de manifestaciones de actividad lúpica a otros niveles o ser asintomático.

Desde el punto de vista histológico, se encuentran datos poco específicos con infiltrados perivasculares mononucleares y depósitos de fibrina, demostrando la inmunofluorescencia muy rara vez depósitos de inmunoglobulinas y complemento (Font 2002).

2.2.15.11.3.2 DIAGNÓSTICO: El análisis del líquido pleural, típicamente se trata de un exudado linfocitario, aunque en las fases iniciales pueden predominar los polinucleares. El hallazgo en el líquido de anticuerpos anucleares, ant-ADN y / o células LE, se considera prácticamente diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (Font 2002).

2.2.15.11.3.3 TRATAMIENTO: Suele responder a dosis bajas de prednisona. Siendo excepcional la colocación de pleurovack y tratamiento antilúpico a largo plazo (Font 2002).

2.2.15.11.4 NEUMONITIS LUPICA AGUDA.

2.2.15.11.4.1 INCIDENCIA: Los estudios recientes revelan que esta complicación es infrecuente y que oscila de un 0 a un 14%, coincidiendo en el 50% de los casos con el debut de la enfermedad (Font 2002).

2.2.15.11.4.2 PATOGENIA: El mecanismo de producción es una capilaritis por depósitos de inmunocomplejos con activación del complemento, mecanismo análogo a otras manifestaciones órgano específicas del Lupus Eritematoso Sistémico (Font 2002).

2.2.15.11.4.3 CUADRO CLÍNICO: Su aparición es de forma aguda, con presencia de fiebre, disnea, dolor torácico e Hipoxemia.

En la radiografía de tórax aparece infiltrados alveolares uni o bilaterales de predominio e lóbulos inferiores (Font 2002).

2.2.15.11.4.4 DIAGNÓSTICO: Broncoscopia y el lavado bronco alveolar, en casos de mala evolución puede ser necesaria una biopsia pulmonar abierta.

2.2.15.11.4.5 TRATAMIENTO: La cobertura con antibióticos en forma empírica puede ser adecuada hasta identificar el origen de la infección (Font 2002).

2.2.15.11.5 HEMORRAGIA ALVEOLAR: Representa una forma grave y poco frecuente de la neumonitis lúpica aguda, que suele aparecer en pacientes con enfermedad activa a otros niveles, frecuentemente renal asociada a títulos altos de anti DNA nativo (Font 2002).

2.2.15.11.5.1 PATOGENIA: A nivel histológico se encuentra capilaritis con depósito de inmunocomplejos, aunque en este caso se observan, por definición áreas de hemorragia intraalveolar (Font 2002).

2.2.15.11.5.2 CUADRO CLÍNICO: Es similar a la neumonitis lúpica aguda, con fiebre, disnea, e infiltrados pulmonares, presencia de hemoptisis y / o descenso franco de las cifras de hemoglobina debe hacer consideraran como primera posibilidad una hemorragia alveolar (Gabriel 1998).

2.2.15.11.5.3 DIAGNÓSTICO: El lavado bronquial puede revelar la presencia de hematíes o bien de macrófagos cargados de hemosiderina.

Otro dato que puede apoyar el diagnóstico es el aumento de la difusión de CO en las pruebas funcionales respiratorias, ya que este es captado por la hemoglobina libre alveolar (Gabriel 1998).

2.2.15.11.5.4 TRATAMIENTO: El tratamiento de la neumonitis lúpica y la hemorragia alveolar requieren de medidas energéticas.

Los esteroides a grandes dosis resultan beneficiosos a dosis de 1mg/Kg. / día, así mismo se puede utilizar de 500 a 1000 MG de metil-prednisolona durante 3 a 5 días consecutivos.

Algunos supresores administrados de forma temprana pueden ayudar como la ciclofosfamida intravenosa.

La hemorragia alveolar se asocia con una alta mortalidad, por lo que puede requerir de medidas adicionales, algunos autores recomiendan la plasmaferesis o mega – dosis de esteroides.

El soporte cardiorrespiratorio es motivo de ingreso a la unidad de cuidados intensivos (Font 2002).

2.2.15.11.6 ENFERMEDAD INTERSTICIAL DIFUSA CRÓNICA.

2.2.15.11.6.1 INCIDENCIA: Su incidencia esta en función de las técnicas de imagen utilizadas para su diagnóstico, ya que la tomografía computarizada de alta resolución detecta lesiones intersticiales en un gran porcentaje de individuos asintomático, sin embargo la fibrosis pulmonar establecida y con manifestaciones clínicas en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico es raro (Font 2002).

2.2.15.11.6.2 PREVALENCIA: Aumenta con los años de evolución de la enfermedad.

Un estudio realizado en Canadá con 665 pacientes el 1.6% fallecieron debida a este (Font 2002).

2.2.15.11.6.3 PATOGENIA: No esta bien definida la asociación de anticuerpos anti-Ro en esta forma de afección pulmonar. Los anticuerpos anti – U1RNP, especialmente cuando aparecen asociados a manifestaciones de superposición con esclerosis sistémica, en este grupo de pacientes se puede decir que se incrementa el riesgo de padecerla.

A nivel histológico, se observa fibrosis intersticial con infiltrados inflamatorios mononucleares de intensidad variable e hiperplasia de los neumocitos tipo II.

2.2.13.15.6.4 CUADRO CLÍNICO: Tos y disnea progresiva, estertores crepitantes bibasales, puede aparecer de forma insidiosa o tras uno o varios episodios de neumonitis lúpica aguda (Font 2002).

2.2.15.11.6.5 DIAGNÓSTICO: Se confirma a través de muestras de imagen que muestran panalización y destrucción parenquimatosa, así como pruebas funcionales respiratorias ayudan al diagnóstico y sobretodo para determinar el nivel de extensión y progresión del cuadro, de forma característica revela un patrón restrictivo, con descenso de la capacidad vital relativamente mayor que el volumen espiratorio forzado en el primer minuto, así como un grado variable de difusión de CO.

El lavado bronquial revela el grado de actividad inflamatoria y por tanto de reversibilidad con tratamiento inmunosupresor (Font 2002).

2.2.15.11.6.6 TRATAMIENTO: Esta no responde al tratamiento inmunosupresor, por lo que la utilización de esteroides solo puede acarrear complicaciones secundarias, sin embargo se considera que cuando hay una actividad inflamatoria la utilización de

ciclosfosfamida intravenosa y corticoides puede asociarse a una mejora en los parámetros de funcionalidad del pulmón evitando la progresión a la fibrosis (Font 2002).

2.2.15.11.7 ENFERMEDAD VASCULAR PULMONAR.

2.2.15.11.7.1 HIPERTENSIÓN PULMONAR.

2.2.15.11.7.1.1 INCIDENCIA: Varía entre los diferentes estudios, 5% en un seguimiento de pacientes durante 5 años, y de 14% detectado mediante estudios ecocardiográficos seriados (Font 2002).

2.2.15.11.7.1.2 PATOGENIA: Desconocida se cree que es el resultado de una oclusión vascular producida por vasoconstricción y vasoespasmo recurrentes, por vasculopatía, vasculitis, agregación plaquetaria, trombosis o por enfermedad parenquimatosa.

La presencia de anticuerpos antifosfolipídico sugiere un origen trombótico.

Histológicamente se observa grados variables de hiperplasia e hipertrofia muscular, fibrosis de la íntima, conservación de la adventicia y desarrollo de lesiones plexiformes en fases posteriores (Font 2002).

2.2.15.11.7.1.3 CUADRO CLÍNICO: Puede cursar sin síntomas y constituir un hallazgo ecocardiográfico, la disnea suele ser el síntoma inicial, posteriormente aparece síncope, angina y síntomas de falla cardíaca derecha (Font 2002).

2.2.15.11.7.1.4 DIAGNÓSTICO: La radiografía muestra en etapas iniciales normal y en fases más avanzadas muestra prominencia del cono de la arteria pulmonar, crecimiento de cavidades derechas.

El ecocardiograma doppler es útil para el cálculo indirecto de la presión en la arteria pulmonar, para valorar el tamaño de las cámaras cardíacas y descartar shunts (Font 2002).

2.2.15.11.7.1.5 TRATAMIENTO: Con fármacos vasodilatadores potentes tipo prostaglandinas y / o calcio antagonistas, es aconsejable la monitorización con catéter Swan –Ganz, que permita el control de la respuesta en la fase inicial del tratamiento (Font 2002).

2.2.15.11.7.2 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: Los pacientes con Lupus Eritematoso sistémico tienen mayor riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, su aparición se relaciona con la presencia de anticuerpos antifosfolipídico (Font 2002).

2.2.15.11.7.2.1 DIAGNÓSTICO: Este se realiza a través de ecocardiograma doppler o tomografía (Font 2002).

2.2.15.11.7.2.2 TRATAMIENTO: Anticoagulación prolongada en los pacientes con síndrome antifosfolipídico y / o tromboembolismo pulmonar de repetición (Font 2002).

2.2.15.11.8 HIPOXIA AGUDA IRREVERSIBLE: Descrita por Abramson. En pacientes con lupus e insuficiencia respiratoria aguda sin evidencia de afección pulmonar parenquimatosa. Los pacientes presentan hipoxemia e hipocapnia con elevación del gradiente alveolo arterial de oxígeno (Font 2002).

2.2.15.11.8.1 PATOGENIA: Desconocida, pero se ha demostrado una relación entre la hipoxemia y el nivel de productos de degradación del complemento (Font 2002).

2.2.15.11.9 ENFERMEDAD MUSCULAR RESPIRATORIA: La disfunción muscular respiratoria es una causa de disnea en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico sin enfermedad intersticial ni vascular pulmonar el denominado “síndrome del pulmón encogido”, se refiere a estos casos de disnea inexplicable con episodios de dolor pleurítico persistentes, patrón restrictivo a la exploración funcional, y patrón radiológico de volúmenes respiratorios pequeños, hemidiafragmas elevado, y con frecuencia atelectasias basales (Font 2002).

2.2.15.11.9.1 PATOGENIA: Desconocida.

2.2.15.11.9.2 CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO: Disnea que empeora con el decúbito supino, radiografía de tórax normal y diafragmas elevados (Font 2002).

2.2.15.9.3 TRATAMIENTO: En pacientes sintomáticos se utilizan corticoides de 30 – 60 MG durante varias semanas hasta su mejoría o estabilización los beta miméticos inhalados y la teofilina también pueden ser de utilidad (Font 2002).

PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLÍNICAS DETECTADAS EN UNA SERIE DE 1000 PACIENTES EUROPEOS Y CON 300 PACIENTES ESPAÑOLES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (Font 2002).

MANIFESTACIÓN.	PREVALENCIA (%).	
	EUROPA.	ESPAÑA.
Artritis.	84.	79.
Eritema malar.	58.	48.
Fiebre.	52.	52.
Fotosensibilidad.	45.	31.
Nefropatía.	39.	39.
Serositis.	36.	31.
Fenómeno de Raynaud.	34.	26.
Afección neurológica.	27.	19.
Úlceras orales.	24.	25.
Trombocitopenia.	22.	22.
Síndrome seco.	16.	--
Livedo reticulares.	14.	14.
Trombosis.	14.	14.
Linfadenopatía.	12.	--
Lesiones discoides.	10.	4.
Miositis.	9.	8.
Anemia hemolítica.	8.	8.
AFECCIÓN PULMONAR.	7.	5.
Lesiones cutáneas subagudas.	6.	6.
Corea.	2	--

2.2.16 DIAGNÓSTICO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: El diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico se basa en datos clínicos y de laboratorio. Los criterios revisados de la ACR de 1982 alcanzan un 96% de sensibilidad y especificidad (en 1997 se publicaron unas modificaciones a los criterios del 82 pero aún no han sido validados, sin embargo existen Lupus Eritematoso Sistémico incuestionables que no reúnen los cuatro criterios exigidos y, por otra parte, la capacidad discriminante de estos criterios frente al síndrome antifosfolípido primario es muy baja, igualmente algunos pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida pueden reunir cuatro criterios de Lupus Eritematoso Sistémico. Los procesos con los que pueden confundirse clínicamente el Lupus Eritematoso Sistémico son tan numerosos como sus propias manifestaciones, pudiendo presentarse como una fiebre de origen desconocido, como un linfoma o como un cuadro neurológico complejo o una trombopenia, en estos casos deben investigarse los AAN y si son positivos, los antiADN que conformaran el diagnóstico.

Para facilitar su diagnóstico, la American Rheumatism Association estableció en 1971 once criterios para el diagnóstico, posteriormente en 1982 fueron modificados al incorporarse los nuevos conocimientos inmunológicos, mejorando la sensibilidad y especificidad de un 96%, en 1997 el diagnostic and therapeutic Criteria Comité of the ACR con la aprobación del Council on Research and the Board of Directors reviso estos criterios y recomendó un cambio en el criterio número diez.

Para el diagnóstico del Lupus Eritematoso Sistémico se requiere de la presencia de cuatro de los once criterios.

Por último en 1988 Hughes describe algunos criterios útiles para el diagnóstico del Lupus Eritematoso Sistémico, cabe decir que estos están basados en la experiencia clínica, bajo el nombre de criterios alternativos de St. Thomas, se engloban catorce criterios, diez de ellos son clínicos y cuatro de investigación, estos criterios pueden ayudar al diagnóstico del Lupus Eritematoso Sistémico en pacientes con formas atípicas de este (Font 2002).

CRITERIOS REVISADOS DE LA AMERICAN RHEUMATISM ASSOCIATION (1982)
PARA EL DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DEL LUPUS ERITEMATOSO
SISTÉMICO.

1. Eritema permanente (erupción en mariposa) en las mejillas.
2. Erupción cutánea discoide (a menudo en cara y pecho).
3. Fotosensibilidad.
4. Úlceras orales o nasofaríngeas.
5. Artritis no erosiva.
6. Serositis (Pleuritis o pericarditis).
7. Enfermedad renal: Proteínas en orina mayor de .5 g/ 24 hrs. o cilindros celulares o hemáticos en el sedimento de manera persistentes.
8. Enfermedad neurológica: Crisis convulsivas sin consumo de drogas o trastornos metabólicos y psicosis no debida a drogas o trastornos metabólicos.
9. Enfermedad hematológica: Anemia hemolítica con reticulocitos, leucopenia (menor a 4.000/mm³ en dos o más determinaciones), linfopenia (menor a 1.500/mm³ en dos o más determinaciones), trombocitopenia (menor a 100.000/mm³ en ausencia de drogas sospechosas).
10. Trastorno inmunológico: Preparación de células de LE, prueba anti – ADN positivas o prueba anti – Smith, o prueba serológica de falso positivo crónico (seis meses) para sífilis.
11. Determinación de anticuerpos antinucleares anormales.

La presencia de cuatro de las anteriores, de forma seriada o simultánea durante cualquier intervalo de observación o un total de cuatro con la presencia de determinados autoanticuerpo, permite establecer el diagnóstico definitivo de Lupus Eritematoso Sistémico.

(Font 2002).

CRITERIOS REVISADOS DEL AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR 1997) PARA LA CLASIFICACION DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

1. Eritema facial.
2. Lupus discoide.
3. Fotosensibilidad.
4. Úlceras orales
5. Artritis no erosiva.
6. Serositis (pleuritis o pericarditis).
7. Enfermedad renal: Proteínas en orina mayor de .5 g/ 24 hrs. o cilindros celulares o hemáticos en el sedimento de manera persistentes.
8. Enfermedad neurológica: Crisis convulsivas sin consumo de drogas o trastornos metabólicos y psicosis no debida a drogas o trastornos metabólicos.
9. Enfermedad hematológica: Anemia hemolítica con reticulositos, leucopenia (menor a 4.000/mm³ en dos o más determinaciones), linfopenia (menor a 1.500/mm³ en dos o más determinaciones), trombocitopenia (menor a 100.000/mm³ en ausencia de drogas sospechosas).
10. Alteraciones inmunológicas: Anticuerpos anti – DNA a títulos elevados, anticuerpos anti – Sm, anticuerpos antifosfolipídicos definidos por anticuerpos anticardiolipina positivos o presencia de anticoagulante lúpico o serología luética falsamente positiva.
11. anticuerpos antinucleares positivos.

Se requiere la presencia simultánea de cuatro o mas criterios para el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico.

(Font 2002).

CRITERIOS ALTERNATIVOS DEL ST THOMAS HOSPITAL (1998).

1. Dolores de crecimiento de pacientes jóvenes.
2. Migrañas de pacientes jóvenes.
3. Fiebre glandular prolongada de pacientes jóvenes.
4. Reacciones cutáneas graves frente a picaduras de insectos.
5. Pérdidas fetales recurrentes.
6. Alergia a Septrin o sulfamida.
7. Agorafobia.
8. Tenosinovitis de los flexores de los dedos de las manos.
9. Brotes clínicos premenstruales.
10. Historia familiar de enfermedad auto inmune.
11. Test de Schirmer positivo para ojo seco.
12. Niveles de la fracción del complemento C4 en el límite bajo de lo normal.
13. Proteína C reactiva normal con velocidad de sedimentación globular elevada.
14. Linfopenia.

2.2.16.1 ALTERACIONES SEROLOGICAS Y DE LABORATORIO.

2.2.16.1.1 ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (AAN): Estos son positivos en el 95% de los casos si se investigan por inmunofluorescencia indirecta sobre los tejidos animales y hasta el 98% si el sustrato es una línea celular humana. De todos ellos, los anticuerpos antiADN son muy específicos de la enfermedad, apareciendo en un 75% de los casos si se investigan mediante radioinmunoanálisis, y en un 60% si se hacen por inmunofluorescencia.

Los anticuerpos antihistonas son positivas en el 90% de los Lupus Eritematoso Sistémico inducidos y en el 75% de los Lupus Eritematosos Sistémico espontáneos.

Los anticuerpos antiSm son prácticamente exclusivos del Lupus Eritematoso Sistémico y se encuentran en el 10% de los casos, los antiRNP se observan en el 25% de los casos y se asocian a fenómenos de Raynaud y edema de manos, ambos son más frecuentes en pacientes de raza negra.

Los anticuerpos antiRo/SSA y antiLa/SSB se ven en el síndrome de Sjogren primario y en un 70% en el Lupus Eritematoso Sistémico.

Los anticuerpos antiRo se asocian a fotosensibilidad, lesiones cutáneas subagudas, factor reumatoide, rasgos de solapamiento con el síndrome de Sjogren, HLA-DR3 y glomérulo nefritis por el contrario, se atribuye un papel protector del riñón a la positividad simultánea de antiRo y antiLa.

Los anticuerpos antirribosomales se han asociado a hepatitis lúpica. Los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico pueden tener anticuerpos anticitoplasma de los neutrófilos, no siempre indicativos de la existencia concomitante de vasculitis (Font 2002).

2.2.16.1.2 COMPLEMENTO: A menudo está disminuido, por consumo de sus factores a través de la vía clásica y, más rara vez, de la alterna. Los déficits genéticos de C1q, C2 y C4, especialmente en los individuos con un alelo nulo para el isótopo C4A del fragmento C, está fuertemente asociado al desarrollo del lupus, tanto el déficit de C2 como el de C4 cursan con positividad de antiRo/Ssa (Font 2002).

2.2.16.1.3 OTRAS ALTERACIONES: El factor reumatoide se observa en el 25% de los casos casi exclusivamente en los casos sin nefropatía, por lo que se le adjudica un papel protector del riñón, por el contrario las crioglobulinas en un 20% son más frecuentemente positivas en los pacientes con afección renal. La hipergammaglobulinemia es muy frecuente.

La elevación de la lacticodehidrogenasa de origen multifactorial (hemólisis, serositis, neumonitis, miopatía, hepatopatía, microangiopatía trombótica), y el descenso de la albúmina en ausencia de proteinuria, parecen correlacionarse con la actividad lúpica (Font 2002).

PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS DETECTADAS EN UNA SERIE DE 1000 PACIENTES EUROPEOS Y CON 300 PACIENTES ESPAÑOLES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

MANIFESTACIÓN.	PREVALENCIA (%).	
	Europa.	España.
Anticuerpos antinucleares.	96.	96.
Anticuerpos anti- DNA nativo.	78.	46.
Anticuerpos anti-Ro (SSA).	25.	37.
Anticuerpos anti-La (SSB).	19.	15.
Anticuerpos anti- RNP	13.	21.
Anticuerpos anti –Sm	10.	27.
Factor reumatoide.	18.	18.
Anticuerpos anticardiolipina IgG.	24.	26.
Anticuerpos anticardiolipina IgM.	13.	23.
Anticoagulante Lúpico.	15.	18.

(Font 2002).

2.2.17 TRATAMIENTO: Los pacientes deben ser tratados de preferencia sin glucocorticoides y con antiinflamatorios no esteroideos. Los cuadros cutáneos de Lupus Eritematoso Sistémico pueden responder a antipalúdicos de 400mg al día de Hidroxicloroquina, con protectores solares. La administración de glucocorticoides por vía general se deben reservar para los pacientes con lesiones graves e incapacitantes se deben tratar con dosis elevadas de glucocorticoides en fase activa, en dosis divididas cada ocho a doce horas. Después de controlar la enfermedad durante varios días la dosis se debe administrar una sola vez por la mañana la dosis diaria se debe disminuir tan rápidamente como lo permita la afectación clínica, en forma gradual, una dosis por la mañana de un glucocorticoide de acción corta (prednisona, prednisolona, metilprednisolona), con objeto de reducir al mínimo los efectos adversos. Entre los efectos adversos del tratamiento con glucocorticoides crónico cabe citar el habito cushingoide, el aumento de peso, la hipertensión, las infecciones, la fragilidad capilar, el

acne, el hirsutismo, la osteoporosis acelerada, la necrosis isquémica ósea, las cataratas, el glaucoma, la diabetes mellitus, la miopatía, la hipopotasemia, las menstruaciones irregulares, la irritabilidad, el insomnio y la psicosis. La administración suplementaria de calcio (1000 a 1500mg al día) con vitamina D (50 mil unidades a la semana) permite mantener la masa ósea cuando están recibiendo glucocorticoides.

Nefritis difusa, han sido tratados durante tres a cinco días con “pulsos” intravenosos de 1000mg de metilprednisolona, seguidos de una dosis de mantenimiento diaria o en días alternos, de glucocorticoides. La utilización de agentes citotóxicos (azatioprina, clorambucil, ciclofosfamida) en el LES permanece bajo controversia (Harrison 1991).

2.2.18 EVOLUCION, COMPLICACIONES Y MUERTE: La evolución fatal rápida es más rara ahora, siendo la supervivencia a los cinco años superior al 80%. Las mayores causas de morbilidad y mortalidad son las infecciones, la nefropatía y la afección neurológica, a las que se deben añadir las complicaciones arterioscleróticas tardías por la corticoterapia.

La mayoría de las infecciones son por microorganismos patógenos habituales, sobretodo *S. Áureos* y *E. Coli*, pero también se han encontrado mayor frecuencia de infecciones por salmonella, neumococo, *Neisseria* (en pacientes con déficit de complemento, *Listeria monocytogenes* en pacientes con diálisis o que reciben dosis altas de corticoesteroides, herpes zóster y micobacterias en pacientes que reciben ciclofosfamida, *Pneumocystis carinii* en las fases de disminución de las dosis de corticoesteroides, cándida y citomegalovirus. Es de descartar que la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana pueda causar una enfermedad con producción de anticuerpos que simulen un Lupus Eritematoso Sistémico y que en los pacientes Lúpicos con infección concomitante con Virus de Inmunodeficiencia Humana suele producirse una atenuación o incluso una remisión de la actividad del Lupus Eritematosos Sistémico (Font 2002).

CAPÍTULO III METODOLOGÍA.

3.1 METODOLOGIA.

La realización del presente estudio de caso se llevó a cabo dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios del Hospital General de México, durante el primer período de prácticas hospitalarias, como alumno de la especialidad: Enfermería del adulto en Estado Crítico. Teniendo como variables el Proceso Atención Enfermería y la filosofía de Virginia Henderson “modelo conceptual basado en las 14 necesidades humanas básicas”. El seguimiento de la paciente se llevó a cabo, teniendo en consideración los artículos 13 y 14 de la ley general de la salud, los cuales se refieren al respeto al paciente como ser humano, y al consentimiento informado respectivamente, Llevándose a cabo la selección y seguimiento del caso a partir del 28 de octubre de 2003 al 21 de noviembre del 2003, realizándose la valoración de la paciente a través de la recolección de datos por medio de una guía de valoración de las 14 necesidades, entrevista clínica, exploración física, expediente y revisión bibliográfica, constando esta primera parte de una valoración generalizada y diez valoraciones focalizadas que se le realizaron durante el seguimiento, esto nos permitió establecer los problemas reales y potenciales que presentaba la paciente con base al formato PES: Problema, Etiología, signos y Síntomas, dando lugar a la planificación de las estrategias de enfermería para lograr su independencia como principal objetivo y por último se evaluaron los resultados obtenidos para determinar el alcance de los objetivos planeados por el profesional de Enfermería.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA.

3.2 CONSIDERACIONES ETICAS.

De acuerdo a los aspectos éticos para las investigaciones en seres humanos se han desarrollado dos artículos principalmente en la Ley General de salud en los cuales abarca:

El artículo 13: Que en todas investigación en que se tome a la persona será tratado con respeto a su dignidad y protección de sus derechos y deberes; en tanto que en artículo 14 señala que se deberán tomar en cuenta los principios éticos que justifique la investigación, así como el consentimiento verbal o escrito por parte del paciente o en su caso del familiar a su cargo.

Dicha investigación se realizara por profesional de salud con conocimientos y experiencias para cuidar la integridad de los seres humanos.

El Código de ética para enfermeras, del CIE, revisado en 2000, es una guía para la acción basada en los valores y necesidades sociales. El Código ha servido de norma para las enfermeras de todo el mundo desde su adopción en 1953. La nueva versión, revisada por vez primera en 27 años, responde a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante.

El Código establece claramente que el respeto de los derechos humanos, con inclusión del derecho a la vida, el derecho a la dignidad y el derecho a ser tratado con respeto, es inherente a la enfermería. El Código de ética del CIE orienta a las enfermeras en sus opciones de cada día y sostiene su negación a participar en actividades contrarias a la prestación de cuidados y a la curación.

El establecimiento de un Código Deontológico que sirva de marco para el ejercicio profesional ha de partir, necesariamente, de un marco conceptual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia Enfermería tengan los profesionales que la ejerzan.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica

profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

PRINCIPIOS DE ETICA.

1. Beneficencia y no maleficencia.
2. Justicia
3. Autonomía
4. Valor fundamental de la vida humana.
5. Privacidad.
6. Fidelidad.
7. Veracidad.
8. Confiabilidad.
9. Solidaridad.
10. Tolerancia.
11. Terapéutico de totalidad.
12. Doble efecto.

3.3 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

3.4 Derechos y obligaciones de los pacientes.

Derechos de los Pacientes	Obligaciones de los Pacientes:
<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente tiene derecho al trato respetuoso y formal en todo momento y bajo toda circunstancia. 2. El paciente tiene derecho a privacidad personal y la de su información 3. Tiene el derecho a rehusarse a hablar con otras gentes que no sean quienes lo atienden directamente. 4. Tienen derecho a usar durante su estancia hospitalaria el vestido apropiado así como los símbolos religiosos que no interfieran con su tratamiento. 5. Tiene el derecho a ser examinado en instalaciones apropiadas, con personal de su propio sexo durante ciertas fases del examen, así como a estar desnudo el menor tiempo posible. 6. Tiene el derecho a esperar que toda consulta o mención de su caso sea hecha discretamente y que no haya gente presente que 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente tiene la obligación de suministrar, a su entender, información precisa y completa sobre la enfermedad motivo de su asistencia a la Unidad de Atención Médica. 2. Tiene la responsabilidad de informar sobre cualquier cambio en su condición, así como informar si entiende claramente el curso de la acción contemplada y lo que se espera de él. 3. El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado, lo que incluye apearse al reglamento de la Institución. 4. Es responsable de cumplir con sus citas y cuando no lo pueda hacer, debe notificar al médico. 5. El paciente es responsable de sus acciones si rehúsa recibir tratamiento o si no sigue las instrucciones del médico responsable. 6. El paciente es responsable de su

<p>no esté involucrada en su tratamiento.</p> <p>7. Tiene el derecho que su expediente sea leído solamente por aquellos que están involucrados en su tratamiento o los encargados de supervisar la calidad de este.</p> <p>8. Tiene el derecho a que toda mención y registro de su tratamiento sean tratados confidencialmente.</p> <p>9. A tener una seguridad física personal razonable.</p> <p>10. Tiene derecho a que el responsable de su diagnóstico y de su tratamiento sea un profesional calificado, certificado y actualizado.</p> <p>11. A saber la identidad y la posición profesional de los individuos que le estén prestando servicios.</p> <p>12. Tienen derecho a saber el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico (actualizados).</p>	<p>conducta y de tratar con respeto y cortesía al personal.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ol style="list-style-type: none">13. Tiene derecho a participar, razonablemente, en las decisiones relacionadas con su tratamiento.14. Tiene derecho a saber quien, para su caso, autoriza y aplica tratamientos.15. A petición del paciente y por su cuenta, a solicitar la presencia de otro médico.16. A negarse a recibir un tratamiento, lo que generalmente se acompaña de la suspensión de la relación médico/paciente. | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

CAPITULÓ III METODOLOGIA.

3.5 HISTORIA CLINICA.

3.5.1 FICHA DE IDENTIFICACION.

MONBRE: G.R.B.

EDAD: 31 años.

SEXO: Femenino.

ESTADO CIVIL. Casada.

ORIGEN Y RESIDENCIA: DF.

ESCOLARIDAD: Preparatoria.

RELIGION: Católica.

OCUPACION: Hogar.

NUM. DE EXP.989046/03

3.5.2 AMBIENTE FISICO.

Habita en casa tipo urbana con todos los servicios intra domiciliarios sin hacinamiento, ni promiscuidad.

3.5.3 HABITOS DIETETICOS.

Regulares en calidad, buenos en cantidad (hipolipidica e hipocalórica).

Tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías negadas.

3.5.4 HABITOS HIGIENICOS.

Buenos con baño y cambios de ropa diario.

3.5.5 ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Carga genética para diabetes mellitus por parte de su papa.

3.5.6 ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS.

Combe negativo, esquema de vacunación completo.

3.5.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Diagnostico de Lupus Eritematoso Sistémico, desde hace tres meses en tratamiento con prednisona, azatriopina y metrotexate. Acenocumarina por síndrome antifosfolipídico secundario.

3.5.8 ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS.

Ménarca a los once años de edad, gesta tres, para cero, aborto uno, cesáreas dos, salpingoclasia bilateral hace cuatro años.

3.5.9 PADECIMIENTO ACTUAL.

Inicia su padecimiento 24 horas previas a su ingreso con ataque al estado general, caracterizado por astenia principalmente, hiporexia, fiebre no cuantificada, acompañada de escalofríos y diaforesis, tos seca por accesos disneizante, no cianotizante, ni emetizante, a lo que se agrega edema facial y de miembros inferiores así como desorientación por lo que decide acudir al servicio de urgencias del Hospital General de México.

3.5.10 EXPLORACION FISICA.

Femenina de edad aparente que concuerda con la cronológica, con palidez marcada de tegumentos (+++), taquipneica, con diaforesis, conciente, orientada en tiempo, lugar y persona, cooperadora, mal conformada por aumento de volumen de miembros pélvicos, en actitud forzada por presencia de disnea.

T/A. 110/70, FC:125 X min. FR:60 X min. Temp: 37°C.

3.5.10.1 CABEZA: Normocefala con pupilas isocóricas y normoreflexicas, con palidez de conjuntivas, narinas permeables, cavidad oral con regular estado de hidratación, lengua subarral, palidez de mucosas, faringe normal.

3.5.10.2 CUELLO: Cilíndrico, simétrico, con pulsos carotídeos presentes homocrotos y sincrónicos con el radial, aumentados en frecuencia, sin adenomegalias palpables traquea central, tiroides no palpable.

3.5.10.3 TORAX: De forma normal, con movimientos de amplexión y amplexación aumentada en frecuencia, con presencia de estertores subcrepitantes y crepitantes diseminados, disminución del ruido respiratorio de forma bilateral, sin integrarse síndrome plueropulmonar, los ruidos cardiacos son rítmicos de intensidad adecuada.

3.5.10.4 ABDOMEN: Globoso a expensas de panículo adiposo, con peristalsis normal sin visceromegalias palpables sin datos de irritación peritoneal.

3.5.10.5 GENITALES EXTERNOS: Normales, tacto rectal y vaginal diferidos.

3.5.10.6 EXTREMIDADES: Simétricas, con tono y fuerza conservados, arcos de movilidad ligeramente disminuidos, sin presentar edema, reflejos normales llenado capilar de 5 segundos.

3.5.10.7 ESTUDIOS DE LABORATORIOS Y GABINETE.

Electrolitos séricos normales, hemoglobina de 3.9 mg/dl, hematocrito de 12 anemia severa según la clasificación de la OMS, trombocitosis de 713,000Azoados normales, tiempos de coagulación con tiempos de coagulación alargados un T.P 19" y TPT 50", examen general de orina, con presencia de leucocituria, uratos amorfos y escasas bacterias y levaduras, pruebas de función hepática normales.

Radiografía de tórax se observa infiltrado micro y macronodular difuso de predominio hiliar y parahiliar bilateral así como basal derecho, empastamiento hiliar bilateral y cefalización del flujo.

3.5.10.8 DIAGNOSTICO.

Lupus Eritematoso Sistémico.

Síndrome de dificultad respiratoria.

Síndrome febril.

Infección de vías respiratorias bajas.

Descartar síndrome hemorragiparo.

Probable hemorragia alveolar secundaria.

CAPITULÓ III METODOLOGIA.

3.6 VALORACIÓN GENERAL DE LAS 14 NECESIDADES.

3.6.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Fecha de captación y valoración general: 28/10/03.

Ficha de identificación.

Nombre: G.R.B.

Sexo: femenino.

Edad: 31 a.

Estado civil: casada.

Escolaridad: preparatoria.

Ocupación: hogar.

Domicilio: calle: 25, col: fuego nuevo, Iztapalapa.

Lugar de procedencia: D.F.

Número de expediente: 989046/03.

Fecha de ingreso ala UCIR: 21/10/03.

Lugar de ingreso: urgencias.

Información obtenida: expediente, familiar (esposo), exploración física.

3.6.2 NECESIDAD: RESPIRAR NORMALMENTE.

SIGNOS VITALES:

Frecuencia respiratoria. 18 x min. Frecuencia cardiaca: 100 x min. Presión arterial: 130/70 mmhg. PAM: 90 mmhg Saturación de oxígeno: 97%. Temperatura corporal: 36.5° c.

Paciente femenina, bajo efectos de sedación con ramsay 5, con pupilas isocóricas e hiporreflexicas, cuello cilíndrico, con presencia de pulsos carotídeos homocrotos y sincrónicos, aumentados en frecuencia sin adenomegalias ni ingurgitación yugular, vía aérea con presencia de cánula orotraqueal del número 7.5, colocada en arcada dentaria en número 22, asistida con ventilación mecánica por ventilador volumétrico en modo asisto control, con una fracción inspirada de O₂ 55%, PEEP 12cm H₂O, volumen corriente de 350 ml y frecuencia respiratoria de 18x min., traquea central, con tórax de forma normal, con movimientos de amplexión y amplexación normales los ruidos respiratorios a la auscultación disminuidos en las bases, con presencia de abundantes

estertores diseminados, presencia de catéter subclavio derecho, ruidos cardíacos rítmicos de intensidad adecuada aumentados en frecuencia sin presencia de soplos, el EKG muestra ritmo sinusal. A la aspiración de secreciones se presenta reflejo tusígeno, con presencia de esputo abundante de características hemáticas por cánula. La radiografía de tórax revela la presencia de infiltrados difusos.

Gases en sangre arterial: P.h a: 7.49, Pao₂: 83, PaCo₂: 43.1, Hco_{3a}: 33.7, sat: 97% (alcalosis metabólica compensada).

Índice de kirby: 150 (lesión pulmonar aguda severa).

3.6.3 NECESIDAD: COMER DE FORMA ADECUADA.

Peso 60 kg. Talla: 1.50 cm.

Cuenta con 8 días de estancia en la UCIR, con presencia de sonda naso gástrica en narina derecha para alimentación con dieta licuada de 1500 Kcal. Con 1500 cc de líquidos en 24 hrs. dividida en 3 tomas, abdomen globoso depresible a expensas de panículo adiposo con presencia de perístalsis adecuada, no se palpan viceromegalias se mide perímetro abdominal de 120cm. Distribución de la grasa, abundante en abdomen y piernas.

Pelo: sin alteración. Uñas: integra. Piel: húmeda con palidez generalizada así como de conjuntivas. Dentadura: completa e integra, sin datos de caries. Capacidad para tragar: no por presencia de sedación.

Estudios de laboratorio.

Hemoglobina: 10.7mg/dl anemia leve. Recuento de leucocitos: 6.400/ul

3.6.4 NECESIDAD: BEBER DE FORMA ADECUADA.

La cavidad oral se encuentra con buena hidratación, lengua saburral, palidez de mucosas, presencia de tono muscular disminuido por sedación, presenta edema de miembros pélvicos (++) y una PVC de 8 cc de H₂O.

Exámenes de laboratorio específicos.

Sodio: 142 meq. Cloro: 107 meq. Potasio: 4.04 meq. Calcio: 7.7 meq.

Balance de líquidos: parcial: +50 ml. Global: +1200.

Utilización de diuréticos: no.

3.6.5 NECESIDAD: EVACUAR LOS DESECHOS CORPORALES.

Eliminación vesical: Presencia de sonda transuretral, con fecha de instalación del día 21 de octubre de 2003, orina con las siguientes características macroscópicas: poliuria drenando aproximadamente 2.7ml /Kg. / HR, amarilla clara, sin presencia de sedimentos.

Eliminación intestinal: presencia de perístalsis y de evacuaciones de consistencia formada color café siendo como mínimo 1 vez al día.

Genitales de acuerdo a edad y sexo, sin datos de sangrado transvaginal.

Electrolitos séricos y azoados: normales.

Filtrado glomerular: 60.7%

EGO: con proteínas negativas, celdillas escasas, sin presencia de eritrocitos.

3.6.6 NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA.

Incapacitada para el movimiento debido al efecto de sedación, se encuentra en posición de decúbito lateral derecho con alineación del cuerpo, apoyada con almohadas.

Fuerza muscular: no valorable por sedación.

Tono muscular: disminuido por presencia de sedación.

3.6.7 NECESIDAD: DORMIR Y DESCANSAR.

Estado de sedación: ramsay 5.

3.6.8 NECESIDAD: ELEGIR LA ROPA ADECUADA (PARA VESTIRSE Y DESNUDARSE).

Incapacidad para vestirse y desnudarse debido a proceso mórbido agudo y efectos de sedación.

3.6.9 NECESIDAD: MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE UN MARGEN ADECUADO, SELECCIONANDO LA ROPA Y MODIFICANDO LAS CONDICIONES AMBIÉNTALES.

Temperatura corporal: 36.5° c.

3.6.10 NECESIDAD: MANTENER LA HIGIENE CORPORAL, UN BUEN ASPECTO Y PROTEGER LA PIEL.

La paciente se encuentra dependiente ante esta necesidad por efectos de sedación.

La piel se encuentra intacta, se valora escala de Norton con valor de 8 puntos lo cual revela un alto riesgo de presentar úlceras de presión.

3.6.11 NECESIDAD: EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO Y EVITAR DAÑAR A LOS DEMÁS.

No presenta signos de lesiones, se encuentra con presencia de sujeciones para cánula orotraqueal, sonda nasogástrica, catéter subclavio derecho y sonda transuretral.

Estudios relevantes:

Tiempos de coagulación: T.p: 17 seg., TPT: 26.6 seg., TT: 20%. (Normales)

Plaquetas: 242.000/mm³.

Tratamiento con esteroides del tipo de metilprednisolona 500mg en bolo c/ 24 hrs.

Tratamiento con anticoagulantes del tipo de heparina 5000 UI c/ 24 hrs.

Antibióticos: Vancomicina 1gr Iv c/ 24.

3.6.12 NECESIDAD: COMUNICARSE CON LOS OTROS EXPRESANDO LAS PROPIAS EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.

Comunicación: incapacidad para la comunicación debida a efectos de sedantes.

3.6.13 NECESIDAD: ACTUAR CON APEGO A LA PROPIA FÉ.

El familiar refiere que son de religión católica y que el padre ya vino a verla.

3.6.14 NECESIDAD: ACTUAR DE MANERA QUE SE TENGA LA SENSACIÓN DE SATISFACCIÓN DE UNO MISMO.

El familiar refiere que la paciente se siente satisfecha hasta el momento de cómo ha llevado su vida a cabo.

3.6.15 NECESIDAD: DISFRUTAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE ENTRETENIMIENTO.

El familiar refiere que a la paciente le gusta caminar por las tardes.

3.6.16 NECESIDAD: APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD PARA ALCANZAR UN DESARROLLO Y UNA SALUD NORMALES Y ACUDIR A LOS CENTROS SANITARIOS DISPONIBLES.

El familiar refiere que la paciente ha tratado de documentarse en cuanto a la enfermedad que tiene y trata de llevar a cabo las actividades recomendadas por el medico reumatólogo.

**3.7 PLANES DE
ATENCION
ENFERMERIA
DIAGNOSTICOS
REALES.**

3.7.1. PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. OXIGENACIÓN.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de la oxigenación relacionado con congestión pulmonar manifestado por presencia de estertores diseminados, ruidos respiratorios disminuidos y secreciones hemáticas abundantes	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza.	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco.	
ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO:	
➤ Disminuir la congestión pulmonar.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aspiración de secreciones por razón necesaria previa hiperoxigenación. (con sistema de aspiración cerrado para no perder el PEEP). ➤ Fisioterapia pulmonar cambios de posición cada dos horas para favorecer drenaje pulmonar. ➤ Toma e interpretación de las gasometrías así como manejo de los parámetros de ventilación de acuerdo a esta. ➤ Aplicación de antibióticos de acuerdo a prescripción médica. ➤ Aplicación de diuréticos previa indicación médica. ➤ Aplicación de diuréticos previa indicación médica. ➤ Control estricto de líquidos. ➤ Oximetría de pulso. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VALORACION DEL DIA 28/10/05 13:00 HRS. La paciente mantiene una oximetría de pulso entre 95% - 97%, los campos pulmonares se auscultan limpios posterior a la aspiración de secreciones. Gases arteriales: P.h:7.49, PaO2: 83, Paco2: 43.1, Hco3a: 33.7, Sat: 97% (alcalosis metabólica). Índice de Kirby de: 150 (lesión pulmonar aguda severa). ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 4/11/03. Presencia de estertores finos en bases, con escasas secreciones hemáticas. Índice Kirby de 225, lesión pulmonar aguda.

PLAN DE ATENCIÓN.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<p>➤ Disminuir Peep, de acuerdo a saturación de oxígeno e índice de Kirby así como previa indicación médica.</p> <p>➤ Proporcionar micronebulizaciones solas o con broncodilatador previa indicación médica.</p>	<p>Se presenta un diagnóstico de Enfermería diferente ya que la paciente inicia con destete ventilatorio.</p> <p>➤ VALORACIÓN DEL DÍA 06/11/03. Presencia de estertores finos diseminados, con presencia de secreciones hialinas. Índice de Kirby de 290, lesión pulmonar aguda.</p> <p>➤ VALORACIÓN DEL DÍA 13/12/03. Presencia de estertores finos diseminados. Índice de Kirby de 225 lesión pulmonar aguda.</p> <p>➤ VALORACIÓN DEL DÍA 21/11/03. Campos pulmonares limpios bien ventilados, sin presencia de ruidos agregados. Índice de Kirby de 290 lesión pulmonar aguda.</p>

3.7.2 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. HIDRATACIÓN.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de la hidratación relacionado con mala distribución de líquidos corporales e inmovilización manifestada por edema de miembros pélvicos godete de 2 cruces (moderado).	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza. NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco. ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO: ➤ Favorecer la reabsorción de líquidos.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vendaje compresivo de miembros pélvicos para favorecer la reabsorción de líquidos del espacio intersticial al intra vascular. ➤ Elevar los pies de la paciente a 45° para favorecer el retorno venoso y evitar la estasis sanguínea. ➤ Balance estricto de líquidos ➤ Vigiar los niveles de PVC. ➤ Aplicar diuréticos previa indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 3/11/03. El edema se ha generalizado incluyendo edema facial y palpebral. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 6/11/03. Disminuye el edema facial y palpebral así como de miembros pélvicos y torácicos ha pasado de godete de ++ cruces a godete de + cruz. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 18/11/03. ➤ Sin presencia de edema.

3.7.3 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. HIGIENE CORPORAL Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de la higiene corporal relacionado con la sedación manifestado por incapacidad para el baño y el aseo.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza.	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco.	
ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO:	
➤ La enfermera mantendrá a la paciente aseada mientras no puede la paciente hacerlo por si misma.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar baño de esponja. ➤ Aseo de genitales cada que sea necesario. ➤ Aseo de cavidades para evitar la colonización de bacterias patógenas. ➤ Mantener la piel: Limpia, seca y lubricada para mantener su integridad. ➤ Cambios de posición cada 2 horas con alineación de los segmentos corporales para evitar la laceración de la piel. ➤ Protección de salientes óseas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 4/11/03. GRB se encuentra con ramsay de 3, en dependencia total. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 6/11/05. GRB presenta un Glasgow de 11, cooperadora se le sustituye de forma parcial, con nivel de dependencia grado 3. ➤ VALORACIÓN DEL DIA 14/11/03. La paciente presenta un Glasgow de 15, se le asiste en las actividades de aseo, pero ella coopera de forma activa, con nivel de dependencia grado uno.

3.7.4 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. COMUNICACIÓN.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de la comunicación verbal relacionado con efectos de sedación, alteración de la percepción e intubación orotraqueal manifestada por incapacidad para el habla.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza.	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco.	
ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO:	
➤ Establecer vínculos de comunicación con sus familiares, la paciente y el equipo multidisciplinario.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hablar con los familiares más cercanos de la paciente para que estos se involucren con el tratamiento y evolución de la paciente. ➤ Propiciar un ambiente adecuado y sin interrupciones durante la visita de los familiares. ➤ Resolver las dudas de los familiares. ➤ Explicar a los familiares que aunque la paciente se encuentre sedada ella percibe la presencia de los familiares y los escucha. ➤ Propiciar el contacto físico de los familiares para con la paciente. ➤ El equipo de salud explicará a la paciente cada uno de los procedimientos que se le realizan. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 30/10/03. Los familiares platican con la paciente y mantienen contacto físico con ella durante la visita, así como el equipo de salud mantiene la comunicación con la paciente. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 3/11/03. La paciente aun se encuentra bajo efectos de sedación con Ramsay de 3. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 06/11/03. El Dx de Enfermería cambia ya que GRB tiene Glasgow de 11.

3.7.5 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. ELIMINACIÓN URINARIA.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alto riesgo de alteración de la eliminación urinaria relacionado con proceso mórbido.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza.	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Cuatro.	
ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO:	
➤ Prevenir el deterioro renal.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
➤ Cuantificación de la uresis horaria. ➤ Vigilar la presencia de sedimento y de sangre en la orina, que nos evidenciaría una falla renal aguda. ➤ Documentar el aumento o presencia de edema. ➤ Vigilar la concentración de azoados y electrólitos sanguíneos.	➤ VALORACIÓN DEL DÍA 30/10/03. Presencia de poliuria de 2.7 ml / Kg. / Hrs, electrolitos séricos y azoados normales, Filtrado glomerular: 60.7%, EGO: con proteínas negativas, celdillas escasas. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 03/11/03. Presenta oliguria de .3ml/Kg./Hr. Con abundante sedimento, orina amarilla concentrada, turbia. El EGO: se observan eritrocitos 10 X campo, sedimento urinario, celdillas abundantes, orina hipercromurica, concentrada de olor penetrante. Por lo que el Dx de Enfermería se modifica a real.

**3.8 PLANES DE
ATENCION
ENFERMERIA
DIAGNOSTICOS
POTENCIALES.**

3.8.1 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. HIDRATACIÓN.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alto riesgo de deshidratación relacionado con presencia de poliuria.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza.	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco.	
ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO:	
➤ Prevenir el desequilibrio hídrico.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Control estricto de líquidos. ➤ Vigilar datos de desequilibrio hidroelectrolítico. A través de la exploración física de piel y mucosas. ➤ Toma de muestras de laboratorio para vigilar electrolitos séricos. ➤ Ministración de cargas previa indicación médica. ➤ Vigilar signos vitales principalmente PVC, FR, FC, y T/A. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 30/10/03. Uresis de 2.7cc/Kg./Hr. Signos vitales dentro de parámetros normales con Pvc en límite superior de 12 cc H₂O, con mucosas y piel bien hidratada, electrolitos séricos normales. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 03/11/03. Presencia oliguria de 0.3ml/Kg/Hr., edema facial, palpebral, de miembros torácicos y pélvico. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 05/11/03. Uresis de .98cc/Kg/Hr, Pvc de 8cc H₂O, mucosas bien hidratadas.

3.8.2 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. HIGIENE CORPORAL Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alto riesgo de pérdida de la integridad cutánea relacionado con cambios en la elasticidad de la piel, reposo prolongado por sedación.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza.	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco.	
ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO:	
➤ Evitar la laceración de la piel.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar el estado de la piel a través de la escala de Nortón para predecir el riesgo de aparición de úlceras de presión. ➤ La paciente presenta un índice de Nortón de 8 (Muy Alto riesgo de escaras o úlceras en formación). ➤ Aplicación de estas valoraciones mínimo cada 48 horas, y realizar anotaciones para evidenciar los cambios de la piel. ➤ Realizar ejercicios de amplitud de movimientos, en todas las extremidades. ➤ Evite la fricción, deslizamiento, a través de elevar la cabecera y la piédera del paciente a unos 45°, y evitando dejar arrugas en las sábanas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 04/11/03. GRB presenta ramsay de 3, la piel se ha mantenido integra sin evidencia de lesiones en zonas de presión. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 05/11/03. La paciente presenta Glasgow de 10, somnolienta, con fuerza muscular de 1, presencia de vesículas (úlceras de presión grado dos) en ambos talones y zonas de enrojecimiento en rodillas y cóccix (úlceras de presión grado uno), por lo que el DX de enfermería cambia de potencial a real.

PLAN DE ATENCIÓN.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none">➤ Emplee dispositivos reductores de presión: colchones de espuma, gel, agua o aire.➤ Realizar cambios posturales cada dos horas, para aliviar la presión los sitios de apoyo.➤ Asegurar la alineación corporal mediante almohadas.➤ Mantener la piel seca, limpia e hidratada.➤ Proteger las salientes óseas (occipucio, talones, tobillos, sacro, rodillas, caderas).➤ Realizar masaje corporal suave principalmente en los sitios de presión, para favorecer la circulación sanguínea.➤ Documentar la aparición y duración de lesiones o Rash.➤ Evitar la iluminación fluorescente.➤ Utilizar para el baño jabón neutro.	

3.8.3 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. EVITAR PELIGROS.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alto riesgo de infección relacionado con procedimientos terapéuticos invasivos (intubación oro traqueal, presencia de sonda vesical, sonda naso gástrica y multipunciones) y ministración de medicamentos de supresión del sistema inmunológico (esteroides).	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza. NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco. ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO: ➤ Evitar la colonización de los diferentes dispositivos invasivos.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Curación del catéter subclavio cada 48 – 72 días o por razón necesaria. ➤ Cambio de sondas (vesical y nasoyeyunal) cada 7 días para evitar la colonización de bacterias patógenas. ➤ Ministración de vancomicina 1gr Iv c/ 24 previa indicación medica. ➤ Realizar cada uno de los procedimientos respetando las medidas de asepsia y antisepsia, así como la aplicación de precauciones estándar. ➤ Explorar al paciente en busca de signos de infección a cualquier nivel. ➤ Utilizar técnicas de barrera y contrabarrera. ➤ Policultivar a la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 03/11/03. Sin datos de infección focalizada o generalizada. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 10/11/03. Sin datos de infección focalizada o generalizada. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 21/11/03. Sin datos de infección focalizada o generalizada.

3.8.4 PLAN DE ATENCION.

NECESIDAD ALTERADA. EVITAR PELIGROS.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alto riesgo de alteración en la seguridad y protección relacionado con ministración de medicamentos anticoagulantes.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza.	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco.	
ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO:	
➤ Mantener los tiempos de coagulación dentro de parámetros normales.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar datos de sangrado a cualquier nivel como petequias, hematomas, sangrado de mucosas, hematuria, sangrado transvaginal. ➤ Tomar muestras de laboratorio para verificar los tiempos de coagulación. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 30/10/03. <p>La paciente presenta metrorragia de aproximadamente 100cc en 8 hrs., con abundantes coágulos,</p> <p>Tiempos de coagulación alargados un T.P 19" y TPT 50" y hemoglobina de 10 (anemia leve).</p> <p>Por lo que el Dx de Enfermería se convierte en real.</p>

3.9 VALORACIONES FOCALIZADAS.

3.9.1 VALORACIÓN FOCALIZADA NÚMERO 1. 30/10/03.

GRB paciente femenino bajo efectos de sedación, con palidez generalizada de tegumentos y conjuntivas, presencia de zonas de equimosis en sitios de veno punción y metrorragia aproximadamente de 100cc en 8 horas, con un alto contenido de coágulos con tiempos de coagulación alargados un T.P 19" y TPT 50" y hemoglobina de 10 (anemia leve). Signos vitales: Frecuencia respiratoria de 18 x min., Frecuencia cardiaca de 110 x min., Presión arterial de 110/70 mmhg. PAM: 83 mmhg Saturación de oxígeno: 97%. Temperatura corporal: 36° c. Pvc de 12 cc H2OC, continua con mismos parámetros en la ventilación mecánica.

Diuresis de 2.7cc /Kg. /Hr. Tratamiento: Heparina 5000 UI c/24 Hrs.

3.9.1.1 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. EVITAR PELIGROS.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de la seguridad relacionada con ministración de medicamentos anticoagulantes manifestada por metrorragia, y alargamiento de los tiempos de coagulación T.P 19" y TPT 50".	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza.	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco.	
ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO:	
➤ Restablecer a valores normales los tiempos de coagulación.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL DURANTE EL SEGUIMIENTO.
➤ Cuantificación del sangrado, vigilar el aumento o disminución y las características del sangrado. ➤ Registro de las zonas de equimosis. Tomar muestras sanguíneas para evaluar los tiempos de coagulación y la biometría hemática. ➤ Ministración de hemoderivados, según indicación médica.	➤ VALORACIÓN DEL DÍA 03/11/03. La paciente no presenta datos de sangrado a ningún nivel, la equimosis se encuentran en etapa de reabsorción, los tiempos de coagulación se encuentran con un Tp de 14", TPT: 25", TT: 20%. (Normales). Plaquetas: 240.000/mm3. Hemoglobina de 12 g / 100 ml.

PLAN DE ATENCION.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none">➤ Vigilar datos de reacción alérgica a la ministración de hemoderivados como la presencia de hipertermia, rash cutáneo, hematuria o dolor lumbar.➤ Reducción o suspensión de ministración de heparina previa indicación medica.➤ Evitar realizar movimientos bruscos con la paciente.➤ Limitar las venopunciones innecesarias.	

3.9.2 VALORACIÓN FOCALIZADA NÚMERO 2. 03/11/03

GRB paciente femenino bajo efectos de sedación con presencia de edema facial y palpebral así como de miembros pélvicos y torácicos. Signos vitales de: Frecuencia respiratoria. 18 x min. Frecuencia cardiaca: 100 x min. Presión arterial: 130/70 mmhg. PAM: 90 mmhg Saturación de oxígeno: 98%. Temperatura corporal: 36.5° c. Continúa con mismos parámetros ventilatorios.

Presenta oliguria de .3ml/Kg./Hr. Con abundante sedimento ocasionando obstrucción de la sonda transuretral, orina amarilla concentrada, turbia.

El EGO: se observan eritrocitos 10 por campo, sedimento urinario, celdillas abundantes, orina de color amarillo concentrada de olor penetrante. Resto de laboratorios dentro de parámetros normales.

3.9.2.1 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. ELIMINACIÓN URINARIA.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de la eliminación urinaria relacionada con proceso mórbido manifestado por presencia de abundantes sedimentos que ocasiona la obstrucción de la sonda transuretral y oliguria de 30cc por hora, datos de retención urinaria (edema palpebral, facial y de miembros (godete de dos cruces).	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza. NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco. ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO: ➤ Mantener el volumen urinario y el equilibrio hidroelectrolítico.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
➤ Cambio de sonda transuretral por una de mayor calibre. ➤ Vendaje compresivo de miembros, para favorecer la redistribución de líquidos.	➤ VALORACIÓN DEL DÍA 04/11/03. La paciente presenta mejora de los volúmenes urinarios a 1.3cc/Kg./Hrs, sin edema facial ni palpebral, con edema de miembros torácicos y pélvicos de una

PLAN DE ATENCIÓN.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none">➤ Ministración de líquidos en carga y diuréticos previa indicación medica.➤ Control estricto de líquidos.	<p>Cruz.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ VALORACIÓN DEL DÍA 10/11/03. La paciente se encuentra con diuresis dentro de parámetros normales, ya sin datos de edema.➤ VALORACIÓN DEL DÍA 14/11/03. Presenta uresis de 2.9 cc / Kg/ Hr.

3.9.3 EVALUACIÓN FOCALIZADA NÚMERO 3. 04/11/03.

GRB se encuentra bajo efectos residuales de sedación, con Ramsay de 3, letárgica inquieta y quejumbrosa, con facies de dolor, poco cooperadora ya que intenta quitarse los dispositivos terapéuticos, edema facial y palpebral disminuido así como el de miembros torácicos y pélvicos con godete de 1 cruz, dado que se empezó a reducir la sedación el día de ayer por la tarde suspendiéndose el día de hoy por la mañana. Con signos vitales: Frecuencia respiratoria: 24 x min. Frecuencia cardiaca: 95 x min. Presión arterial: 120/70 mmhg. PAM: 86 mm Hg Saturación de oxígeno: 96%. Temperatura corporal: 36° c. Parámetros de ventilador en modo de ventilación Mandatoria intermitente sincronizada, con Volumen corriente de 350, frecuencia respiratoria de 8, presión asistida de 20, peep de 5, fracción inspirada de O2 de 40%. Gases en sangre arterial: P.h a: 7.36, Pao2: 90, PaCo2: 35.1, Hco3a: 24.9, sat: 98% con parámetros normales, a la auscultación campos pulmonares hipoventilados, con presencia de estertores finos en bases, ha disminuido las secreciones hemáticas a través del tubo orotraqueal. Índice de Kirby de: 225 revelando una lesión pulmonar aguda leve. La paciente mejora volúmenes urinarios a 1.3cc/Kg./Hrs.

3.9.3.1 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. OXIGENACION.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Riesgo potencial de alteración de la oxigenación relacionado con destete ventilatorio.
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza. NIVEL DE DEPENDENCIA: Tres. ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución parcial.
OBJETIVO: ➤ Mantener una ventilación adecuada.

PLAN DE ATENCIÓN.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar a la paciente de la importancia de que respire profunda y lentamente, con el fin de lograr que coopere. ➤ Colocar ala paciente en posición simifowler. ➤ Vigilar signos vitales principalmente la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y saturación de oxigenó por oximetría de pulso. ➤ Realizar el destete de forma progresiva con parámetros de ventilador, identificando oportunamente alteraciones respiratorias. ➤ Una vez que se decida colocar ala paciente en pieza en T se deberán proporcionando ciclos de ventilación mecánica y de tubo en T, aumentando cada vez mas los tiempos de tubo en T para progresar paulatinamente. ➤ Toma de gasometrías e interpretación de las mismas. ➤ Vigilar la presencia de signos de insuficiencia respiratoria como uso de músculos accesorios, presencia de tiros intercostales, cambios de coloración y del estado de conciencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 06/11/03. GRB se encuentra con glasgow de 11 puntos, con signos vitales dentro de parámetros normales, parámetros de ventilador en modo Presión positiva continua en la vía aérea, con presión asistida de 10, fracción inspirada de oxigeno de 30%, gasometricamente con parámetros normales, PaO2 de87, índice de Kirby de 290 el cual indica una lesión pulmonar aguda ➤ VALORACIÓN DELDÍA 13/11/03. El día de ayer por la tarde se coloca a GRB en protocolo de extubación, con tubo en T, nebulizador continuo con Fio2 al 40%, con Glasgow de 11 puntos, signos vitales de: FR. 18x min., FC de 76xmin,campos pulmonares con buena ventilación, ruidos respiratorios presentes, presencia de estertores finos difusos, oximetría de pulso de 95%, gasometría arterial con PH de 7.38, PaO2 90, PaCO2: 35, HCO3: 22 sat de O2: 95%. Índice de Kirby de 225., lesión pulmonar aguda.

PLAN DE ATENCIÓN.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none">➤ Proporcionar broncodilatadores previa indicación médica.➤ Explorar campos pulmonares en busca de hipoventilación y broncoespasmo	<ul style="list-style-type: none">➤ VALORACIÓN DEL DÍA 18/11/03. Los campos pulmonares se auscultan con buena entrada y salida de aire, sin presencia de signos de insuficiencia respiratoria, FR de 20 x min, FC 80 x min, sat. O2 95%. Gasometría: PH de 7.46, PaO2 90, PaCO2: 38, HCO3: 25 sat de O2: 90%. Se extuba electivamente a las 12 hrs., previa ministración de esteroide para prevenir broncoespasmo.➤ VALORACIÓN DEL DÍA 21/11/03. Durante el seguimiento no fue necesario reintubar al paciente.

3.9.3.2 PLAN DE ATENCION.

NECESIDAD ALTERADA. BIENESTAR.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración del bienestar relacionada con somnolencia y dolor manifestada por inquietud, facies de dolor, movilización brusca e intento de retirarse los aditamentos médicos.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de voluntad.	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Cuatro.	
ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución parcial.	
OBJETIVO:	
➤ Disminuir la ansiedad y el dolor de la paciente.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
➤ Ministración de analgésicos previa indicación médica. ➤ Explicar a la paciente en donde esta y del por que es necesario cada uno de los dispositivos que tiene, para lograr su cooperación y disminuir la ansiedad. ➤ Sujeción gentil de miembros en caso necesario. ➤ Colocar barandales en alto.	➤ VALORACIÓN DEL DÍA 05/11/03. La paciente se muestra somnolienta, cooperadora con Glasgow de 10 puntos. ➤ VALORACIÓN DEL DÍA 06 /11/03. La paciente se encuentra despierta, alerta y cooperadora con Glasgow de 11 puntos.

3.9.4 EVALUACIÓN FOCALIZADA NÚMERO 4. O5/11/03

GRB paciente femenina somnolienta y cooperadora, con Glasgow de 10 puntos, signos vitales dentro de parámetros nl, continúa con mismos parámetros ventilatorios, presencia de vesículas (úlceras de presión grado dos) en ambos talones y zonas de enrojecimiento en rodillas y cóccix (úlceras de presión grado uno), fuerza muscular 1/5, Uresis de .98/Kg. /Hr. características macroscópicas nl.

3.9.4.1 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de la integridad cutánea relacionada con largo periodo de postración en cama manifestada por presencia de vesículas en talones (estadio de úlcera de presión 2) y enrojecimiento en zonas de presión (estadio de úlcera de presión 1).	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza. NIVEL DE DEPENDENCIA: Tres. ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución parcial.	
OBJETIVO: ➤ Limitar la evolución de úlceras de presión y prevenir la aparición de nuevas zonas de lesión.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
➤ Protección de talones con donas y aplicación de vendaje en miembros pélvicos. ➤ Valorar la movilización fuera de cama. ➤ Valorar el estado de la piel a través de la escala de Norton para predecir el riesgo de aparición de úlceras de presión.	➤ VALORACIÓN DEL DÍA 18/11/03. Presenta disminución del tono y fuerza muscular 3 / 5 con inflamación de las articulaciones principalmente en rodillas y codos con dolor a la movilización, la úlcera de presión grado uno desapareció y la úlcera por presión de grado dos se encuentra en fase de cicatrización.

PLAN DE ATENCIÓN.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none">➤ La paciente presenta un índice de Norton de 8 (Muy Alto riesgo de escaras o úlceras en formación).➤ Enseñar al familiar y aplicar a la paciente ejercicios pasivos, pasivo – activos para favorecer el aumento de la fuerza muscular.➤ Así como movimientos de amplitud.➤ Mantener la piel seca.➤ Explorar a la paciente en busca de nuevas lesiones.➤ Proporcionar cambios de posiciones cada 2 horas, para aliviar zonas de presión.➤ Dar alineación corporal adecuada.➤ Colocación de colchón de agua.	

3.9.5 EVALUACIÓN FOCALIZADA NÚMERO 5. 06/11/03.

GRB se encuentra alerta, con Glasgow de 11 puntos, con signos vitales dentro de parámetros normales, parámetros de ventilador en modo Presión positiva continua en la vía aérea, con presión asistida de 10, fracción inspirada de oxígeno de 30%, gasometricamente con parámetros normales, PaO₂ de 87, índice de Kirby de 290 el cual indica una lesión pulmonar aguda, trata de expresarse pero no lo logra debido a la presencia de cánula orotraqueal lo cual le ocasiona enojo y ansiedad.

3.9.5.1 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. COMUNICACIÓN.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de la comunicación verbal relacionada con intubación prolongada manifestada por ansiedad y enojo por no poder expresarse.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de conocimiento. NIVEL DE DEPENDENCIA: Tres. ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución parcial.	
OBJETIVO: ➤ Lograr que la paciente se comunique a través de gestos, señalamientos o abecedario.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
➤ Realizar letras del abecedario en grande para que la paciente logre comunicarse con sus familiares y el personal de salud para la satisfacción de sus necesidades. ➤ Si la paciente puede escribir proporcionarle papel y pluma. ➤ Establecer señales de comunicación con los párpados o manos. ➤ Propiciar un ambiente adecuado.	➤ VALORACIÓN DEL DÍA 10/11/03. La paciente se comunica con el personal de salud y con sus familiares a través de señas y con el abecedario, logrando una comunicación satisfactoria, así como de la escritura, aunque se le dificulta por debilidad muscular.

PLAN DE ATENCIÓN.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none">➤ Permitir que los horarios de visita se realicen sin interrupciones.➤ Involucrar a los familiares más cercanos.➤ Propiciar el contacto físico de los familiares para con la paciente y pedirle que le hablen a la paciente.➤ El equipo de salud deberá explicar a la paciente cada uno de los procedimientos que se le realizan.	<ul style="list-style-type: none">➤ VALORACIÓN DEL DÍA 14/11/03. Cursa su primer día de extubada, aun se le dificulta el habla por el edema laringeo.➤ VALORACIÓN DEL DÍA 18/11/03. Logra una comunicación verbal satisfactoria con sus familiares y el personal sanitario.

3.9.6 EVALUACIÓN FOCALIZADA NÚMERO 6. 10/11/03.

GRB paciente femenino despierta y cooperadora con Glasgow de 11 puntos, sin presencia de edema, continúa con mismos parámetros de ventilación mecánica, signos vitales con Frecuencia cardiaca de 110 x min., Frecuencia respiratoria de 10 x min., Presión arterial de 110/70 mm Hg con Presión arterial media de 80, presencia de hipertermia de 38° c, previos escalofríos y presencia de diaforesis profusa.

Tratamiento médico con: vancomicina 1Gr Iv c/ 24hrs, metamizol sódico 1 gr. Iv prn,

3.9.6.1 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. TERMORREGULACIÓN.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de la termorregulación relacionado con proceso mórbido manifestado por febrícula e hipertermia hasta de 38° c., precedida de escalofríos y diaforesis	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza. NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco. ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO: ➤ Mantener la temperatura dentro de parámetros normales.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
➤ Aplicación de compresas frías. ➤ Mantener al paciente cubierto solo con camisón. ➤ Aplicación de antipiréticos previa indicación medica. ➤ Aplicación de antibiótico del tipo de vancomicina 1 gr Iv c/24	➤ Se logra controlar la hipertermia durante las siguientes 8 horas quedando con una temperatura de 36.8°. No volviendo a presentar hipertermia durante el seguimiento del caso.

3.9.7 VALORACIÓN FOCALIZADA NÚMERO 7. 14/11/03.

GRB se encuentra conciente orientada y cooperadora, con Glasgow de 15 puntos, en su primer día de extubada, respondiendo adecuadamente, piel y mucosas bien hidratadas, signos vitales dentro de parámetros normales con una PVC de 10 cm. de H₂O, con cambios en la eliminación urinaria dado que se encuentra con poliuria de 2.9 ml/Kg. /Hr., orina de características macroscópicas normales, balance negativo de 300 cc, en ocho horas.

3.9.7.1 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. HIDRATACIÓN.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alto riesgo deshidratación relacionado con presencia de poliuria.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza.	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco.	
ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución total.	
OBJETIVO:	
➤ Prevenir el desequilibrio hídrico.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
➤ Vigilar signos vitales principalmente PVC, FR, FC, y T/A. ➤ Control estricto de líquidos. ➤ A través de la exploración física de piel y mucosas. ➤ Toma de muestras de laboratorio para vigilar electrolitos séricos. ➤ Aumentar Kcl en soluciones de base previa indicación.	➤ VALORACIÓN DEL DIA 18 /11/03. La paciente continúa con flujos altos de uresis de 1.5cc /Kg. /Hrs, Se encuentra con signos vitales: FC 87 x min., FR: 20 x min., PVC 8cc H ₂ O, T/A: 130/80, mucosas y piel con adecuada hidratación, los resultados de laboratorio muestran electrólitos dentro de parámetros normales.

3.9.8 EVALUACIÓN FOCALIZADA NÚMERO 8. 18/11/03.

GRB se encuentra a la exploración conciente orientada y cooperadora, en posición semifowler, se encuentra con signos vitales: FC 87 x min., FR: 20 x min., PVC 8cc H₂O, T/A: 130/80, disminución del tono y fuerza 3/5 de miembros torácicos y pélvicos, presenta inflamación de las articulaciones principalmente en rodillas y codos, con presencia de dolor a la movilización por lo que no logra moverse por si misma, necesitando la ayuda de otros para moverse.

Uresis de 1.5 ml / Kg/ Hr.

Tratamiento a base de metilprednisolona 100mg c/12 hrs, Ketorolaco 30 mg Iv c/ 8.

3.9.8.1 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de la movilidad relacionada con dolor e inflamación de las articulaciones manifestada por disminución del tono y de la fuerza de miembros torácicos y pélvicos.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza.	
NIVEL DE DEPENDENCIA: Tres.	
ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución parcial.	
OBJETIVO:	
➤ Disminuir la inflamación y dolor de las articulaciones, para que la paciente recupere la movilidad y la fuerza.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
➤ Ministración de medicamentos anti inflamatorios y analgésicos según prescripción médica. ➤ Enseñar a la paciente y familiares movimientos pasivos, pasivo – activos y activos. Para que se los realicen a la paciente y así esta pueda recuperar gradualmente la fuerza muscular.	➤ VALORACIÓN DEL DÍA 21 /11/03. La paciente ha aumentado su fuerza muscular 4, en un periodo de tres días, pudiendo sostener sus miembros por un corto periodo de tiempo, ahora la paciente tiene la capacidad de cambiar de posición por si sola.

PLAN DE ATENCIÓN.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIONES DURANTE EL SEGUIMIENTO.
<ul style="list-style-type: none">➤ Realizar estos movimientos durante 15 min. cinco veces al día, e ir aumentando en frecuencia e intensidad.➤ Estimular al movimiento de la paciente por si sola.➤ Aplicar fomentos de agua caliente y alternar con fría para favorecer el mecanismo de desinflamación de las articulaciones.	

3.9.9 EVALUACIÓN FOCALIZADA NÚMERO 9. 21/11/03.

GRB se encuentra conciente, orientada y alerta, campos pulmonares bien ventilados sin presencia de ruidos agregados, gasometría dentro de parámetros normales con un índice de kirby de 290, con lesión pulmonar aguda. Refiere sentirse adolorida de la espalda y desea pasar más tiempo en silla o reposit que en la cama.

Tratamiento con analgésico del tipo de ketorolaco 30 mg Iv c/8 hrs.

3.9.9.1 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. DORMIR Y DESCANSAR.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración del bienestar relacionada con postración prolongada en cama manifestada por dolor en tórax posterior e inquietud.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de fuerza. NIVEL DE DEPENDENCIA: Tres. ROL DE ENFERMERÍA: Sustitución parcial.	
OBJETIVO: ➤ Brindar descanso y confort a la paciente.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN.
➤ Trasladar a la paciente a un reposit o silla. ➤ Proporcionar un masaje relajante con cremas o lociones en la zona afectada. ➤ Ministración de analgésico previa indicación médica.	➤ La paciente manifiesta estar mas cómoda y a gusto en el reposit, pasando la mayor parte del día en el.

3.9.10 EVALUACIÓN FOCALIZADA NÚMERO 10. 21/11/03.

GRB refiere tener dudas acerca de su enfermedad, de cual es su tratamiento y las complicaciones de la misma y de cómo prevenir estas.

3.9.10.1 PLAN DE ATENCIÓN.

NECESIDAD ALTERADA. APRENDIZAJE.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. Necesidad de aprendizaje relacionado con el desconocimiento de su enfermedad manifestado por inquietud por saber más acerca de su padecimiento.	
CAUSA DE LA DEPENDENCIA: Falta de conocimiento. NIVEL DE DEPENDENCIA: Cinco. ROL DE ENFERMERÍA: Educación.	
OBJETIVO: ➤ Proporcionar la información relacionada con su enfermedad y de los cuidados en casa.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN.
➤ Identificar el grado de conocimiento que tiene la paciente acerca de su enfermedad. ➤ Enseñar a través de un rotafolio los siguientes puntos. ➤ Que es el LES, (utilizando un lenguaje sencillo, claro y adecuado al nivel de comprensión del paciente y la familia.) ➤ Explicar en que consiste el tratamiento farmacológico, la importancia de la correcta administración del mismo y signos y síntomas de efectos secundarios.	➤ La paciente se siente mas tranquila al conocer más acerca de su enfermedad y transmite la información dada al resto de sus familiares. ➤ Devuelve la explicación al personal de salud en forma satisfactoria. ➤ Se le proporciona un tríptico en donde se explican los cuidados que debe llevar en su casa.

PLAN DE ATENCION.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN.
<ul style="list-style-type: none">➤ Enseñar al paciente los signos y síntomas de reactivación de la enfermedad tales como fiebre, dolor torácico, disnea o calambres.➤ Complicaciones propias de la enfermedad y como prevenirlas.➤ Proporcionarle una lista de cuidados que debe tener una vez que sea dada de alta del hospital.	

CAPITULÓ IV RESULTADOS.

Como resultado de la aplicación del proceso atención enfermería con base en la filosofía de Virginia Henderson. Concluyó que este me permitió llevar a cabo el seguimiento de la paciente, de una forma holística, permitiendo valorarla en todos los aspectos no solo en lo biológico, que es en lo que mas nos enfocamos, sino también en lo social y espiritual, logrando la satisfacción de las necesidades para independizar ala paciente y reintegrarla a la sociedad, lo cual se logro satisfactoriamente en este caso. Así mismo también me permitió lograr una satisfacción profesional ya que al plasmar los cuidados brindados a la paciente, permite que otros profesionales de la salud lo consulten y sirva como antecedente para la atención de futuros pacientes en el área de cuidados intensivos.

CAPITULÓ V CONCLUSIONES.

5.1 EN LO METODOLÓGICO. La utilización del Proceso Atención Enfermería y de la filosofía de V. Henderson me permitió guiar, sistematizar y organizar los cuidados de Enfermería, en una forma holística, involucrando a la familia para lograr la reincorporación de la paciente a su ámbito social, familiar y laboral, facilitando simultáneamente el aprendizaje de la entidad patológica que presentaba la paciente por lo que me facilitó el seguimiento del caso.

5.2 EN LO CONCEPTUAL. Consideró que el Proceso Atención Enfermería y la filosofía de V. Henderson nos proporciona una serie de conceptos propios de la profesión por medio de los cuales se evidencia el ser y el deber ser de la enfermera, así mismo consideró que se debe ser el método de trabajo cada una de las instituciones de salud, ya que permite plasmar el trabajo de enfermería de forma sistemática.

5.3 EN LO INSTRUMENTAL. El instrumento utilizado para la elaboración del presente estudio de caso se enfoca en la evaluación de las catorce necesidades de Virginia Henderson, este se aplicó al paciente estudiado, sirviendo como medio para recoger datos del grado de dependencia e independencia de las necesidades básicas, el cual nos proporcionó una amplia visión del estado de salud de nuestra paciente, sin embargo consideró que esta herramienta debe ser modificada y adaptada al área de cuidados críticos ya que hay rubros que no se toman en cuenta como son las escalas aplicadas en este tipo de pacientes, a si mismo consideró que la constante aplicación del mismo nos proporcionará estrategias que generen la adaptación y modificación del mismo.

5.4 SUGERENCIAS.

La aplicación continua del proceso atención enfermero nos permitirá, ir haciendo las mejoras necesarias para la aplicación de un formato totalmente adaptado a nuestros pacientes de la terapia intensiva, con el fin de brindar un mejor servicio basado en la calidad y la calidez, para lograr la satisfacción propia y la del paciente.

CAPITULÓ VI PLAN DE ENSEÑANZA.

¿Qué es el LES?

El lupus eritematosos sistémico es una enfermedad crónica auto inmune (que crea anticuerpos que ataca al propio organismo), que se caracteriza por la inflamación de todos los aparatos y sistemas del organismo. Es importante mencionar que esta enfermedad presenta periodos de inactividad y exacerbación.

¿Cuáles son sus síntomas más comunes?

Eritema (enrojecimiento) permanente en la mejillas (en alas de mariposa).

Rash cutáneo a menudo en cara y pecho.

Fotosensibilidad (sensibilidad a la luz).

Úlceras orales.

Artritis (deformación de las articulaciones ocasionada por inflamación de las mismas).

Alteraciones renales (inflamación crónica del riñón).

¿Cuáles son las complicaciones mas frecuentes debido a esta enfermedad?

La principal es la afección renal, cardiaca, ya que estos son órganos mas sensibles a los depósitos de inmunocomplejos (células producidas por la unión de un anticuerpo a un agente extraño) y de la piel debido a la exposición del sol ya que los rayos ultravioleta reactivan la enfermedad.

¿Cuál es el Tratamiento?

El estricto apego al tratamiento y el seguimiento médico es de vital importancia para el control de la enfermedad y evitar al mínimo los ingresos hospitalarios.

De acuerdo a la evolución de la enfermedad el medico le indicara un tratamiento específico para usted, a base de antiinflamatorios, para controlar la artritis, y la fiebre.

Los problemas cutáneos o de artritis pueden responder a la administración de fármacos utilizados como la Hidroxicloroquina (medicamento que aumenta el grosor de la piel para protegerla de los rayos solares).

En caso de que haya una importante afección orgánica puede resultar eficaz la aplicación de corticoesteroides. (Prednisona, prednisolona y metilprednisolona). Estos medicamentos son la base de su tratamiento ya que disminuyen la reacción auto inmune pero tienen adversos indeseables.

¿Cuáles son los efectos adversos de estos medicamentos?

Los efectos adversos incluyen irritación gástrica, aumento de peso, hipertensión, infecciones, fragilidad capilar, acné, hirsutismo (aparición de vello), osteoporosis acelerada, necrosis isquémica ósea, cataratas, glaucoma, diabetes mellitus, miopía, hipopotasemia, menstruaciones irregulares, irritabilidad, insomnio. La administración suplementaria de calcio con vitamina D permite prevenir la osteoporosis temprana cuando se está recibiendo glucocorticoides.

¿Cuáles son los cuidados que debo llevar en casa?

Para evitar el dolor y el deterioro articular, puede emplear medidas de conservación articular tales como al levantarse de una silla deberá hacer el esfuerzo con los brazos a fin de reducir el esfuerzo con las rodillas y cadera, los medicamentos como la aspirina o antiinflamatorios, las compresas frías o calientes y las técnicas de relajación pueden ayudar a controlar el dolor.

Para ayudar a evitar el cansancio deberá alternar actividad y reposo. Identifique las actividades que considera más importantes para realizar en una jornada cotidiana.

Si usted sufre de fotosensibilidad es aconsejable que se abstenga de exponerse a los rayos solares. Use ropa para protegerse de estos y crema protectora factor 15 o superior mientras esté al aire libre.

El uso de cosméticos, shampoo hipoalergénicos le ayudara a proteger su piel y pelo.

En cuanto a nutrición se refiere procure hacer comidas frecuentes y poco copiosas.

Una buena higiene bucal posterior a cada comida le ayudara a impedir la aparición de úlceras.

De preferencia tome los medicamentos conjuntamente con las comidas para evitar la irritación gástrica principalmente si toma corticoides.

Si toma medicamentos como la Hidroxicloroquina deberá someterse a un examen oftalmológico periódicamente y avisar al médico si nota cualquier alteración oftalmológica por mínima que ésta sea.

Es aconsejable que consulte con otros especialistas como el ginecólogo para consultar acerca de los anticonceptivos como factor de protección de problemas cardiovasculares o si desea usted quedar embarazada ya que esto deberá ser planeado en un período de inactividad de la enfermedad.

¿Cuáles son los síntomas de exacerbación de la enfermedad?

Estos síntomas consisten principalmente en fiebre, tos, erupción cutánea o agravamiento de la misma, dolor muscular y articular (mayor al frecuente), descenso de la cantidad de emisión de orina, aumento inexplicable del peso, edema de miembros superiores, inferiores y edema facial son indicadores de que la enfermedad se esta reactivando y será necesario acudir de inmediato a consulta medica.

CAPITULÓ VII BIBLIOGRAFIA.

1. Mariner Tomey A, et. Al. Modelos y Teorías de Enfermería, Harcourt Brace, Cuarta. Madrid 1999.
2. Hernández Conesa J, et .Al. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Métodos, Mc. Graw. Hill Interamericana, primera, Madrid 1999.
3. Phaneuf M. Ph. D. La Planificación de los Cuidados Enfermeros, Mc. Graw. Hill Interamericana, primera, México DF 1999.
4. Kozier, Glenora Erb B. Conceptos y Temas de la Practica de la Enfermería, Interamericana, segunda, México 1995.
5. García González M. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, Progreso, primera, Celaya Guanajuato 1997.
6. Secretaria de Salud. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, Secretaria de Salud, México 2001.
7. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Lupus: A Patient Care Guide for Nurses and Other Health Professionals. National Institutes of Health, primera edición, Estados Unidos 2001.
8. Muñoz Duran C, et. Al. Plan de Cuidados a Pacientes con Lupus Eritematoso sistémico, Hygia, 48 (4), pg 17 – 22, España 2001.
9. Ferrante Ch, et. Al. Cuidar al Paciente con Lupus Eritematoso Sistémico, Nursing, 14 (5), pg 22-23, Estados Unidos.1996.
10. McConne E. Mitos y Realidades Acerca del Lupus Eritematoso Sistémico, Nursing, 18 (3), Estados Unidos 2000.
11. Wilson J.D, et. Al. Harrison. Principios de Medicina Interna, Mc. Graw. Hill Interamericana, doceava, México 1991.
12. Sterling G, et. Al. Secretos de la Reumatología, Mc. Graw. Hill Interamericana, primera, México 2001.
13. Márquez J. Tratado de Enfermería Reumática, Jims, España 1991.
14. Alonso Ruiz A, et. Al. Manual S. E. R. (sociedad española de reumatología) de las enfermedades Reumáticas, Panamericana. tercera. España 2002.
15. Font J, et. Al. Lupus Eritematoso Sistémico, Mra ediciones, segunda, 2002.
16. May J. B, et. Al. Manual de Cuidados Intensivos, MC.Graw Hill, segunda, 2000.