



Universidad Nacional Autónoma de México.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Aplicado a una paciente con
lupus eritematoso y afección renal**

Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Presenta:

LAURA ANTONIA REYES ROSARIO

No. Cuenta 9661716-0

Asesora Académica
Lic. Magdalena Mata Cortés



México; D. F.

Octubre, 2008

AGRADECIMIENTOS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MI DIOS

*Por permitirme llegar a este momento
con su presencia continua*

A HÉCTOR, MI ESPOSO

Por su paciencia y apoyo incondicional

A HECTOR, MI HIJO

*Por ser mi mayor motivo de inspiración y estímulo,
para seguir en mi diario caminar*

A MI HERMANO ALFREDO

Por su ejemplo y solidaridad

A LA MTRA. MAGDALENA MATA CORTÉS, MI ASESORA

*Por animarme a concluir este trabajo
con una visión renovada de la profesión de Enfermería*

ÍNDICE	Página
Introducción	5
Objetivos	6
1.- MARCO TEÓRICO	7
1.1.- Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería	7
1.2.- Proceso Atención de Enfermería	7
1.2.1.- Valoración	8
1.2.2.- Diagnóstico	10
1.2.3.- Planificación	13
1.2.4.- Ejecución	19
1.2.5.- Evaluación	20
1.3.- Generalidades del modelo de Virginia Henderson	23
1.3.1.- Tendencia y modelo	23
1.3.2.- Principales conceptos y definiciones	23
1.3.3.- Definición de enfermería	24
1.3.4.- Salud	24
1.3.5.- Entorno	24
1.3.6.- Persona	24
1.3.7.- Necesidades	24
1.3.8.- Supuestos principales	25
1.3.9.- Afirmaciones teóricas	25
1.3.9.1.- Relación enfermera-paciente	25
1.3.9.2.- Relación enfermera-médico	25
1.3.9.3.- Relación enfermera- equipo de salud	26
1.4.- Patología de Lupus Eritematoso	26
1.4.1.- Definición	26
1.4.2.- Causas	26
1.4.3.- Diagnóstico	27

1.4.4.- Tratamiento	28
1.4.5.- Enfermedad Renal	29
2.- METODOLOGÍA (descripción de la forma como se hizo el PAE)	32
3.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	33
3.1.- Presentación del caso clínico	33
3.2.- Valoración	33
3.3.- Diagnósticos de enfermería	39
3.4.- Planeación	42
3.5.- Ejecución y Evaluación (Plan de cuidados)	43
4.- CONCLUSIONES	63
5.- SUGERENCIAS	65
6.- BIBLIOGRAFÍA	66
7.- ANEXOS	67

INTRODUCCIÓN

El presente Cuidado Enfermero se elabora para dejar por escrito el trabajo metodológico y científico del actuar de la enfermera. Se trata de elaborar, a través de la aportación de la escritora, autora y científica Virginia Henderson, su teoría y elaborar un Proceso Cuidado Enfermero en un paciente hospitalizado, utilizando las 14 necesidades básicas del paciente que ella plantea y que abarca todos los componentes de la asistencia de Enfermería, que ella propone. Por otro lado, también se habrán de utilizar las nuevas propuestas en la elaboración del diagnóstico enfermero y planes de cuidado enfermero, a través de la NANDA, NIC y NOC. Se pretende, con esto, dejar planteado, que todo lo que realiza la enfermera; profesionalmente tiene similitud con el método científico, y que su actividad diaria tiene un sustento científico y cuidados enfermeros estandarizados.

OBJETIVOS

Elaborar metodológicamente un Cuidado Enfermero, que desarrolle la práctica de Enfermería organizada en una paciente hospitalizada, con diagnóstico médico de ***Lupus Eritematoso con Afección Renal***, basado en la Teoría de Virginia Henderson.

Garantizar que la práctica de Enfermería se lleva a cabo con fundamentos científicos y con diagnósticos de Enfermería; en relación constante con un equipo de trabajo interdisciplinario y bajo un concepto holístico

1.- MARCO TEÓRICO

1.1.- Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería

El Término PAE (Proceso Atención de Enfermería), es relativamente nuevo.

Fue Propuesto en 1955 por Hall y desde entonces varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes modos. Wiedenbach en 1963, propone un modelo de tres fases: observación prestación de ayuda y validación. Más tarde Knowles (1967) sugirió que era necesario un proceso de cinco fases para la práctica de enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir.

También en 1967, la Western Interstate Comisión on Higher Education (WICHE), describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como la interrelación entre un paciente y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta de ambos y la interrelación resultante.

En ese mismo año Bloch, Roy, Aspinall y algunos autores de la facultad de medicina de Enfermería de la Cathoic University of America, identificaron cinco fases: Valoración Planificación, Diagnóstico, Ejecución y Evaluación. Esto fue producto de un largo proceso de investigaciones que se publicaron en 1973 en el informe final del grupo de trabajo sobre enseñanza de enfermería a nivel universitario de la OMS-OPS (Kozier, 1998).

Así en la fase del Diagnóstico de enfermería se identificaron los problemas o necesidades del paciente. El término no fue aceptado fácilmente, aunque muchos autores de enfermería consideran el diagnóstico de enfermería como básico para la enfermera profesional.

Es así como surge el Proceso de Atención de Enfermería, término que aparece quince años después en México y que actualmente tiende a ser desplazado por Método de trabajo Enfermero o Método Enfermero. En realidad la transición de los términos Proceso a Método obedece más que a una simple definición semántica, es un profundo sentido de rescatar la sistematización y propósito del proceso, al usar el término Método se sugiere que tiene un estructura organizada para el trabajo o intervención de enfermería, hecho que con el Proceso de Atención se queda en la imagen de columnas a considerar en la planificación de las acciones de enfermería. Por otro lado la frase Método Enfermero sugiere que es único para el cuidado ejercido por el profesional de esta disciplina.

1.2.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso Atención de Enfermería se describe como un método organizado y sistematizado que administra cuidados de Enfermería individualizados, se centra en las respuestas humanas y posteriormente surgen los diagnósticos de Enfermería¹, que pueden ser Diagnósticos Reales, Diagnósticos Potenciales y Posibles, este proceso consta de cinco etapas:

¹ *Alfaro Rosalinda. Aplicación del Cuidado de Enfermería. Ed. Mosby/Doyma, 2ª Edición 1992, Reimpresión 1995.*

- **Valoración**
- **Diagnostico**
- **Planificación**
- **Ejecución**
- **Evaluación**

1.2.1. Valoración.

Es la primera etapa del Cuidado Enfermero, que consiste en reunir y examinar la información con el propósito de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas.

Esta etapa de búsqueda de información, Rosalinda Alfaro considera que es la más importante, ya que de aquí se elaborarán todos los diagnósticos de enfermería.

La búsqueda de datos incluye las siguientes actividades:

- Recopilación de datos, en donde se reúne toda la información sobre el paciente.
- Validación de datos, se asegura de que conoce los datos, que son los hechos reales y aún los cuestionables.
- Organización de los datos, se organizan los datos en grupos de información que ayudaran a identificar patrones de salud o enfermedad.
- Comunicación / anotación de los datos, en donde se informa de los datos significativos para acelerar el tratamiento, y completar la información de la valoración de Enfermería.

La recopilación de datos empieza con el primer contacto con el paciente, las fuentes principales y apropiadas son:

El paciente

La familia

Registros de Enfermería

Registros médicos

Consultas con otros profesionales de la salud.

Registro de los estudios diagnósticos

Bibliografía.

Posteriormente se realiza una valoración de Enfermería, entrevistando, examinando y observando al paciente.

En la valoración R. Alfaro incluye dos tipos:

1. Valoración de los datos básicos: Realizada durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre el estado de salud actual del paciente
2. Valoración focalizada. Se realiza específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

En la entrevista de Enfermería el éxito depende de la habilidad para realizar la entrevista estableciendo una relación de confianza y observar, escuchar y preguntar. En la valoración física de Enfermería se consigue mediante un examen completo y sistemático del paciente. Esto incluye Inspección, Auscultación, Palpación y Percusión. El sistema de organización que se elija para realizar el examen físico dependerá de la habilidad de la enfermera, ya sea cefalo caudal o por aparatos y sistemas.

Validación de los datos

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

La validación de los datos se centra en asegurarse de que los datos que posee son reales.

La validación los datos se pueden medir, se pueden comprobar, se puede pedir a otra persona experta que recoja los mismos datos.

Organización de los datos

En esta etapa se trata de agrupar la información de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de Enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas.

Identificación de patrones

Una vez que se ha reunido los datos en grupos de información, seguimos con la parte final de la valoración que es la Identificación de patrones y de cobertura de lagunas de datos. Parte de la Identificación de Patrones implica formarse una impresión inicial, detectar las lagunas de los datos que se han recogido e intentar solucionarlas.

Al igual que en la agrupación y validación de los datos, hay que tener habilidad para identificar patrones y centrar la recogida de datos para cubrir las lagunas de información.

Comunicación y anotación de los datos

La comunicación verbal de los hallazgos significativos, por ejemplo signos vitales anómalos, dolor, problemas respiratorios o circulatorios, deben tener prioridad sobre la finalización de los datos básicos de Enfermería. Siempre que se identifique datos que sospeche sean indicativos de un problema que requiera la atención de un profesional de otra área, deberá ser comunicado lo más pronto posible.

Una vez comunicados los datos significativos a las personas adecuadas, se esta completando los datos básicos de Enfermería.

1.2.2.- Diagnóstico

Gordon describe un Diagnostico de Enfermería como “un problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para tratar” (Gordon 1976).²

Moritz dice que los Diagnósticos de Enfermería son “respuestas a problemas de salud reales o potenciales y están autorizadas y son legalmente responsables de hacerlo” (Moritz 1984).³ que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces de tratar

Carpenito (1987)⁴ dice Enfermería. Una formulación que describe la respuesta humana (un estado de salud/alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede ordenar intervenciones definitivas que no todos los problemas que identifica una enfermera son necesariamente Diagnósticos de Enfermería. Ella cree que las enfermeras están implicadas en la identificación de dos tipos de problemas: Los Diagnósticos de Enfermería (que implican el rol independiente de la enfermera) y los problemas interdependientes (que implican el rol interdependiente o de colaboración de la enfermera). He aquí como define ella estos dos problemas:

Diagnóstico de para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones.

Problema interdependiente. Complicación fisiológica que es o puede ser resultado de situaciones fisiopatológicas o relacionadas con el tratamiento. Las enfermeras realizan el control de su inicio, estado y colaboran con el médico para su tratamiento definitivo.

Dado que tanto los problemas médicos como los problemas interdependientes, se centren en la patología o fisiopatología de órganos o sistemas, todos los diagnósticos médicos son problemas interdependientes.

² Gordon, M. (1985) *Nursing Diagnosis Annual Review. Nursing Research* 3:127-146.

³ Moritz, D. (1984) *Nursing diagnosis In relation to the nursing process. In Kim, M. and Moritz, D. (eds.): Classification of Nursing.*

Diagnosis/Proceeding of the Third and Fourth National Conferences. New York: McGraw-Hill.

⁴ Carpenito, L. (1987) *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice: 2ª Ed. Philadelphia: JB Lippincott.*

Mientras que todos los diagnósticos médicos son problemas interdependientes, para las enfermeras no todos los problemas interdependientes son diagnósticos médicos. A la mayoría de las enfermeras les ha sido extremadamente útil en la identificación de Diagnósticos de Enfermería la lista de diagnósticos aceptados y publicados por la NANDA.

La NANDA ha dejado siempre claro que cuando publica la lista de diagnósticos aceptados cada dos años, esta publicando etiquetas diagnósticas que han sido aceptadas para su comprobación clínica.

La lista de la NANDA es el inicio de una lista de términos propuestos para problemas de salud que pueden ser identificados por las enfermeras.

Cada una de las etiquetas de las categorías diagnosticadas por la NANDA consta de tres componentes: *título, características definitorias y factores etiológicos relacionados*.

Estos tres componentes se describen de la siguiente forma:

Título o etiqueta. Ofrece una descripción concisa del problema de salud.

Características definitorias. Grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en ese diagnóstico en particular.

Factores etiológicos o contribuyentes. Identifican aquellos factores situacionales, patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir al problema.

Cuando se escriba la formulación diagnóstica para un diagnóstico de Enfermería real, se usara el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) para describirlo⁵

- El problema (P)
- La causa o etiología
- Los signos y síntomas (características definitorias) que son evidentes en el paciente.

El formato PES aplica el principio básico de identificar el problema y su etiología, y añade el concepto de validación. La inclusión de los signos y síntomas en el diagnóstico valida el porque ha elegido ese diagnostico concreto.

Para escribir una formulación diagnóstica que valide un diagnóstico de Enfermería real, se lleva acabo la siguiente regla:

Para escribir una formulación diagnóstica para un Diagnóstico de Enfermería real, una el problema con su etiología usando “relacionado con” agregue “manifestado por” y escribir los signos y síntomas mayores que validen la existencia de ese diagnóstico.

Como escribir las formulaciones diagnósticas para los Diagnósticos de Enfermería, potenciales y posibles:

Si se valora al paciente y se observa que hay algunos factores de alto riesgo que pueden hacer que presenten ciertos diagnósticos, entonces es que se ha identificado un Diagnóstico de Enfermería potencial, entonces se establece la siguiente regla:⁶

⁵ R. Alfaro. *Aplicación del Proceso de Enfermería*, Ed. Mosby.. p. 77

⁶ R. Alfaro. *Aplicación del Proceso de Enfermería*, Ed. Mosby.. p. 80

Para escribir una formulación diagnóstica para un diagnóstico de Enfermería potencial, escriba en dos partes, identificando el problema y agregando “relacionando con” para unir el problema y los factores contribuyentes.

Si se sospecha la existencia de un diagnóstico de Enfermería, pero no dispone de la suficiente información para estar segura de ello, se debe etiquetar de Diagnóstico de posible. Si se sospecha de una causa específica para el problema se debe escribir la siguiente fórmula:⁷

Escriba una formulación en dos partes expresando el posible problema y agregando “relacionado con” para unirlo con posibles factores contribuyentes.

Para evitar errores en la formulación de Diagnósticos de Enfermería, sugiere R. Alfaro las siguientes preguntas:

No formule Diagnósticos de Enfermería con terminología médica

No formule Diagnósticos de Enfermería como diagnósticos médicos

No formule dos problemas al mismo tiempo

No escribir los Diagnósticos de Enfermería de modo que puedan incriminarle legalmente

No renombre un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería

No escribir un Diagnóstico de Enfermería basado en juicio de valores

Para formular un Problema Interdependiente se escribe la siguiente regla:

Escribir los problemas Interdependientes usando el término complicación potencial. Juntar el problema con su causa usando “secundario a” o “relacionado con”.

⁷ *Ibíd.*

Comparación ente los diagnósticos de Enfermería y los problemas interdependientes/ diagnósticos médicos.⁸

Diagnóstico de Enfermería	Problemas interdependientes/ Diagnósticos médicos
<p>Se centran en la identificación y tratamiento de respuestas no saludables, reales o potenciales, a las enfermedades o cambios vitales.</p> <p>Los signos y síntomas relacionados responden a intervenciones prescritas por las enfermeras.</p> <p>El diagnóstico definitivo se valida mediante una valoración de Enfermería independiente.</p> <p>La enfermeras son responsables de:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. La detección y tratamiento temprano de los problemas b. El inicio de un plan de tratamientos independiente para prevenir, corregir o manejar el problema <p>Identifica problemas de salud desde la perspectiva del paciente</p>	<p>Se centran en la identificación de problemas con la estructura o funcionamiento de los órganos o sistemas.</p> <p>Los signos y síntomas relacionados no responden sólo a intervenciones prescritas por las enfermeras.</p> <p>El diagnóstico definitivo se valida mediante estudios diagnósticos médicos.</p> <p>La enfermeras son responsables de:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Detectar tempranamente los signos y síntomas que pueden indicar la necesidad de tratamiento médico b. Notificar al médico de los signos y síntomas c. Iniciar las acciones dentro del dominio de Enfermería para prevenir, corregir o tratar el problema d. Colaborar con el médico para iniciar un plan de tratamiento global con el fin de prevenir, corregir o tratar el problema <p>Identifica los problemas de salud desde la perspectiva de la ciencia médica</p>

1.2.3.- Planificación

Una vez identificados los Diagnósticos de Enfermería y problemas interdependientes específicos, se elabora la Planificación. En esta etapa se determina como brindar los cuidados de Enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos.

La Planificación implicara lo siguiente:

- Fijación de Prioridades
- Elaboración de objetivos del paciente/ resultados esperados
- Determinación de las intervenciones de Enfermería
- Documentación del plan de cuidados de Enfermería.

⁸ *Antología. Fundamentos de Enfermería. UNAM. ENEO. SUA. pp. 271,279.*

Fijación de Prioridades⁹

La actividad de establecer prioridades ocurre durante la fase inicial de la planificación, para planificar los cuidados de Enfermería.

La fase inicial de prioridades incluye lo siguiente:

- Determinar los problemas que requieren atención inmediata.
- Determinar los diagnósticos de Enfermería que se abordaran en el Plan de Cuidados de Enfermería.
- Determinar los cuidados interdependientes.

Elaboración de objetivos del paciente/resultados esperados

Después de la fijación de prioridades, el establecimiento de objetivos realistas es la tarea más importante de la fase de planificación debido a las siguientes razones:

- Los objetivos son los “pilares” del plan de cuidados.
- Los objetivos dirigen las actuaciones.
- Los objetivos son factores de motivación

Objetivos a corto y largo plazo

La administración de cuidados de acuerdo a los objetivos incluye el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo. Los objetivos a corto plazo (OCP) son los que se deben conseguir de forma relativamente rápida, con frecuencia en menos de una semana. Los objetivos a largo plazo (OLP) son aquellos que deben lograrse en un plazo de tiempo más largo, con frecuencia de semanas o meses.

Objetivos centrados en el cliente¹⁰

En vez de establecer objetivos de Enfermería, es decir, lo que la enfermera desea conseguir, se ha reconocido que la determinación de objetivos centrados en el cliente es un método eficaz para formular los objetivos.

Esto se debe a que los objetivos centrados en el cliente se centran en los resultados esperados del Plan de Cuidados, que son los beneficios que el cliente recibirá de los cuidados enfermeros. Para asegurar de que se anota objetivos resultados esperados) centrados en el cliente, recuerde la siguiente regla:

“El sujeto de un objetivo (resultado) centrado en el cliente debe ser el cliente o una parte del mismo”.

⁹ R. Alfaro. *Aplicación del Proceso de Enfermería*, Ed. Mosby.. p. 101

¹⁰ *Ibid.* 107

Objetivos versus resultados

Los términos metas, objetivos y resultados, con frecuencia se usan de forma intercambiable porque todos ellos son formulaciones de lo que se espera conseguir en un determinado periodo.

Algunos autores ven las metas y objetivos como descripciones más generales y los resultados más específicos.

Para cada diagnóstico que identifique en el Plan de cuidados, debe identificar un objetivo centrado en el cliente que demuestre una mejora o resolución del diagnóstico de Enfermería que se ha identificado.

Recordar la siguiente Regla: *Cerciorarse de que por lo menos uno de los objetivos que se ha fijado demuestre la resolución directa o la mejora del diagnóstico de Enfermería.*

Determinación de objetivos para los problemas interdependientes

Los objetivos generales de Enfermería para los problemas interdependientes son los siguientes:

- Detectar e informar de los signos y síntomas tempranos de complicaciones potenciales de los problemas interdependientes.
- Llevar a cabo medidas preventivas y acciones de Enfermería correctoras indicadas por el médico o por los estándares, procedimientos y protocolos.

Conceptualización de la Taxonomía del NOC

Desde la década de 1960 se han dedicado muchos esfuerzos a desarrollar medidas de los resultados que fueran útiles para evaluar la práctica enfermera.¹¹ El año 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Mari Johnson y Meridean Mass, en la universidad de Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención de enfermería. Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados. Es conocido que numerosas variables, junto con la intervención, influyen en los resultados del paciente. Estas variables van desde el proceso utilizado en el suministro del cuidado, incluyendo las acciones de otros profesionales sanitarios, hasta variables de organización y ambientales que influyen en la selección y el suministro de intervenciones según las características del paciente, como su estado físico y emocional y las circunstancias vitales experimentadas. La tarea enfermera consiste en definir qué resultados son sensibles a los cuidados enfermeros, es decir, los más influidos por las intervenciones de enfermería para cada paciente, familia o grupo de pacientes.

La NOC incluye resultados individuales, familiares y comunitarios influidos por intervenciones de Enfermería independientes y de colaboración. Un resultado se define

¹¹ Horn & Swain, 1978; Marek, 1989; Martin & Scheet, 1992; McCormick, 1991; Waltz & Strickland, 1988.

como un estado, conducta o percepción variable de un paciente o un cuidador familiar sensible a intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción¹² independientes y de colaboración. Dado que los resultados describen el estado del paciente, otras disciplinas pueden considerarlos útiles para la evaluación de sus intervenciones.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos. Las escalas pueden utilizarse para medir el estado del paciente con cada uno de los indicadores y el resultado. A diferencia de la información proporcionada por la manifestación de un objetivo, es decir, si un objetivo se satisface o no, los resultados NOC pueden utilizarse para controlar el progreso o ausencia de progreso, a lo largo de un proceso de cuidados y a través de diferentes entornos de cuidados. Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno, todas las especialidades y a lo largo de un continuo cuidado.

Los 260 resultados de la segunda edición están agrupados en 29 clases y 7 campos para facilitar su uso. Los siete campos son: (1) Salud funcional, (2) Salud fisiológica, (3) Salud psicosocial, (4) Conocimiento y conducta en salud, (5) Salud percibida, (6) Salud familiar y (7) Salud comunitaria. Cada resultado está ubicado en una única clase y tiene un solo número de código que facilita el uso de los resultados en sistemas de información clínica computarizados. Cada indicador de resultado y escala de medida tiene un único número de código relacionado con el número de código de resultado. La clasificación se actualiza continuamente para incluir nuevos resultados y revisar resultados antiguos basándose en nuevas investigaciones o en la retroalimentación del usuario¹³.

Determinación de las intervenciones de Enfermería¹⁴

Las intervenciones de Enfermería son actividades que realiza la enfermera para:

- Controlar el estado de salud.
- Prevenir, resolver o controlar un problema
- Ayudar a realizar las actividades de la vida diaria.
- Promover la máxima salud e independencia

La valoración de enfermería como intervención

La valoración se planifica específicamente para detectar o evaluar problemas concretos del paciente o para asegurarse de que las intervenciones se realizan de forma segura y eficaz. De hecho, la valoración es parte de todas las intervenciones. Su plan de

¹² Johnson, Maas y Moorhead, 2000, pág. 24.

¹³ Johnson, Maas y Moorhead, 2002, pp. 8,9.

¹⁴ R. Alfaro. *Aplicación del Proceso de Enfermería*, Ed. Mosby.. pp. 118,119

cuidados debería reflejar esta concienciación sobre la necesidad de valorar antes de actuar para asegurarse de que la acción es segura y apropiada, de valorar mientras está actuando para detectar reacciones adversas y de valorar después de actuar para determinar la respuesta.

Educación sanitaria

La educación sanitaria también es una actividad que se planifica específicamente para aumentar los conocimientos de alguien sobre un problema específico o como parte de cualquier intervención para explicar porque se hace. La educación sanitaria es una intervención de Enfermería esencial que debería ponerse en práctica siempre que sea posible.

Asesoría

Asesorar a los clientes para ayudarles a hacer los cambios o ajustes necesarios en sus vidas o ayudarles a hacer las selecciones correctas sobre sus cuidados de salud es una importante actividad de Enfermería.

Determinación de las órdenes de Enfermería

Cuando se determinan las intervenciones que se emplearán, deben redactarse las órdenes para que todas las enfermeras tengan instrucciones claras para la ejecución del plan de cuidados. Como valorar, hacer, enseñar y anotar son un aspecto importante de casi todas las acciones de Enfermería, cuando se escriban las órdenes de Enfermería considerar lo siguiente:

- Qué buscar
- Qué hacer
- Que enseñar
- Que anotar

Las órdenes de Enfermería deben ser específicas y claras e incluir lo siguiente:

- Fecha. Fecha en que se escribió la orden
- Verbo. Acción de realizar
- Sujeto. Quién tiene que realizarla
- Frase descriptiva. Cómo, cuándo, dónde, con qué frecuencia, durante cuánto tiempo y en qué medida
- Firma. Quién quiera que escriba una orden debe firmarla

Anotación del plan de cuidados¹⁵

En la anotación del plan de cuidados siga la política de su centro o escuela. Asegurarse de que los problemas prioritarios están en el plan de cuidados, estos problemas requieren intervenciones de Enfermería individualizados, no rutinarios, y los

¹⁵ R. Alfaro. *Aplicación del Proceso de Enfermería*, Ed. Mosby.. pp. 133,135

problemas que no están cubiertos por los planes estandarizados o las políticas institucionales.

En caso de estándares, protocolos o guías que dirijan los cuidados para cualquiera de los problemas, señale este hecho a lado del problema aplicable.

Ser breve y clara.

Usar abreviaturas aceptadas.

Formular objetivos a corto y largo plazo, y determinar fechas límites para el logro.

La planificación es un proceso continuado.

La anotación del plan de cuidados sirve para tres propósitos esenciales: a) facilitar la comunicación entre los profesionales de los cuidados, b) dirigir los cuidados y las anotaciones y c) proporcionar un registro escrito que pueda usarse más tarde para la evolución y el diagnóstico.

Establecimiento de prioridades.

El plan debe cubrir todos los estándares

Cuando se fijan prioridades y se consideran los estándares que influye en como desarrollar el plan, el paso siguiente es identificar objetivos (resultados esperados) claros y realistas. Los resultados esperados sirven para tres propósitos principales:

- a) Evaluación del logro de los objetivos
- b) Dirección de las intervenciones y
- c) Motivación para hacer las cosas.

Para cada diagnóstico de Enfermería que se anote en el plan debe desarrollar un resultado esperado centrado en el cliente. Los resultados esperados derivan directamente de los diagnósticos de Enfermería

Los objetivos centrados en el cliente centran la atención en los resultados esperados del plan.

Los resultados esperados de los problemas interdependientes son compartidos por la enfermera, el médico y otros profesionales implicados.

En los problemas interdependientes, las enfermeras tienen en exclusiva la responsabilidad de a) detectar, anotar e informar de los signos y síntomas de complicaciones cuando el médico no este presente, y b) iniciar intervenciones preescritas por la enfermera y preescritas por el médico para prevenir y tratar los problemas y sus complicaciones potenciales.

Valorar, enseñar, asesorar y consultar son intervenciones esenciales que pueden usarse solas para un propósito específico o como parte de otras intervenciones.

Las intervenciones específicas para los problemas son acciones prescritas para prevenir, eliminar o controlar un diagnóstico de Enfermería o un problema interdependiente.

Las órdenes prescritas por los médicos es probable que afecte a las intervenciones que prescribe la enfermera.

Asegurarse de que las órdenes son llevadas a cabo con rapidez y seguridad: a) valore antes de actuar para comprobar que las acciones todavía son apropiadas y valore durante y después de actuar para controlar la respuesta, y b) sea clara sobre que acción hay que realizar, porque se va realizar, como se va a hacerse, cuando va realizarse y, en el caso de la medicación, cuanto, durante cuanto tiempo y porque tiene que hacerse.

Determinar las acciones prescritas por la enfermera tanto para los diagnósticos de Enfermería como para los problemas interdependientes.

Antes de escribir las acciones, sopesar los riesgos y los beneficios de realizarlas y decidir si se esta dispuesta a ser responsable de las acciones que prescriba.

Para determinar todas las acciones necesarias, considere siempre lo que quiere que la enfermera valore, haga, enseñe y anote.

Los planes estandarizados son guías a considerar, adaptar e individualizar para cada paciente.

El plan anotado generalmente incluye los siguiente: a) un breve perfil del cliente (nombre, edad, sexo, talla, peso, razones para acudir al hospital) b) el objetivo para el alta c) Los problemas mas importantes del cliente d) las ordenes para las intervenciones de Enfermería y, e) un espacio para los comentarios de evaluación.

1.2.4.- Ejecución¹⁶

Ya se ha identificado los problemas y capacidades y se ha determinado un plan orientado al logro de los objetivos o resultados esperados, ahora empieza la ejecución opuesta en práctica del plan. La ejecución incluye las siguientes actividades:

- Preparación para dar y recibir el informe de cambio de turno.
- Valoración y revaloración.
- Establecimiento de prioridades diarias.
- Realización de las intervenciones de Enfermería.
- Registro.
- Dar el informe de cambio de turno.
- Evaluación continuada y mantenimiento del plan de cuidados actualizado

Pasos sugeridos para preparar la intervención

1. Revisar el plan y cerciorarse de que conoce las razones de las intervenciones.
2. Decidir si posee cualificaciones (conocimientos, habilidades y autoridad) para realizar estas intervenciones.
3. Averiguar si hay procedimientos, protocolos o estándares que detallen como debería de llevarse a cabo las intervenciones.
4. Valorar el estado actual del paciente y determinar si las intervenciones aún son apropiadas.
5. Hacerse un planteamiento general de lo que se va hacer, pensar en lo que podría suceder, que podría ir mal y que hacer en caso de que suceda.
6. Obtener los recursos necesarios y comprobar que ha planificado tiempo suficiente y un entorno agradable para realizar las intervenciones
7. Implicar al paciente, y a la familia. Explicar lo que va hacer, por que va hacerlo y cuanto tiempo tardará, anímeles a que expresen sus preguntas, sugerencias o preocupaciones.

¹⁶ R. Alfaro. *Aplicación del Proceso de Enfermería*, Ed. Mosby.. p. 150

La Taxonomía del NIC

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey y Gloria Bulechek en la Universidad de Iowa. El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente donde éste es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de la enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

La clasificación se actualiza continuamente, habiéndose publicado tres ediciones del texto de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, (1992, 1996 2000).

Las 486 intervenciones de la tercera edición están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso. Éstos últimos son: (1) Fisiológico: básico, (2) Fisiológico: complejo, (3) Conductual, (4) Seguridad, (5) Familia, (6) Sistema Sanitario y (7) Comunidad. Unas cuantas intervenciones están ubicadas en más de una clase, pero cada una tiene un número (código) que identifica la clase principal en la taxonomía. La NIC puede utilizarse en todos los entornos y en todas las especialidades¹⁷.

El lenguaje NIC incluye todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto independientes como de colaboración, así como cuidados directos e indirectos. Una intervención se define como “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de la enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente.”¹⁸

Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención, y una breve lista de referencias. La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que está estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza la NIC para documentar los cuidados. Sin embargo, estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre diez y treinta actividades por intervención, el profesional de la enfermería elige las más adecuadas para un individuo o familia concretos. Si lo considera necesario, puede añadir nuevas actividades, sin embargo, todas las modificaciones y adiciones deben ser congruentes con la definición de la intervención.

1.2.5.- Evaluación¹⁹

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio

¹⁷ Johnson, Maas y Moorhead, 2000, pp. 6-8.

¹⁸ McCloskey & Bulechek, 2000, pág. XIX.

¹⁹ *Ibid.* 170

sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la Enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

La evaluación de un plan de cuidados implica las siguientes actividades:

- Evaluación del logro de los resultados.
- Identificación de las variables, factores, que afecten el logro de los resultados esperados.
- Decidir sobre si continuar, modificar o dar por finalizado el plan de cuidado
- Continuación, modificación o finalización del plan.

Pasos para evaluar el logro de los resultados esperados.

- Realizar una valoración para redeterminar el estado actual de salud y la disponibilidad para comprobar el logro de los resultados esperados.
- Hacer una lista de los resultados esperados determinados en la planificación
- Valorar lo que el paciente es capaz de hacer en relación con los resultados esperados.
- Comparar la conducta del cliente con los resultados esperados.
- Anotar hallazgos

Identificación de las variables que afectan al logro de los resultados esperados

Cuando se haya determinado el logro de los resultados esperados, se podrá identificar las variables, o factores que afecten el logro del mismo. Hay que responderse a las siguientes preguntas.

1. ¿Las intervenciones han sido realistas y apropiadas para esta persona?
2. ¿Se realizaron las intervenciones de forma consistente tal como estaban planificadas?
3. Los problemas nuevos o las relaciones adversas ¿se detectaron tempranamente y se hicieron los cambios apropiados?
4. ¿Cuál es la opinión del paciente respecto al logro de los objetivos marcados en el plan de cuidados?
5. ¿Cuales fueron los factores que dificultaron el progreso?
6. ¿Cuáles fueron los factores que facilitaron el progreso?

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

El paso final consiste en tomar la decisión de si se continúa, modifica o finaliza el plan.

- Continuar con el plan si el paciente no ha logrado los objetivos, y no se ha identificado factores que dificulten o facilite los cuidados.
- Modificar el plan cuando los resultados esperados no se han logrado, y usted ha identificado factores que dificultan o facilitan los cuidados.
- Finalizar el plan si el paciente ha logrado los resultados esperados y demuestra habilidad para cuidar de si mismo.

Pasos para finalizar el plan de cuidados

1. Si ha identificado problemas que ya no requieren cuidados de Enfermería, pero necesitan cuidados médicos.
2. Determinar como se manejara en el domicilio los cuidados de salud.
3. Dar instrucciones verbales y escritas sobre: tratamiento, medicamentos, actividades, dieta, signos y síntomas de alarma.
4. una vez que haya enseñado al paciente y a la familia la información anterior, pedir que lo repita, utilizando las instrucciones por escritas si es necesario.
5. Si el paciente y familiares demuestran conocimiento de su auto cuidado, proceder a dar el alta según la política del hospital.

1.3.- GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión de Enfermería. Es durante el período de 1950 a 1996, que surge la teoría de Enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió la Enfermería en términos funcionales²⁰. ***“La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible,”*** afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición.

Para Henderson su definición de Enfermería no era definitiva, consideraba que cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición. En sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de Enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

1.3.1.- Tendencia y modelo

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de Enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado, el auto cuidado por parte del paciente, esta teoría se ubica en la categoría de Enfermería humanística, como arte y ciencia.

1.3.2.- Principales conceptos y definiciones

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definatoria de Enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de Enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las

²⁰ The Haurner, B. & Henderson, V. (1955). *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*. New York: McMillan

necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominadas por Henderson como cuidados básicos de Enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de Enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

1.3.3.- Definición de Enfermería²¹

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

1.3.4.- Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

1.3.5.- Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

1.3.6.- Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

1.3.7.- Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son²²:

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 (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.

²¹ *Ibid.*

²² Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing: A Definition and its Implication for Practice, Research and Education*. New York: McMillan.

9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Profesar su fe.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

1.3.8.- Supuestos principales²³

- La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas.
- La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.
- La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo
- Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

1.3.9.- Afirmaciones teóricas

1.3.9.1.- Relación enfermera – paciente

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

1.3.9.2.- Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

²³ Henderson, V.A. (1964) *The Nature of Nursing American Journal of Nursing*. Pag. 63, 64, 68.

1.3.9.3.- Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

1.4.- LUPUS ERITEMATOSO²⁴

1.4.1.- Definición

El **Lupus Eritematoso Sistémico**, también llamado por sus iniciales LES, o simplemente *Lupus*, es una enfermedad que origina un amplio espectro de problemas y puede simular diversos procesos en el transcurso del tiempo, en el mismo paciente. Puede originar erupciones cutáneas, artritis, anemia, convulsiones o problemas psiquiátricos

El lupus puede afectar cualquier parte del organismo, aunque los sitios más frecuentes son el corazón, las articulaciones, la piel, los pulmones, los vasos sanguíneos, el hígado, los riñones y el sistema nervioso. El curso de la enfermedad es impredecible, con periodos de crisis alternados con remisión. El lupus se presenta más comúnmente en africanos y en mujeres. Las primeras manifestaciones de la enfermedad se observan frecuentemente entre los 15 y 45 años de edad.¹ Aunque hasta el momento no hay una cura, los síntomas se tratan principalmente con corticosteroides e inmunosupresores

1.4.2.- Causas

El LES es una alteración del sistema inmunitario, que es el sistema que, normalmente, protege al organismo frente a infecciones y cánceres. En el LES, dicho sistema inmunitario es hiperactivo, y se producen importantes cantidades de anticuerpos anormales que reaccionan con los tejidos del propio paciente. La causa exacta del Lupus es desconocida, pero juegan un papel importante la herencia, factores del entorno y ciertos cambios hormonales.

Factores genéticos

- Presentación más frecuente (hasta 10 veces) en los familiares de pacientes con LES que en la población general.
- Mayor concordancia entre gemelos idénticos comparada con heterocigotos (60% vs 9%).
- Asociación de LES con antígenos HLA clase II (HLA-DR2 y DR3) tanto en raza blanca como negra.
- Asociación de LES con enfermedades hereditarias por deficiencia de complemento: C1r, C1s, C1, INH, C4, C2, C5 y C8, principalmente con deficiencia de C2.

²⁴ www.arrakis.es/~arvreuma/lupus.htm

- La deficiencia parcial de C2 en heterocigotos es también más frecuente, del 6% en LES vs 1% en normales. Esta anomalía congénita se asocia con HLA-A10 y HLA-B18.

Factores hormonales

- Predominio en mujeres, inicio con frecuencia en los periodos cercanos a la menarquia, durante el embarazo o en el periodo posparto y su relación con anticonceptivos orales y en particular con los que contienen estrógenos. Los estrógenos aumentan la producción de autoanticuerpos y son capaces de ocasionar depresión de la inmunidad celular.

Factores ambientales

- La relación entre la exposición a la luz solar y el inicio o la exacerbación del LES.
- Relación entre infección (virus y bacterias) y la exacerbación del LES.
- Exposición ocupacional a metales pesados como cadmio, mercurio y oro y otros elementos relacionados con la producción de anticuerpos antinucleares como sílice, pesticidas, polivinilo y otros.
- Participación de medicamentos en la inducción de anticuerpos antinucleares y lupus: procainamida, hidralazina, clorpromazina, isoniazida, propiltiouracilo y anticonvulsivantes.
- Relación entre LES e implantes de silicón y desnutrición proteocalórica.

Así, la prevalencia del LES varía en los distintos grupos de población, oscilando entre 300 y 400 pacientes por cada 100.000 habitantes. Es más frecuente en ciertos grupos étnicos, especialmente los negros, y más del 90% de los pacientes son mujeres.

1.4.3.- Diagnóstico

A causa de la amplia variedad de síntomas, el diagnóstico de Lupus puede ser difícil, y requiere cierta perspicacia por parte del médico que ve inicialmente al paciente. Entre las manifestaciones típicas del LES se incluyen:

- Erupción en las mejillas con aspecto de "alas de mariposa".
- Erupción cutánea en las zonas expuestas al sol.
- Úlceras en el paladar y en las fosas nasales.
- Artritis de una o más articulaciones.
- Inflamación de riñón (nefritis).
- Afectación del sistema nervioso, incluyendo convulsiones, alteraciones mentales o accidentes vasculares cerebrales (**ictus**).
- Pueden verse fiebre, adelgazamiento, pérdida del cabello, problemas circulatorios en los dedos de las manos y de los pies, dolor en el pecho al andar o con la inspiración profunda o dolor abdominal.

Las pruebas de laboratorio son determinantes para establecer el diagnóstico de LES, y se pueden encontrar una serie de alteraciones juntas o por separado:

- Número disminuido de glóbulos blancos (Leucopenia).
- Número disminuido de glóbulos rojos (Anemia).
- Número disminuido de plaquetas.
- Anomalías en análisis de orina.
- Disminución de las proteínas del *complemento* (un sistema de proteínas del plasma sanguíneo que forma parte del sistema inmunitario).
- Presencia de anticuerpos que no se encuentran en las personas sanas. En especial, los *anticuerpos antinucleares (ANA)* son casi siempre positivos en el LES.

A veces el diagnóstico exacto se retrasa, porque la enfermedad puede evolucionar gradualmente, simulando a su vez otras enfermedades.

1.4.4.- Tratamiento

El tratamiento del LES depende de las manifestaciones clínicas y de la actividad de la enfermedad en cada momento. Un diagnóstico precoz y preciso, el mejor conocimiento de las anomalías inmunológicas en el LES y diversos ensayos terapéuticos, han contribuido a mejorar el tratamiento de los pacientes con Lupus.

Las revisiones médicas periódicas y los controles analíticos son importantes para monitorizar el LES. El tratamiento medicamentoso debe individualizarse para cada paciente, dependiendo de sus problemas particulares y de la gravedad de su enfermedad

Lo primero es informar al paciente que el concepto de LES se ha modificado favorablemente en el curso de los dos últimos decenios y que se dispone ahora de mayores recursos para su tratamiento, de donde el pronóstico también es mejor.

Es importante orientar al paciente sobre los factores desencadenantes como la exposición prolongada al sol, situaciones de fatiga o estrés, procesos infecciosos, embarazo y posparto, así como el efecto potencial de algunos medicamentos capaces de inducir la formación de anticuerpos antinucleares.

Medidas generales

Se recomiendan reposo adecuado, dieta baja en grasas de origen animal y protección contra el sol. Siempre tener presente la agresividad potencial de infecciones oportunistas. Las medidas anticonceptivas deben considerarse por los inconvenientes de los estrógenos y progestágenos orales y los dispositivos intrauterinos, por ejemplo.

Tratamiento sintomático

Los AINE son útiles para controlar los síntomas musculoesqueléticos. Cuando hay alteraciones dermatológicas y de fotosensibilidad, se aconsejan las cloroquinas sin olvidar la poco frecuente pero posible afección retiniana relacionada tanto con la dosis como con el tiempo de administración de estos medicamentos.

La mayoría responden a los corticoesteroides a dosis variables dependiendo de los órganos comprometidos y la gravedad del caso. Deben administrarse durante la etapa activa del LES y reducir la dosis gradualmente según la respuesta clínica y las cifras de complemento. El medicamento más empleado es la prednisona. Se ha propuesto el empleo de pulsos o megadosis de metilprednisolona parenteral cuando no hay una respuesta satisfactoria a la vía oral y a otras medidas; en ocasiones se añaden pulsos de inmunodepresores como la ciclofosfamida. En la aplicación de estas medidas es conveniente el consejo del especialista.

Lo mismo es pertinente a propósito de otras drogas citotóxicas como los análogos de las purinas (azatioprina) y del ácido fólico (metotrexate) e inmunodepresores de linfocitos T como es la ciclosporina A.

Otras medidas a mencionar son la plasmaféresis y la radiación total con resultados no concluyentes. La esplenectomía se practica eventualmente en casos de púrpura trombocitopénica y anemia hemolítica cuando no hay respuesta a corticoesteroides y/o inmunodepresores.

1.4.5.- Enfermedad Renal²⁵

La participación renal se observa más o menos en la mitad de los pacientes con LES; suele ocurrir en plazo de dos años desde que reiniciaron los síntomas. La manifestación de presentación del LES puede ser la nefritis aguda o el síndrome nefrótico. La anomalía más frecuente es una glomérulonefritis ligera acompañada de proteinuria mínima, hematuria o ambas. Esta lesión al principio responde bien a la terapéutica, pero muchas veces recidiva, en forma ligera o con participación renal más grave. La glomérulonefritis aguda por lupus ocurre menos a menudo y se acompaña de grados variables de piuria, hematuria, proteinuria, retención de líquido, edema, hipertensión e hiperazoemia. El síndrome nefrótico se acompaña de proteinuria variable, con retención de líquidos y muchas veces, con valores normales de colesterol en el suero. El descubrimiento de piuria y fiebre en pacientes con LES, en especial en pacientes que toman corticosteroides, puede reflejar una infección de vías urinarias, más que una nefritis por Lupus.

La nefritis lúpica ocurre cuando (anticuerpos antinucleares y otros) y el complemento se acumulan en los riñones, anticuerpos causando inflamación. Esta enfermedad provoca

²⁵ Benson, P. *Tratado de Medicina Interna. Ed. Interamericana. 15ª. Edición. p. 213*

a menudo el síndrome nefrótico (excreción excesiva de proteína) y puede progresar rápidamente hasta convertirse en una insuficiencia renal. Los productos de los desechos nitrogenados se acumulan en el torrente sanguíneo.

El lupus eritematoso sistémico (LES) causa diversos trastornos de las estructuras internas del riñón, como nefritis intersticial y glomerulonefritis membranosa. La nefritis lúpica afecta aproximadamente a 3 de cada 10.000 personas. En niños con LES, alrededor de la mitad tendrá alguna forma o grado de compromiso renal.

El LES es más común en las mujeres entre 20 y 40 años.

Síntomas

Los síntomas de la nefritis lúpica abarcan:

- Sangre en la orina
- Orina con apariencia espumosa
- Presión arterial alta
- Hinchazón de cualquier área del cuerpo

Para ver los síntomas generales del lupus, ver el artículo sobre: lupus eritematoso sistémico

Signos y exámenes

Un examen físico muestra signos de disminución de la función renal con edema. La presión arterial puede estar alta. Se pueden escuchar sonidos anormales cuando el médico ausculta el corazón y los pulmones.

La nefritis lúpica generalmente se descubre durante un trabajo de investigación sobre las causas de la disminución de la función renal. En el momento en que se diagnostica la nefritis lúpica, menos de la mitad de las personas presenta otros síntomas de LES.

Los exámenes que se pueden llevar a cabo abarcan:

- Título de AAN (anticuerpos antinucleares)
- BUN y creatinina
- Examen de lupus
- Análisis de orina
- cadena ligera de inmunoglobina en orina

Una biopsia del riñón no se utiliza para diagnosticar la nefritis lúpica, sino para determinar cuál es el tratamiento adecuado.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es mejorar el funcionamiento de los riñones. Los medicamentos pueden abarcar corticosteroides u otros medicamentos inmunodepresores.

Es posible que la diálisis sea necesaria para controlar los síntomas de la insuficiencia renal. Se puede recomendar el trasplante de riñón, pero las personas con lupus activo no deben someterse a este procedimiento.

Expectativas (pronóstico)

El desenlace clínico varía dependiendo de la forma específica de la nefritis lúpica. Los pacientes pueden tener reagudizaciones alternando con períodos sin síntomas.

Algunos casos de nefritis lúpica pueden progresar hasta una insuficiencia renal crónica.

Aunque la nefritis lúpica puede reaparecer en un riñón trasplantado, casi nunca conduce a una enfermedad renal en estado terminal.

2.- METODOLOGIA

En esta primera fase del Proceso de Atención de Enfermería se eligió una paciente con diagnóstico de Lupus eritematoso con afección renal, ya que en el servicio de Reumatología del séptimo piso del Hospital de Especialidades del CMN la Raza, este padecimiento, ocupa los primeros lugares de ingreso al servicio.

La información se obtuvo siguiendo la guía de valoración con enfoque de Virginia Henderson, la cual está dividida en tres apartados:

- La primera parte de la guía abarca las necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación.
- La segunda fase de la guía contiene las necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.
- La tercera etapa de la guía considera las necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje y termorregulación.

Cada fase de la guía se responde con datos subjetivos y datos objetivos.

Con apoyo de esta guía se realizó el interrogatorio directo con la paciente y su familiar así mismo se obtuvo información en el expediente clínico, incluyendo datos de la hoja de enfermería.

En la etapa del Diagnóstico se llevó a cabo el análisis de la información recolectada y en el mismo orden de la guía se fueron formulando los Diagnósticos de Enfermería con la taxonomía de la NANDA anotando en cada Diagnóstico tres componentes: Título, características definitorias y factores etiológicos o relacionados, y los resultados esperados se determinaron con base en la taxonomía del NOC.

Posteriormente se elaboró un Plan de cuidados en donde se determinó como brindar los cuidados de enfermería de forma organizada e individualizada, se integra NANDA, NOC y NIC en donde se enlistan todas las intervenciones de Enfermería.

En la ejecución se trabajó por una semana con la paciente de acuerdo a la jerarquización de las necesidades detectadas.

No se pudieron valorar todos los resultados esperados ya que la paciente egresó.

3.- APLICACIÓN DEL PAE

3.1. PRESENTACION DEL CASO CLINICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: M. G. P. Edad: 19 a Peso: 79 Kg. Talla: 166mts.
Fecha de Nacimiento: 23 03 1987 Sexo: Femenino Ocupación: Hogar
Escolaridad: secundaria Fecha de Admisión: 23 de octubre
Hora: 18 hrs.
Procedencia: DF.
Fuente de información: Directa e Indirecta
Fiabilidad (1-4):
Miembro de la familia-persona significativa: esposo

La paciente presenta las siguientes necesidades afectadas: oxigenación, Nutrición/hidratación, Eliminación, Moverse y mantener una buena postura, Descanso y sueño, Higiene y protección de la piel, Evitar peligros, Comunicarse, Trabajar y realizarse, Jugar y participar en actividades recreativas y Aprendizaje.

3.2.- VALORACION

Valoración de necesidades humanas

Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a. Oxigenación

Subjetivo:

Disnea: Si Tos productiva seca: No Dolor asociado con la respiración: No
Fumador: No.

Desde cuando fuma cuantos cigarros al día – varía la cantidad según su estado emocional: No.

Objetivo:

Registros de signos vitales y características: 140/90mm de hg. 74 Fc temperatura 36.7° C., Fr.29. En este caso sólo frecuencia respiratoria esta alterada ya que se encuentra poliponeica.

Tos productiva / seca: No. Estado de conciencia: Alerta

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: Leve cianosis distal y peribucal

Circulación del retorno venoso: Sin problema

Otros: _____

b. Nutrición

Subjetivo:

Dieta habitual: Generalmente come de todo. Número de comidas diaria: 2 veces

Trastornos digestivos: No.

Intolerancia alimentaría / alergias: No

Problemas de la masticación deglución: No Patrón de ejercicio: No realiza

Objetivo:

Turgencia de la piel: Edema en miembros pélvicos Membranas mucosas hidratadas / secas: Mucosas orales semihidratadas.

Características de uñas – cabello: Sin Problemas

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Sin problemas.

Aspecto de los dientes y encías: Con dos caries en molares.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: No tiene.

Otros: _____

c. Eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacua una vez al día.

Características de las heces, orina y menstruación: Sin problemas.

Historia de hemorragias – enfermedades renales – otros: No

Uso de laxantes: No Hemorroides: No

Dolor al defecar – menstruar – orinar: No

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No hay influencia.

Otro:

Objetivo:

Abdomen/ características: Blando, adiposo

Ruidos Intestinales: Normales

Palpación de la vejiga urinaria: Sin problemas

Otros: Refiere dolor en la cintura.

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Se adapta, sin problemas

Ejercicio/ tipo y frecuencia: No realiza

Temperatura ambiental que le es agradable: Frío

Objetivo:

Características de la piel: Levemente reseca la piel.

Transpiración: Si

Condiciones del entorno físico: No le gusta la estancia en el hospital.

Otros: Se observa su piel reseca y ella comenta que por las sábanas del hospital.

Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Capacidad física cotidiana: Realiza sus actividades sin problema

Actividades en el tiempo libre: No

Hábitos de descanso: Duerme dos horas diarias o más

Hábitos de trabajo: No trabaja

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético: Sin problemas aparentemente

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: No se puede flexionar fácilmente por el leve edema en miembros inferiores y el tejido adiposo.

Posturas: Normal

Ayuda para la de ambulación: No necesita

Dolor con el movimiento: No tiene

Presencia de temblores: No tiene

Estado emocional: Algo triste

Otros: Edema en miembros pélvicos.

b) Descanso y sueño

Subjetivo

Horario de descanso: No tiene horarios. Horario de sueño: 22 hrs

Horas de descanso: Dos horas o más. Horas de sueño: 12 horas

Siesta: Dos horas. Ayudas: No necesita

¿Padece insomnio?: Si.

A que considera que se debe: Depresión.

¿Se siente descansado al levantarse?: En ocasiones.

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/ lenguaje: Se observa tranquila.

Ojeras: Si Atención: Si presta atención.

Bostezos: Si. Concentración: Esta atenta.

Apatía: No. Cefaleas: No.

Respuesta a estímulos: Hay respuesta a estímulos.

Otros:

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: No.

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: No.

¿Sus creencias le impiden vestirse como a Ud. le gustaría?: No.

¿Necesita ayuda para la selección de vestuario?: No.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si, se encuentra con pijama propia y apropiada.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: No tiene incapacidad.

Vestido incompleto: No.

Sucio: No. Inadecuado: No. otros: No.

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Diario.

Momento preferido para el baño: Por las tardes.

Cuántas veces se lava los dientes al día: Dos veces al día.

Aseo de manos antes y después de comer: Si lo practica.

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: No

Objetivo

Aspecto general: Se observa recién bañada.

Olor corporal: Limpio.

Halitosis: No tiene.

Estado del cuero cabelludo: Limpio.

Lesiones dérmicas que tipo: Enrojecimiento por el prurito, lesiones por edema y piel reseca

Otros: Refiere que hay comezón en todo su cuerpo.

e) Necesidades de evitar peligro

Subjetivo

Que miembros componen su familia de pertenencia: Su esposo y ella

Como reacciona ante una situación de urgencia: Le da temor

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: No

En el hogar: No

En el trabajo: No trabaja.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendado? Si

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Viendo televisión

Objetivo

Deformidades congénitas: No tiene.

Condiciones del ambiente en el hogar: Se percibe estable.

Trabajo: No tiene.

Otros:

Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje

a) Necesidades de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Casada. Años de relación: Un año 6/12. Vive con: Con su esposo.

Preocupaciones/estrés: No. Familiares: No

Otras personas que pueden ayudar: No.

Rol en la estructura familiar: Esposa.

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/ estado: Si, con su mamá.

Cuanto tiempo pasa sola: Tres horas aproximadamente.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: No trabaja.

Objetivo:

Habla claro: Si. Confusa: No.

Dificultad en la visión: No. Audición: Sin problemas.

Comunicación verbal/no verbal con la familia/ con otras personas significativas: Comunicación verbal con su mamá.

Otros: Su esposo si esta enterado de su enfermedad y de su estado anímico pero platica mas con su mama, su esposo trabaja y no platica sobre su enfermedad.

b) Necesidades de vivir según sus creencias y valores

Creencia religiosa: Católica.

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: No

Principales valores en su familia: Respeto responsabilidad, amor.

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: Si se observa.

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social religioso): Ninguno.

¿Permite el contacto físico?: SI.

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: Sí, una cruz.

Otros: Comenta poco con sus esposo respecto a su enfermedad pues él se encuentra trabajando.

c) Necesidades de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: No. Tipo de trabajo: No tiene.

Riesgos: No tiene. Cuanto tiempo le dedica al trabajo: No trabaja.

¿Está satisfecha con su trabajo?: No trabaja.

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/ o las de su familia?: No trabaja.

¿Esta satisfecho con el rol familiar que juega?: Si.

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/
Eufórico: Calmada, tranquila.

Otros: Le gustaría trabajar pero su enfermedad por ahora no le permite, y su esposo tampoco desea que trabaje.

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ver la T.V.

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: No

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: No sale.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: No.

Objetivo:

Integridad en el sistema neuromuscular: Se observa con buena coordinación neuromuscular.

¿Rechaza las actividades recreativas?: No, pero no tiene deseo de participar.

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: Aburrido.

Otro

e) Necesidades de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: Secundaria.

Problemas de aprendizaje: No tiene.

Limitaciones cognitivas: No tiene. Tipo:

Preferencias leer/escribir: Escribir y leer.

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje de su comunidad?: No

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?: No conoce.

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: Si.

Otros:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Normal.

Órganos de los sentidos: Sin problemas.

Estado emocional/ansiedad/dolor: Sin problemas.

Memoria reciente: Si.

Memoria remota: Si.

Otras manifestaciones: Desea aprender sobre su enfermedad pero dice que no tiene muchos estudios para entender

3.3.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Oxigenación

Grado de dependencia: Parcialmente dependiente

Diagnostico de Enfermería:

Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con desequilibrio ventilación perfusión, manifestado por agitación y disnea.

Nutrición / Hidratación

Grado de de dependencia: Parcialmente dependiente

Diagnostico de Enfermería:

Deterioro de la mucosa oral, relacionada con respiración bucal manifestado por xerostomía (boca seca).

Eliminación

Grado de dependencia: Parcialmente dependiente

Diagnostico de Enfermería:

Diarrea, relacionada con infección, manifestada por eliminación por lo menos de tres deposiciones líquidas por día.

Moverse y mantener una buena postura

Grado de dependencia: Parcialmente dependiente

Diagnostico de Enfermería:

Exceso de volumen de líquidos, relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores, manifestado por, aumento de peso en un corto periodo de tiempo, disminución de la hemoglobina y azoemia.

Descanso y sueño

Grado de dependencia: Parcialmente dependiente

Diagnostico de Enfermería:

Deprivación de sueño relacionado con malestar físico prolongado, manifestado por somnolencia diurna.

Usar prendas de vestir adecuadas

Grado de dependencia: Independencia

Termorregulación

Grado de dependencia: Independencia

Higiene y protección de la piel

Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la integridad cutánea relacionada con alteración en el estado de los líquidos, manifestado por alteración de la superficie de la epidermis

Evitar peligros

Grado de dependencia: Parcialmente Dependiente

Diagnóstico de Enfermería:

Temor relacionado con la falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales, manifestada por reducción de la seguridad en uno mismo.

Grado de dependencia: Parcialmente dependiente

Diagnóstico de Enfermería:

Conocimientos deficientes ante situaciones de urgencias, relacionada con limitación cognitiva, manifestada por verbalización del problema.

Comunicarse

Grado de dependencia: Parcialmente dependiente

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la comunicación verbal relacionado con alteración de la autoestima o del autoconcepto, manifestada por negativa voluntaria al hablar.

Vivir según sus creencias y valores

Grado de dependencia: Independiente

Trabajar y realizarse

Grado de dependencia: Parcialmente dependiente

Diagnóstico de Enfermería:

Baja autoestima situacional relacionado con alteración de la imagen corporal y deterioro funcional debido al daño renal.

Jugar y participar en actividades recreativas

Grado de dependencia: Parcialmente dependiente

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas, manifestado por afirmaciones de la persona de que se aburre.

Aprendizaje

Grado de dependencia: Parcialmente dependiente

Diagnóstico de Enfermería:

Disposición para mejorar los conocimientos sobre su enfermedad, manifestado por interés en el aprendizaje

3.4.- PLANEACION (Jerarquización de necesidades)

Necesidades encontradas	Necesidades jerarquizadas	NANDA (ED)	NOC
Oxigenación	Oxigenación	Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con desequilibrio ventilación perfusión, manifestado por agitación y disnea.	Intercambio alveolar del CO ₂ y O ₂ , para mantener las concentraciones de gases arteriales
Nutrición /Hidratación	Eliminación	Diarrea, relacionada con infección, manifestada por eliminación por lo menos de tres deposiciones líquidas por día	Capacidad del tracto gastrointestinal para formar heces de forma efectiva
Eliminación	Moverse y mantener una buena postura	Exceso de volumen de líquidos, relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores, manifestado por, aumento de peso en un corto periodo de tiempo, disminución de la hemoglobina y azoemia	Equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelular y extracelular
Moverse y Mantener una buena postra	Nutrición/ Hidratación	Deterioro de la mucosa oral, relacionada con respiración bucal manifestado por xerostomía (boca seca).	Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas
Descanso y Sueño	Higiene y protección de la Piel	Deterioro de la integridad cutánea relacionada con alteración en el estado de los líquidos, manifestado por alteración de la superficie de la epidermis	Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel
Higiene y protección de la piel	Aprendizaje	Disposición para mejorar los conocimientos sobre su enfermedad, manifestado por interés en el aprendizaje	Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta
Evitar peligros	Comunicarse	Deterioro de la comunicación verbal relacionado con alteración de la autoestima o del autoconcepto, manifestada por negativa voluntaria al hablar	Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo
Comunicarse	Evitar peligros	Temor relacionado con la falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales, manifestada por reducción de la seguridad en uno mismo.	Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable
Trabajar y realizarse	Descanso y sueño	Deprivación de sueño relacionado con malestar físico prolongado, manifestado por somnolencia diurna.	Magnitud y patrón de suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo
Jugar y participar en actividades recreativas	Jugar y participar en actividades recreativas	Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas, manifestado por afirmaciones de la persona de que se aburre.	Uso de las actividades de ocio o relajantes de cara a fomentar el bienestar
Aprendizaje	Trabajar realizarse	Baja autoestima situacional relacionado con alteración de la imagen corporal y deterioro funcional debido al daño renal.	Percepción positiva de la imagen y de las funciones corporales

3.5 PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCION RENAL DIAGNOSTICOS DE LA NANDA

ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C	M/C
Deterioro del intercambio gaseoso ¹	Desequilibrio ventilación perfusión	Agitación y disnea

NOC (RESULTADOS) ²	NIC (INTERVENCIONES) ACTIVIDADES ³
<p>ESTADO RESPIRATORIO: INTERCAMBIO GASEOSO Definición: Intercambio alveolar del CO2 y O2, para mantener las concentraciones de gases arteriales</p> <p>Dominio: Salud fisiológica Clase: cardiopulmonar Resultado Esperado: Intercambio gaseoso</p> <p>Indicadores: 040202 Facilidad de la respiración 040203 Ausencia de disnea en reposo</p> <p>Escala: Extremadamente comprometido (1), Sustancialmente Comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)</p>	<p>3320 Oxigenoterapia: Administración de oxígeno y control de su eficacia.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se preparo el equipo de oxígeno y se administro a través de un sistema humidificado. ➤ Se vigiló el flujo de litros de oxígeno ➤ Se comprobó la posición del dispositivo de aporte de oxígeno ➤ Se instruyó al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno ➤ Se comprobó periódicamente el dispositivo para asegurar que se administra la concentración prescrita ➤ Se aseguro la recolocación de la máscara/ cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo ➤ Se comprobó la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come ➤ Se observó la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno

¹ *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 123*

² *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 315*

³ *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 620.*

**PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCION RENAL
DIAGNOSTICOS DE LA NANDA**

ETIQUETA DIAGNOSTICA	R/C	M/P
Deterioro de la mucosa oral ⁴	Respiración bucal	Xerostomía (boca seca)
NOC (RESULTADOS) ⁵		NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) ⁶
<p>INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MUCOSAS 1101 Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas</p> <p>Dominio: Salud Fisiológica (II) Clase: Integridad Tisular Resultado esperado: Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Salud bucal</p> <p>Indicadores: 110104 Hidratación</p> <p>Escala: Extremadamente comprometida (1) Sustancialmente comprometida (2) Moderadamente comprometida (3) Levemente comprometida (4) No comprometida (5)</p>		<p>1720 Fomentar la salud bucal: Fomentar la higiene bucal y el cuidado dental en un paciente con salud bucal y dental normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se explico la necesidad del cuidado bucal diario como rutina ➤ Se inspecciono la mucosa bucal regularmente ➤ Se ayudo con el cepillado de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo a la capacidad de auto cuidado del paciente. ➤ Se aplico lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal. <p>1730 Restablecimiento de la salud bucal: Fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se fomento enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal o solución de peroxido de hidrógeno ➤ Se vigiló labios, lengua, membranas mucosas, fosas tonsilares y encías para determinar la humedad, color textura, presencia de restos e infección ➤ Se ayudó al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos

⁴ *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 148*

⁵ *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 343*

⁶ *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 409, 689*

**PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCION RENAL
DIAGNOSTICOS DE LA NANDA**

ETIQUETA DIAGNOSTICA ⁷	R/C	M/P
Diarrea	Infección	Lo menos de tres deposiciones al día

NOC (RESULTADOS) ⁸	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) ⁹
<p>ELIMINACIÓN INTESTINAL 0501 Definición: Capacidad del tracto gastrointestinal para formar heces de forma efectiva</p> <p>Dominio: Salud Fisiológica Clase: Eliminación Resultados esperados: Eliminación intestinal Equilibrio hídrico.</p> <p>Indicadores: 050111 Ausencia de diarrea 060117 Humedad de membranas mucosas</p> <p>Escala: Extremadamente comprometida (1) Sustancialmente comprometida (2) Moderadamente comprometida (3) Levemente comprometida (4) No comprometida (5)</p>	<p>0460 Manejo de la diarrea: Prevención y alivio de la diarrea.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se obtuvo una muestra de heces para realizar cultivo y determinar la sensibilidad, si la diarrea continuara ➤ Se evaluó el perfil de la medición por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales ➤ Se enseñó al paciente el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos ➤ Se solicitó al paciente/miembro familiar que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones ➤ Se evaluó la ingesta registrada para ver el contenido nutricional ➤ Se fomentó la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes y añadir fibras de forma gradual ➤ Se enseñó a la paciente a eliminar los alimentos que formen gases o picantes de la dieta ➤ Se sugirió la prueba de eliminar alimentos que contengan lactosa ➤ Se indicó al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca

⁷ *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 75*

⁸ *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 263*

⁹ *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 519*

	<ul style="list-style-type: none">➤ Se observar la turgencia de la piel regularmente➤ Se observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración➤ Se peso regularmente➤ Se notificó al medico sobre cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales➤ Se realizó consulta con el médico si persisten los signos y síntomas de la diarrea➤ Se enseñó a evitar laxantes➤ Se enseñó al paciente/un diario de comidas➤ Se enseñó al paciente técnicas de disminución de estrés➤ Se ayudó al paciente a practicar técnicas de disminución de estrés
--	--

**PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCION RENAL
DIAGNOSTICOS DE LA NANDA**

ETIQUETA DIAGNOSTICA ¹⁰	R/C	M/P
Exceso de volumen de líquidos	Compromiso de los mecanismos reguladores	Aumento de peso en corto tiempo disminución de hemoglobina y azoemia
NOC (RESULTADOS) ¹¹		NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) ¹²
<p>EQUILIBRIO ELECTROLÍTICO Y ACIDOBÁSICO</p> <p>Definición: Equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelular y extracelular</p> <p>Dominio: Salud Fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar Resultados esperado: Equilibrio electrolítico y acidobásico Equilibrio hídrico</p> <p>Escala: Extremadamente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)</p> <p>Indicadores: 060001 Frecuencia cardiaca 060003 Frecuencia respiratoria 060005 Sodio sérico DLN 060007 Cloruro DLN</p>		<p>4170 Manejo de la hipervolemia: Disminución del volumen de líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se peso diario y se evaluó tendencias ➤ Se vigilo nivele de albúmina y proteínas totales en suero ➤ Se observó el patrón respiratorio ➤ Se comprobó la función renal ➤ Se vigiló la ingesta y eliminación ➤ Se comprobó los signos vitales ➤ Se observó os cambios de edema periférico ➤ Se realizó el seguimiento de los resultados de laboratorio y relevantes en la retención de líquidos ➤ Se ajusto la frecuencia de flujo de perfusión intravenosa (transfusión sanguíneo) ➤ Se vigiló líquidos IV prescritos ➤ Se administró diuréticos prescritos ➤ Se observó el efecto terapéutico del diurético ➤ Se explico al paciente la razón de la utilización de diuréticos ➤ Se vigilo la integridad de la piel (vigilar zonas de riesgo de roturas, disponer frecuentes cambios de postura, evitar la formación de úlceras y

¹⁰ *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 225*

¹¹ *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 269*

¹² *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 524*

<p>060012 Creatinina sérica DLN 060013 Bicarbonato sérico DL 060017 Orientación cognitiva 060018 Fuerza muscular 060020 Ausencia de hormigueo en extremidades 040120 Ausencia de edema periférico</p>	<p>proporcionar una nutrición adecuada</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Se observe si produce una diuresis excesiva
---	--

**PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCIÓN RENAL
DIAGNÓSTICOS DE LA NANDA**

ETIQUETA DIAGNÓSTICA ¹³	R/C	M/P
Deprivación del sueño	Malestar físico	Somnolencia diurna

NOC (RESULTADOS) ¹⁴	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) ¹⁵
<p>SUEÑO 0004 Definición: Magnitud y patrón de suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo</p> <p>Dominio: Salud Funcional Clase: Mantenimiento de la energía Resultado esperado: sueño</p> <p>Escala: Extremadamente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)</p> <p>Indicadores: 000401 Horas de sueño cumplidas 000403 Patrón del sueño 000407 Hábito del sueño 000406 Sueño ininterrumpido</p>	<p>1850 Fomentar el sueño: Facilitar ciclos regulares de sueño/ vigilia</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se determinó el esquema del sueño/vigilia del paciente ➤ Se explico la importancia de un sueño adecuado ➤ Se comprobó el esquema del sueño del paciente y se observo las circunstancias físicas ➤ Se ajusto el ambiente (luz, ruidos, temperatura) ➤ Se animo a la paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama ➤ Se ayudo a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama ➤ Se controlo la ingesta de alimentos y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño ➤ Se ayudo al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo de una actividad que favorezca la vigilia <p>5820 Técnicas de relajación: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta distrés agudo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se hablo con el paciente ➤ Se orientó a favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente

¹³ *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 198*

¹⁴ *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 402*

¹⁵ *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 407,713, 741, 737*

- Se identificó a los seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente
- Se reafirmo a la paciente seguridad
- Se ofreció líquidos o leche caliente

4400 Terapia Musical: Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.

- Se identificó la preferencias musicales del paciente
- Se eligió selecciones de música particularmente representativas de las preferencias de la paciente
- Se eligió el volumen adecuado

6040 Terapia de relajación simple: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular simple o ansiedad.

- Se explico el fundamento de la relajación y sus beneficios, limites y tipos de relajación disponibles
- Se determino si alguna relajación ha sido útil en el pasado
- Se comento de conductas que estén condicionadas para producir relajación, como reparación profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz
- Se oriento a utilizar un tono de voz bajo, diciendo las palabras lentas y rítmicamente
- Se le dio un tiempo sin molestar ya que el paciente puede quedarse dormido
- Se evaluó regularmente el informe de relajación conseguida del individuo, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardiaca, presión sanguínea y temperatura de la piel

**PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCION RENAL
DIAGNOSTICOS DE LA NANDA**

ETIQUETA DIAGNOSTICA ¹⁶	R/C	M/P
Deterioro de la integridad cutánea	Alteración en el estado de los líquidos	Alteración de la superficie de la epidermis

NOC (RESULTADOS) ¹⁷	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) ¹⁸
<p>INTEGRIDAD TISULAR: PIEL 1101 Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel</p> <p>Dominio: Salud Fisiológica Clase: Integridad Tisular Resultados esperados: Curación de la herida por primera intención</p> <p>Escala: Extremadamente comprometida (1) Sustancialmente comprometida (2) Moderadamente comprometida (3) Levemente comprometida (4) No comprometida (5)</p> <p>Indicadores: 110103 Elasticidad (ERE)* 110104 Hidratación (ERE) 110108 Textura (ERE) 110113 Piel intacta</p> <p>* (ERE) En el Rango Esperado</p>	<p>3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico: Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se oriento para evitar el uso de ropa áspera ➤ Se realizó la limpieza con jabón antibacteriano ➤ Se retiró el espadrapo y los restos ➤ Se proporcionó soporte a las zonas edematosas ➤ Se dio masajes en zonas afectadas ➤ No se aplicó calor local ➤ Se mantuvo la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas ➤ No se aplicó jabones alcalino en la piel ➤ Se aplicó protectores en los talones ➤ Se inspecciono diariamente la piel

¹⁶ *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 119*

¹⁷ *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 343*

¹⁸ *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 275*

**PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCION RENAL
DIAGNOSTICOS DE LA NANDA**

ETIQUETA DIAGNOSTICA ¹⁹	R/C	M/P
Temor	La falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales	Reducción de la seguridad en uno mismo
NOC (RESULTADOS) ²⁰		NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) ²¹
<p>CONTROL DEL MIEDO (1404) Definición: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable</p> <p>Dominio: Salud psicosocial Clase: Autocontrol Resultado esperado: Control del miedo Escala: Nunca manifestado (1) Raramente manifestado (2) En ocasiones manifestado (3) Con frecuencia manifestado (4) Manifestado constantemente (5) Indicadores 140401 Supervisa la intensidad del miedo 140402 Elimina los factores precursores del miedo 140403 Busca información para reducir el miedo 140405 Planea estrategias para superar las situaciones posibles</p>		<p>5380 Potenciación de la seguridad: Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se le pidió mostrar calma ➤ Se paso tiempo con el paciente ➤ Se evito producir situaciones emocionales intensas ➤ Se escucho los miedos del paciente ➤ Se discutió situaciones específicas o sobre personas que amenazan al paciente o a la familia ➤ Se respondió a las preguntas sobre su salud de una manera sincera ➤ Se ayudó a la paciente a identificar los factores que aumentan el estado de seguridad ➤ Se ayudo a la paciente a identificar las respuestas habituales a su capacidad de resolución de problemas <p>5430 Grupo de apoyo: Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar grupos de apoyo durante las etapas transicionales para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida

¹⁹ *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 206*

²⁰ *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 201*

²¹ *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 637, 437*

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">➤ Mantener una presión positiva para el cambio de conducta➤ Enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas |
|--|---|

**PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCION RENAL
DIAGNOSTICOS DE LA NANDA**

ETIQUETA DIAGNOSTICA ²²	R/C	M/P
Conocimiento deficiente ante la situación de urgencia	La limitación cognitiva	Verbalización del problema

NOC (RESULTADOS) ²³	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) ²⁴
<p>CONOCIMIENTO: ASISTENCIA MÉDICA 1824 Definición: Magnitud de la comprensión sobre la información relacionada con la enfermedad necesaria para alcanzar y mantener una salud óptima.</p> <p>Dominio: conocimiento y conducta en salud Clase: conocimiento sobre la salud Resultado esperado: Conocimiento: proceso de la enfermedad</p> <p>Escala: Ninguno: (1) Escaso (2) Moderado (3) Sustancial (4) Extenso (5)</p> <p>Indicadores 182401 Dieta 182402 Proceso de la enfermedad 182403 Conservación de la energía 182404 Control de la infección 182405 Medicación 182406 Actividad prescrita</p>	<p>5606 Enseñanza individual: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se estableció compenetración ➤ Se estableció la credibilidad del educador ➤ Se determinó las necesidades de enseñanza del paciente ➤ Se valoró el nivel educativo del paciente ➤ Se valoró las capacidades/incapacidades cognoscitivas de la paciente ➤ Se determinó la capacidad de la paciente para asimilar la información específica ➤ Se determinó la motivación de la paciente para asimilar la información ➤ Se potencializó la disponibilidad de la paciente para aprender ➤ Se estableció metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente ➤ Se valoró el estilo d aprendizaje del paciente ➤ Se selecciono los métodos /estrategias de enseñanza del paciente

²² *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 57*

²³ *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 154*

²⁴ *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 348*

<p>182408 Régimen terapéutico 182409 Recursos sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ Se selecciono los materiales educativos adecuados➤ Se ajusto contenido de acuerdo a las capacidades➤ Se proporciono un ambiente que conduzca al aprendizaje➤ Se instruyo a la paciente➤ Se evaluó la consecución de los objetivos establecidos por el paciente➤ Se reforzó la conducta➤ Se corrigió las malas interpretaciones de la información➤ Se dio tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta inquietudes➤ Se registró el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente de la información o las conductas de la paciente que indiquen aprendizaje
---	--

**PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCION RENAL
DIAGNOSTICOS DE LA NANDA**

ETIQUETA DIAGNOSTICA ²⁵	R/C	M/P
Deterioro de la comunicación verbal	Alteración de la autoestima o del autoconcepto	Negativa voluntaria al hablar

NOC (RESULTADOS) ²⁶	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) ²⁷
<p>AUTOESTIMA 1205 Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo</p> <p>Dominio: Salud psicosocial Clase: bienestar psicológico Resultados esperados: Comunicación: capacidad expresiva</p> <p>Escala: Nunca positivo (1) Raramente positivo (2) En ocasiones positivo (3) Con frecuencia positivo (4) Constantemente positivo (5)</p> <p>Indicadores: 120501 Verbalización de auto aceptación 120502 Aceptación de las propias limitaciones 120507 Comunicación abierta 120511 Nivel de confianza 120518 Descripción de estar orgulloso 150213 Confianza</p>	<p>5400 Potenciación de la autoestima : Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se observo y escucho las frases del paciente sobre su propia valía ➤ Se determino la confianza de la paciente en sus propios juicios ➤ Se animo al paciente a identificar sus virtudes ➤ Se fomento el contacto visual al comunicarse con otras personas ➤ Se proporciono experiencias que aumenten la autonomía de la paciente ➤ Se ayudo al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás ➤ No se aceptaron críticas y negativas si mismo ➤ Se fomento el aumento de la responsabilidad de si mismo ➤ Se animo a la paciente a evaluar su propia conducta ➤ Se animo a la paciente a que acepte nuevos desafíos ➤ Se facilito un ambiente y actividades que aumenten la autoestima

²⁵ *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 46,47*

²⁶ *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 118*

²⁷ *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 628*

	<ul style="list-style-type: none">➤ Se ayudo a la paciente a identificar la importancia de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima y los niveles de autoestima en el tiempo➤ Se ayudo a la paciente a identificar las respuestas positivas de los demás➤ Abstenerse de burlarse➤ Se mostró confianza en la capacidad de la paciente para controlar una situación➤ Se ayudo establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima mas alta➤ Se ayudo a la paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de si mismo
--	--

**PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCION RENAL
DIAGNOSTICOS DE LA NANDA**

ETIQUETA DIAGNOSTICA ²⁸	R/C	M/P
Baja autoestima situacional	La alteración de la imagen corporal	Evaluación de si misma como incapaz de afrontar la situación

NOC (RESULTADOS) ²⁹	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) ³⁰
<p>IMAGEN CORPORAL 1200</p> <p>Definición: Percepción positiva de la imagen y de las funciones corporales</p> <p>Dominio: Salud psicosocial Clase: Bienestar psicosocial Resultados esperados: Autoestima</p> <p>Escala: Nunca positivo (1) Raramente positivo (2) En ocasiones positivo (3) Con frecuencia positivo (4) Constantemente positivo (5)</p> <p>Indicadores: 120001 Imagen interna de si misma 120002 Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal 120003 Descripción de la parte corporal afectada 120005 Satisfacción con el aspecto corporal 120006 satisfacción co la función corporal 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico</p>	<p>5220 POTENCIACION DE LA IMAGEN CORPORAL: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes del paciente hacia su cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se ayudo a discutir los cambios causados por la enfermedad ➤ Se ayudo a la paciente separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal ➤ Se ayudo a la paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ella ➤ Se ayudo a identificar acciones que mejoren su aspecto ➤ Se ayudo a la paciente hospitalizado a aplicarse cosméticos antes de recibir visita

²⁸ *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 34*

²⁹ *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 339*

³⁰ *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 348,633*

120008 Adaptación a cambios en la función corporal 120010 Voluntad para utilizar estrategias que mejoren el aspecto y la función	
--	--

**PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCION RENAL
DIAGNOSTICOS DE LA NANDA**

ETIQUETA DIAGNOSTICA ³¹	R/C	M/P
Déficit de actividades recreativas	Entorno desprovisto de actividades recreativas	Afirmaciones de la persona de que se aburre

NOC (RESULTADOS) ³²	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) ³³
<p>PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO 1604 Definición: Uso de las actividades de ocio o relajantes de cara a fomentar el bienestar</p> <p>Dominio: Conocimiento y conducta en salud Clase: Conducta en salud Resultados esperados: Participación en juegos Escala: No adecuada (1) Ligeramente adecuada (2) Moderadamente adecuada (3) Sustancialmente adecuada (4) Completamente adecuada (5)</p> <p>Indicadores: 160401 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual 160402 Expresión de satisfacción con las actividades de ocio 160404 Refiere relajación con las actividades 1600405 Demostración de creatividad</p>	<p>5360 Terapia de entretenimiento: Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar a actividades recreativas favoritas ➤ Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherente con sus capacidades ➤ Establecer nuevas actividades recreativas ➤ Establecer actividades recreativas que disminuyan la ansiedad

³¹ *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 3*

³² *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 367*

³³ *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 635,730*

**PLAN DE CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO CON AFECCION RENAL
DIAGNOSTICOS DE LA NANDA**

ETIQUETA DIAGNOSTICA ³⁴	R/C	M/P
Disposición para mejorar los conocimientos sobre su enfermedad		Interés en el aprendizaje

NOC (RESULTADOS) ³⁵	NIC INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) ³⁶
<p>CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD 1803 Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta</p> <p>Dominio: Conocimiento y conducta en salud Clase: Conocimiento sobre la salud Resultado esperado: Conocimiento: proceso de la enfermedad</p> <p>Escala: Ninguno (1) Escaso (2) Moderado (3) Sustancial (4) Extenso (5)</p> <p>Indicadores: 180301 Familiaridad con el nombre de la enfermedad 180302 Descripción del proceso de la enfermedad 180303 Descripción de la causa o factores contribuyentes 180306 Descripción de los signos y síntomas y de las</p>	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar el nivel de conocimientos de la paciente relacionado con el proceso de la enfermedad ➤ Identificar las etiologías posibles ➤ Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad ➤ Describir el proceso de la enfermedad ➤ Comentar los cambios en el estilo de vida que quedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones ➤ Describir las posibles complicaciones crónicas ➤ Instruir a la paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad ➤ Evitar promesas tranquilizadoras vacías ➤ Describir las recomendaciones del control/terapia y tratamiento

³⁴ *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA. Ed. Elsevier. 48*

³⁵ *Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición, Morread, S. – Maas, M. – Johnson, M. 176*

³⁶ *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Tercera Edición, McCloskey Dochterman, J. – Bulechek, G.M. 360*

complicaciones 180308 Descripción de medidas para minimizar la progresión de la enfermedad	
--	--

4.- CONCLUSIONES

Elaborar un proceso enfermero personalizado, a partir de la metodología propuesta por Virginia Henderson fue enriquecedor, ya que me permitió establecer un contacto muy directo con la paciente y con el familiar.

Por otro lado, considero, que aplicar el proceso enfermero guía a la enfermera a cubrir aspectos humanos y sentimientos que el paciente generalmente no expresa tan fácilmente, esto me permitió atender a la paciente en forma holística.

Al elaborar los diagnósticos enfermeros, las intervenciones de enfermería se convierten en acciones medibles y por consiguiente se puede calificar el resultado, según los indicadores y la escala de Likert por consiguiente, el personal de enfermería, al conocer las respuestas humanas, tanto fisiológicas como emocionales de la paciente, habrá de asumir su papel con mayor responsabilidad y el planear el cuidado enfermero, le obligará a realizar su quehacer de manera fundamentada sin omitir un cuidado esencial en la atención de un paciente.

En cuanto a los resultados de las intervenciones de enfermería, sólo mencionaré los indicadores y los valores que se obtuvieron en la escala con cada plan de cuidado aplicado.

ESTADO RESPIRATORIO: INTERCAMBIO GASEOSO

Indicadores:

040202 Facilidad de la respiración

040203 Ausencia de disnea en reposo

Escala: Levemente comprometido (4)

Se resolvió al segunda día, por la aplicación de diuréticos.

INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MUCOSAS

Indicadores:

110104 Hidratación

No comprometida (5)

Se evito lesiones en la mucosa oral por la aplicación de pomadas y crema tópicas

ELIMINACIÓN INTESTINAL

Indicadores:

050111 Ausencia de diarrea

060117 Humedad de membranas mucosas

No comprometida (5)

Se resolvió en el segundo día, por la administración de antidiarreicos y antibióticos

EQUILIBRIO ELECTROLÍTICO Y ACIDOBÁSICO

Indicadores:

060001 Frecuencia cardiaca

060003 Frecuencia respiratoria

060005 Sodio sérico DLN

060007 Cloruro DLN

Levemente comprometido (4)

Se resolvió entre el segundo y tercer día por el control de líquidos.

SUEÑO

Indicadores:

000401 Horas de sueño cumplidas

000403 Patrón del sueño

000407 Hábito del sueño

000406 Sueño ininterrumpido

Levemente comprometido (4)

Se resolvió entre el cuarto y quinto día después de varias terapias de relajación

INTEGRIDAD TISULAR: PIEL

Indicadores:

110103 Elasticidad (ERE)*

110104 Hidratación (ERE)

110108 Textura (ERE)

110113 Piel intacta

110103 Elasticidad (ERE)*

110104 Hidratación (ERE)

110108 Textura (ERE)

110113 Piel intacta

No comprometida (5)

Se resolvió desde el primer día ya que se oriento a la paciente y al familiar de terapias físicas y tópicas.

Los siguientes seis planes de cuidado se resolvieron parcialmente ya que se careció de suficiente tiempo para valorar la participación de la paciente, por no haber continuidad en el proceso de atención, en vista de los cambios de turnos institucionales que no se ciñen al PAE.

Por último agregaré que para poder llevar acabo un Proceso Atención de Enfermería con interrelación NANDA- NOC-NIC, se requiere de un cambio estructural en las políticas de las instituciones educativas, pues existen escuelas que se están poniendo de acuerdo para definir como enseñarlo, o incluso si se debe aplicar.

Además considero que la hoja de Registros Clínicos de Enfermería del IMSS carece de todos los elementos para una valoración integral del paciente.

5.- SUGERENCIAS

A continuación señalo algunos factores que, a mi juicio, deberían tomarse en cuenta para la estandarización del Proceso Atención de Enfermería.

- a. Que se homologue el PAE en los programas de estudio en las escuelas a nivel licenciatura.
- b. Que se eliminen las escuelas con programas a nivel técnico.
- c. Que Sector Salud institucionalice la aplicación del PAE

6.- BIBLIOGRAFÍA

McCloskey, Joanne C. y Bulechek, Gloria, M. (2002). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. 3ª Edición. Publicación Harcourt.

Johnson, Marion, Maas, Merodean y Morread, Sue. (2001). *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)*. 2ª Edición. Publicación Harcourt-Mosby.

Lewis, Sharon, M. , Heitkemper, Margaret M. y Dirksen, Sjannon R. (2004). *Enfermería Medicoquirúrgica*. 6ª Edición. Publicación Elsevier-Mosby.

Rodríguez Sánchez Bertha A. (2006). *Proceso Enfermero*. 1ª Edición. Ediciones Cuellar

McCloskey, Joanne C., Bulechek, Gloria, M., Johnson, Marion., Maas, Merodean. y Morread, Sue. (2002). *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones*. Ed. Harcourt-Mosby.

Tomey, Ann, M., y Alligood Martha, R. (1999). *Modelos y Teorías de Enfermería*. 4ª Edición. Ed. Harcourt-Brace.

Comité Editorial. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. (2005-2006). Publicación Elsevier

Comité Editorial. (1989). *El Manual Merck*. 8ª Edición. Ediciones Doyma.

Beeson, Paul, B., McDermott, Walsh, Wyngarden, James, B. (1983). *Tratado de Medicina Interna*. Tomo I. 15ª Edición. Editorial Interamericana.

Alfaro, Rosalinda. (1995). *Aplicación del Proceso de Enfermería*. 2ª Edición. Editorial Mosby-Doyma.

Antología. *Fundamentos de Enfermería*. UNAM. ENEO. SUA.

7.- ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _ Edad: _ Peso: Talla:
Fecha de Nacimiento: Sexo: Ocupación:
Hora: _
Escolaridad: Fecha de Admisión:
Procedencia:
Fuente de información:
Fiabilidad (1-4):
Miembro de la familia-persona significativa:

Valoración de necesidades humanas

Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a. Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a:

Tos productiva seca:

Dolor asociado con la respiración: Fumador:

Desde cuando fuma cuantos cigarrillos al día – varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registros de signos vitales y características: Tos productiva / seca: Estado de conciencia:

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal:

Otros: _____

b. Nutrición

Subjetivo:

Dieta habitual: Número de comidas diaria:

Trastornos digestivos:

Intolerancia alimentaria / alergias:

Problemas de la masticación deglución:

Patrón de ejercicio:

Objetivo:

Turgencia de la piel:

Membranas mucosas hidratadas / secas:

Características de uñas – cabello:

Funcionamiento neuromuscular y esquelético:

Aspecto de los dientes y encías:

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:

Otros: _____

c. Eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales:

Características de las heces, orina y menstruación:

Historia de hemorragias – enfermedades renales – otros:

Uso de laxantes: No Hemorroides:

Dolor al defecar – menstruar – orinar:

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:

Otro:

Objetivo:

Abdomen/ características:

Ruidos Intestinales:

Palpación de la vejiga urinaria:

Otros:

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:

Ejercicio/ tipo y frecuencia:

Temperatura ambiental que le es agradable:

Objetivo:

Características de la piel:

Transpiración:

Condiciones del entorno físico:

Otros:

Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Capacidad física cotidiana:
Actividades en el tiempo libre:
Hábitos de descanso:
Hábitos de trabajo:

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético:
Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad:
Posturas: Ayuda para la de ambulación:
Dolor con el movimiento: Presencia de temblores:
Estado emocional:
Otros:

b) Descanso y sueño

Subjetivo

Horario de descanso:
Horario de sueño:
Horas de descanso:
Horas de sueño:
Siesta: Ayuda:
¿Padece insomnio?:
A que considera que se debe:
¿Se siente descansado al levantarse?:

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/ lenguaje:
Ojeras: Si Atención:
Bostezos: Concentración: Apatía: Cefaleas: _
Respuesta a estímulos:
Otros:

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?:

¿Sus creencias le impiden vestirse como a Ud. le gustaría?:

¿Necesita ayuda para la selección de vestuario?:

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad:

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:

Vestido incompleto:

Sucio: Inadecuado: _otros:

:

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia de aseo:

Momento preferido para el baño:

Cuántas veces se lava los dientes al día:

Aseo de manos antes y después de comer:

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?:

Objetivo

Aspecto general:

Olor corporal:

Halitosis:

Estado del cuero cabelludo:

Lesiones dérmicas que tipo:

Otros:

e) Necesidades de evitar peligro

Subjetivo

Que miembros componen su familia de pertenencia:

Como reacciona ante una situación de urgencia:

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?:

En el hogar:

En el trabajo:

¿Realiza controles periódicos de salud recomendado?:

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:

Objetivo:

Deformidades congénitas:

Condiciones del ambiente en el hogar:

Trabajo:

Otros:

Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje

a) Necesidades de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Años de relación: Vive con:

Preocupaciones/estrés: Familiares:

Otras personas que pueden ayudar:

Rol en la estructura familiar:

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/ estado:

Cuanto tiempo pasa sola:

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo:

Objetivo:

Habla claro: Confusa:

Dificultad en la visión: Audición:

Comunicación verbal/no verbal con la familia/ con otras personas significativas:

Otros:

b) Necesidades de vivir según sus creencias y valores

Creencia religiosa:

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?:

Principales valores en su familia:

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?:

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social religioso):

¿Permite el contacto físico?:

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?:

Otros:

c) Necesidades de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: Tipo de trabajo:

Riesgos: Cuanto tiempo le dedica al trabajo:

¿Esta satisfecho con su trabajo?:

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/ o las de su familia?:

¿Esta satisfecho con el rol familiar que juega?:

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/

Eufórico:

Otros:

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?:

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?:

Objetivo:

Integridad en el sistema neuromuscular:

¿Rechaza las actividades recreativas?:

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?:

Otros:

e) Necesidades de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación:

Problemas de aprendizaje:

Limitaciones cognitivas: Tipo:

Preferencias leer/escribir:

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje de su comunidad?:

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?:

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?:

Otros:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso:
Órganos de los sentidos:
Estado emocional/ansiedad/dolor:
Memoria reciente:
Memoria remota:
Otras manifestaciones: