



**UNIVERSIDAD MICHOCANA
DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ENFERMERÍA

APLICADO A UN CASO CLÍNICO DE LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO BASADO
EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

P.L.E. MARÍA GUADALUPE CAMPANUR ZAMORA

ASESORAS:

L.E.O. MA. LILIA ALICIA ALCANTAR ZAVALA

M. EN EDUC. MA. MARTHA MARIN LAREDO

MORELIA, MICHOCÁN ABRIL DE 2008

DIRECTIVOS

M.C JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

L.E.D MA. DE JESUS RUIZ RECENDIZ

SECRETARÍA ACADÉMICA

L.E.D ANA CELIA ANGUIANO MORAN

SECRETARÍA ADMINISTRATIVA

JURADO

L.E.O. MA. LILIA ALICIA ALCANTAR ZAVALA

PRESIDENTA

M. EN EDUC. MA. MARTHA MARIN LAREDO

PRIMER VOCAL

DR. BRUNO MONTESANO CASTELLANOS

SEGUNDO VOCAL

DR. JOSÉ CARMEN LEDESMA MORALES

SUPLENTE

DEDICATORIAS

A Dios, por acompañarme en estos cinco años, donde muchas veces me sentí sola, gracias por darme el apoyo en los tiempos difíciles.

Dedico este triunfo a mi familia, mi mayor orgullo y ejemplo, A mis padres Ramiro Campanur y Gabriela Zamora, quienes me han enseñado a ser lo que soy, que me han mostrado el camino de rectitud y me han alentado siempre a dar lo mejor de mí, a pesar de la distancia y las adversidades.

A mis hermanos, Verónica, Ramiro y Juan Manuel por apoyarme en todo momento aún en mis errores, por preocuparse por mí.

Con Amor y Gratitud

P.L.E. María Guadalupe Campanur Zamora

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres y Hermanos:

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo y comprensión en los momentos difíciles.

Gracias por haber fomentado en mí, el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, por compartir mis penas y mis alegrías, mis pequeñas victorias y mis dolorosos fracasos, siempre recibiendo de ustedes la palabra de aliento que me dio la fuerza para seguir luchando.

Hoy, me dispongo a conquistar nuevas metas y a lograr mi realización personal; A Dios y a ustedes debo este logro, y con ustedes lo comparto.

A la familia Álvarez Campos, gracias por su apoyo incondicional y en especial a Lupita Álvarez Campos gracias por tu amistad y por tus palabras de aliento siempre tan acertadas.

A mi Asesora:

L.E.O Ma. Lilia Alicia Alcantar Zavala por compartir conmigo sus conocimientos para la realización de este proceso enfermero.

¡GRACIAS!

P.L.E María Guadalupe Campanur Zamora

CONTENIDO

DIRECTIVOS	
JURADO	
DEDICATORIOAS	
AGRADECIMIENTO	
I.-INTRODUCCIÓN	
II.-JUSTIFICACIÓN	
III.-OBJETIVOS	
3.1.-General	
3.2.-Específicos	
IV.-MARCO TEÓRICO	
4.1.-Proceso de Enfermería	
4.1.1.-Antecedentes Históricos	
4.1.2.-Concepto	
4.1.3.-Objetivos del Proceso de Enfermería	
4.1.4.-Ventajas del Proceso de Enfermería	
4.1.4.1.-Para la Profesión	
4.1.4.2.-Para el Cliente	
4.1.4.3.-Para la Enfermera	
4.1.5.-Características del Proceso de Enfermería	
4.1.6.-Etapas del Proceso de Enfermería	
4.1.6.1.-Etapa de Valoración	
4.1.6.2.-Etapa de Diagnóstico	
4.1.6.3.-Etapa de Planeación	
4.1.6.4.-Etapa de Ejecución	
4.1.6.5.-Etapa de Evaluación	
4.2.-Lupus Eritematoso Sistémico	

4.2.1.-Antecedentes Históricos	
4.2.1.1.-El Período Clásico	
4.2.1.2.-El Período Neoclásico	
4.2.1.3.-El Período Moderno	
4.2.2.-Concepto	
4.2.3.-Etiología	
4.2.3.1.-Factores Genéticos	
4.2.3.2.-Factores Hormonales	
4.2.3.3.-Factores Ambientales	
4.2.4.-Clasificación	
4.2.4.1.-Lupus Eritematoso Discoide o Cutáneo	
4.2.4.2.-Lupus Eritematoso Sistémico	
4.2.4.3.-Lupus Inducido por Medicamentos	
4.2.4.4.-Lupus Neonatal	
4.2.5.-Epidemiología	
4.2.5.1.-Internacional	
4.2.5.2.-Local	
4.2.6.-Signos y Síntomas	
4.2.6.1.-Manifestaciones Generales y Específicas	
4.2.7.-Diagnóstico	
4.2.8.-Tratamiento	
4.2.8.1.-Medidas Generales	
4.2.8.2.-Medicamentos	
4.2.8.2.1.-Antiinflamatorios No Esteroides	
4.2.8.2.2.-Antipalúdicos	
4.2.8.2.3.-Corticoides	
4.2.8.2.4.-Inmunosupresores	
4.2.8.2.5.-Otros Medicamentos	
4.2.8.3.-Tratamiento de las Manifestaciones Generales	
4.2.8.4.-Tratamiento de las Lesiones Cutáneas	

4.2.8.5.-Tratamiento de las Manifestaciones Musculoesqueleticas	
4.2.8.6.-Tratamiento de las Manifestaciones Cardiopulmonares	
4.2.8.7.-Tratamiento de la Afección Hematológica	
4.2.8.8.-Tratamiento de las Manifestaciones Neuropsiquiátricas	
4.2.8.9.-Tratamiento de la nefritis por L. E. S.	
4.2.9.-Prevención	
V.-METODOLOGÍA	
5.1.-Teoría de Virginia Avenel Henderson	
5.1.1.-Principales Conceptos y Definiciones	
5.1.1.1.-Enfermería	
5.1.1.2.-Salud	
5.1.1.3.-Entorno	
5.1.1.4.-Persona (Paciente)	
5.2.-Necesidades Humanas Básicas	
5.3.-Supuestos Principales	
5.4.-Afirmaciones Teóricas	
5.4.1.-Relación Enfermera-Paciente	
5.4.1.1.-La Enfermera como Sustituta del Paciente	
5.4.1.2.-La Enfermera como Auxiliar del Paciente	
5.4.1.3.-La Enfermera como Compañera del Paciente	
5.4.2.-Relación Enfermera-Médico	
5.4.3.-Relación Enfermera-Equipo de Salud	
5.5.-Causas de la Dependencia	
5.5.1.-Causas o Fuentes de Dificultad	
5.5.1.1.-Factores de Orden Físico	
5.5.1.2.-Factores de Orden Psicológico	
5.5.1.3.-Factores de Orden Sociológico	
5.5.1.4.-Factores con Repercusiones Espirituales	
5.5.1.5.-Factores Ligados a la Insuficiencia de Conocimientos	
VI.-PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	

6.1.-Valoración de Enfermería	
6.2.-Problemas Interdependientes	
6.2.1.-Lupus Eritematoso Sistémico	
6.2.2.-Anemia	
6.3.-Diagnósticos Enfermeros Reales	
6.3.1.-Afrontamiento Individual Inefectivo	
6.3.2.-Déficit de Actividades Recreativas	
6.3.3.-Estreñimiento	
VII.-CONCLUSIONES	
VIII.-SUGERENCIAS	
IX.-BIBLIOGRAFÍA	
X.-GLOSARIO DE TÉRMINOS	
XI.-ANEXOS	

I.- INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso de enfermería (P.E.) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud.

El proceso de enfermería se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución-intervención y evaluación.

El Lupus Eritematoso Sistémico (L.E.S.) es una enfermedad inflamatoria autoinmune, crónica de los tejidos conjuntivos que produce cambios bioquímicos y estructurales en piel, articulaciones y músculos, habitualmente con afectación de múltiples órganos; el número de órganos afectados hace que este trastorno simule muchas otras enfermedades, aún no se conoce su etiología; las pruebas indican que los factores autoinmunitarios, genéticos y virales pueden tener algún papel. Hay también una forma de Lupus eritematoso sistémico por fármacos.

El LES es una enfermedad de distribución mundial, afecta a todas las razas aunque es de mayor gravedad en la raza negra, tiene predominio por el sexo femenino en la proporción de 9:1, se manifiesta en cualquier edad siendo más frecuente en la etapa productiva y reproductiva de la vida.

II.- JUSTIFICACIÓN

Me intereso esta patología ya que se presenta a nivel mundial, tomando en cuenta que es una de las principales enfermedades reumáticas en el estado de Michoacán.

La prevalencia en la población general se encuentra entre 4 y 250 casos por cada 100.000 habitantes, dependiendo de la zona.

La enfermedad afecta 9 veces más a la mujer que al hombre y puede presentarse a cualquier edad, pero aparece con mayor frecuencia en personas cuyas edades están comprendidas entre los 10 y 50 años.

Se elaborará este proceso de enfermería ya que este es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

Se aplicará este proceso de enfermería en un caso de lupus eritematoso sistémico debido a que la incidencia de esta enfermedad va en aumento, tomando en cuenta que el método conocido como proceso de enfermería (P.E.) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, por lo tanto este método permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, con el objetivo de brindar una mejor calidad de vida a los pacientes.

III.-OBJETIVOS

3.1.-General

Aplicar un Proceso de Enfermería basado en la teoría de las 14 necesidades humanas básicas de Virginia Henderson con relación a un caso práctico de lupus eritematoso sistémico, de forma real y completa para obtener el título de licenciada en enfermería.

3.2.-Específicos

- ✧ Valorar a la paciente por medio de las 14 necesidades humanas utilizando la teoría de Virginia Henderson
- ✧ Identificar los diagnósticos de enfermería que presenta la paciente
- ✧ Elaborar un plan de cuidados integral y personalizado, así como un seguimiento completo del paciente, favoreciendo la capacidad de relación enfermera – paciente.
- ✧ Llevar a cabo las intervenciones de enfermería planeadas para conseguir los objetivos.
- ✧ Evaluar los resultados obtenidos mediante la aplicación del proceso de enfermería.

IV.-MARCO TEÓRICO

4.1.-PROCESO DE ENFERMERÍA

4.1.1.-Antecedentes históricos

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería.

Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución).

Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación.

Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases.

La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.

Aunque el Proceso de Enfermería está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5 - 10 años que se ha experimentado un enorme desarrollo.

El Proceso de Enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería. La ANA lo utilizó como directriz para el desarrollo de la práctica de Enfermería.¹

Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Yura y Walsh 1988 establecen que el Proceso de Enfermería es una serie designada de acciones que pretenden cumplir con el propósito de enfermería. Este propósito es conservar el estado óptimo de salud del cliente y en caso de cambiar este estado proporcionar la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que requiera su estado para recuperar la salud, en caso de no poder recuperar la salud el Proceso de Enfermería debe contribuir a la calidad de vida del cliente, aumentando los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo posible.²

4.1.2.-Concepto

“El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería”.³

4.1.3.-Objetivos del proceso de enfermería

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

¹ <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3200-utilizacion.htm> consulta el día 20 de agosto de 2007

² ibídem

³ Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª ed. México: Ed Manual Moderno; 1983, pág. 7

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.⁴

4.1.4.-Ventajas del proceso de enfermería

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

4.1.4.1.-Para la profesión

- ✧ Demuestra de forma concreta el ámbito de su práctica del profesional de enfermería.
- ✧ Se ha incorporado a las normas de práctica de algunos países.

4.1.4.2.-Para el cliente

- ✧ Calidad en su cuidado, se planifica para encontrar y satisfacer las necesidades particulares del cliente, la evaluación asegura un nivel de calidad.
- ✧ Continuidad del cuidado, al tener un plan por escrito facilita el acceso a él.
- ✧ Participación del cliente en el cuidado de su salud, permite el desarrollo de capacidades y habilidades en su propio cuidado.

4.1.4.3.-Para la enfermera

- ✧ Incrementa la satisfacción laboral, obtenida por la capacidad de ayudar al cliente a cubrir sus necesidades.
- ✧ Facilita el desarrollo de la relación significativa entre la enfermería – cliente.

⁴ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> consultada el día 20 de agosto de 2007

- ✧ Potencia el desarrollo profesional, el PE favorece la evolución cognitiva, técnica e interpersonal.
- ✧ Evita acciones legales.
- ✧ Proporciona un marco de responsabilidad de su rol profesional.⁵

4.1.5.-Características del proceso de enfermería

- ✧ **Tiene una finalidad:** Se dirige a un objetivo.
- ✧ **Es sistemático:** Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- ✧ **Es dinámico:** Responde a un cambio continuo.
- ✧ **Es interactivo:** Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- ✧ **Es flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- ✧ **Tiene una base teórica:** El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.⁶

4.1.6.-Etapas del Proceso de Enfermería

El Proceso de Enfermería (P. E.) configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

⁵ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> consultada el día 20 de agosto de 2007

⁶ www.feoc.ugto.mx/super/obtenga/F0033.ppt consultada el día 23 de agosto de 2007

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

4.1.6.1.-Etapa de Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer los siguientes requisitos para realizar una adecuada valoración del cliente:

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

Comunicarse de forma eficaz: Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

Observar sistemáticamente: Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones: Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

Criterios para la valoración inicial:

- ✧ **Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies":** sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades.
- ✧ **Criterios de valoración por "sistemas y aparatos":** se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- ✧ **Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud":** la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

En la recogida de datos necesitamos:

- ✧ **Conocimientos científicos** (anatomía, fisiología, etc....) **y básicos** (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- ✧ **Habilidades técnicas e interprofesionales** (relación con otras personas) .
- ✧ **Convicciones** (ideas, creencias, etc.).
- ✧ **Capacidad creadora.**
- ✧ **Sentido común.**
- ✧ **Flexibilidad.**

Tipos de datos a recoger:

- ✧ **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- ✧ **Datos objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- ✧ **Datos históricos - antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo (hospitalizaciones previas).
- ✧ **Datos actuales:** son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos Para Obtener Datos:

Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista

La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

La entrevista informal es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

Partes de la entrevista:

- ✧ **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- ✧ **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones

culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

- ✧ Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Las 4 finalidades de la entrevista son:

- ✧ Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- ✧ Facilitar la relación enfermera/paciente.
- ✧ Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas, y en el planteamiento de sus objetivos.
- ✧ Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Las técnicas verbales para obtener información son:

- ✧ **El interrogatorio:** permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- ✧ **La reflexión o reformulación:** consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- ✧ **Las frases adicionales:** estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales

Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- ✧ Expresiones faciales,
- ✧ La forma de estar y la posición corporal,

- ✧ Los gestos,
- ✧ El contacto físico,
- ✧ La forma de hablar.

La observación

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina.

La exploración física

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

La exploración física determina a profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Técnicas utilizadas en la exploración física

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.

Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Validación de datos

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo 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.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Organización de los datos

Es el cuarto paso en la recogida de 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.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- ✧ Datos de identificación.
- ✧ Datos culturales y socioeconómicos.
- ✧ Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- ✧ Valoración física
- ✧ Patrones funcionales de salud.

Documentación y registro de la valoración

- ✧ Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- ✧ Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- ✧ Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- ✧ Prueba de carácter legal
- ✧ Permite la investigación en enfermería
- ✧ Permite la formación pregrado y postgrado⁷

4.1.6.2.-Etapa de Diagnóstico:

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

⁷ Iyer, P. Proceso y diagnóstico de enfermería. (3º ed) Mc GRAW HILL INTERAMERICANA; México 1995, págs. 180-192

Diferencia entre diagnóstico de enfermería y problema interdependiente

Los problemas interdependientes se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otros profesionales. En la redacción de los problemas interdependientes se utiliza terminología médica, por consiguiente no debe emplearse las categorías diagnósticas de la **N.A.N.D.A.**⁸

Diagnóstico de Enfermería: en este la enfermera actúa de forma independiente y es la responsable directa del cuidado del paciente.

Diferencias entre diagnóstico médico y diagnóstico de enfermería

Una de las dificultades que nos podemos encontrar en la utilización de diagnóstico enfermero es establecer la correcta diferenciación entre el diagnóstico enfermero y el diagnóstico médico.

El diagnóstico médico fija su atención en la patología, tratamiento y curación de la enfermedad.

El diagnóstico enfermero fija su atención en las respuestas del paciente o familiar a su enfermedad o en los factores que pueden afectar al mantenimiento de su estado óptimo.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

⁸ <http://www.eseo.ipn.mx/map/map001/e2.htm#ejemplos> consultada el día 27 de agosto de 2007

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

La dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Tipos de diagnósticos:

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.

La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes Formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. Consta de dos componentes: Formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Deben estar presentes dos hechos: Deseo de un nivel mayor de bienestar, estado o función actual eficaces.

Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados.

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

Directrices para la elaboración de un Diagnóstico Enfermero:

- ✧ Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- ✧ La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- ✧ Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- ✧ Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- ✧ Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- ✧ No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- ✧ No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- ✧ No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- ✧ No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

- ✪ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.⁹

4.1.6.3.-Etapas de Planeación

Una vez que hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Determinación de prioridades:

Es el primer paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consultando con la enfermera/o.

En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

⁹ Iyer, P. Proceso y diagnóstico de enfermería, págs. 192-198.

Planteamiento de los objetivos:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- ✧ Dirigir los cuidados.
- ✧ Identificar los resultados esperados.
- ✧ Medir la eficacia de las actuaciones.
- ✧ Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Normas generales para la descripción de objetivos

- ✧ Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- ✧ Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- ✧ Elaborar objetivos cortos.
- ✧ Hacer específicos los objetivos.
- ✧ Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- ✧ Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Tipos de objetivos de enfermería

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- ✧ A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- ✧ A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- ✧ A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Objetivos de enfermería según tiempo

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

Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

Largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos: Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.

Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos del cliente/paciente:

Son los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- ✧ Deben ser alcanzables es decir que el paciente pueda conseguirlos.
- ✧ Deben ser medibles
- ✧ Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.)

Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Actuaciones de enfermería:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Actividades de enfermería

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica

Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Características de las actuaciones de enfermería:

- ✧ Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- ✧ Estarán basadas en principios científicos, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- ✧ Serán individualizados para cada situación en concreto.
- ✧ Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares. Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- ✧ Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- ✧ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.
- ✧ La enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:
 - ✧ Promoción de la salud.
 - ✧ Prevenir las enfermedades
 - ✧ Restablecer la salud
 - ✧ Rehabilitación.
 - ✧ Acompañamiento en los estados agónicos.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

Para el diagnóstico enfermero real:

- ✧ Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- ✧ Promover mayor nivel de bienestar.
- ✧ Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- ✧ Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- ✧ Prevenir que se produzca el problema.
- ✧ Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible:

- ✧ Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- ✧ Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

- ✧ Controlar los cambios de estado del paciente.
- ✧ Manejar los cambios de estado de salud.
- ✧ Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería:

El último paso de la etapa de planeación es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería lo cuál se obtiene mediante una documentación.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- ✧ Los cuidados individualizados,
- ✧ La continuidad de los cuidados,
- ✧ La comunicación, y
- ✧ La evaluación.

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- ✧ Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- ✧ Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- ✧ Documento de evaluación

Tipos de planes de cuidados:

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad».

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.¹⁰

4.1.6.4.-Etapa de Ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del proceso enfermero, y es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería:

- ✧ Continuar con la recogida y valoración de datos.
- ✧ Realizar las actividades de enfermería.
- ✧ Anotar los cuidados de enfermería
- ✧ Dar los informes verbales de enfermería,
- ✧ Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

¹⁰ Iyer, P. Proceso y diagnóstico de enfermería págs. 199-213.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

- ✧ Preparación
- ✧ Intervención
- ✧ Documentación

Preparación

La primera etapa de la fase de ejecución le exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades:

- ✧ Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido
- ✧ Antes de la prestación de la asistencia, revise el plan de cuidados. Esto le permitirá determinar si las intervenciones son suficientes para el cliente y si son compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria.
- ✧ Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias, después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados, debe identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución.
- ✧ Determine si tiene el conocimiento necesario y si puede poner en práctica las habilidades o los recursos que necesitará para prestar los cuidados.
- ✧ Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas
- ✧ El inicio de determinados procedimientos de enfermería puede llevar consigo riesgos potenciales para el cliente. Se necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería del cliente.

- ✧ Proporcionar los recursos necesarios, en el momento de prepararse para iniciar una intervención de enfermería, hay que tener en cuenta algunas cuestiones acerca de los recursos, como son el tiempo, el profesional y el material.
- ✧ Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.
- ✧ La ejecución con éxito de las intervenciones de enfermería exige un entorno en el que el cliente se sienta cómodo y seguro.
 - Bienestar
 - Seguridad.

Intervención

- ✧ Refuerzo de las cualidades. Se estudian las cualidades del cliente, sus problemas y las relaciones con los demás.
- ✧ Ayuda en las actividades de la vida diaria. El baño, el uso del W.C., el acicalamiento, el vestido la alimentación y la deambulaci3n son consideradas actividades de la vida diaria. Muchos clientes necesitan la atenci3n de enfermerí3 porque existe alg3n problema que interfiere con su capacidad de cuidar de sí mismos.
- ✧ Supervisi3n del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería. Como coordinador del equipo de enfermería, el profesional titulado es legalmente responsable de la prestaci3n de los cuidados de enfermería.
- ✧ Comunicaci3n con otros miembros del equipo de atenci3n sanitaria. El profesional de enfermería titulado es responsable de coordinar la atenci3n del paciente para asegurar la continuidad y un enfoque organizado que resuelva los problemas del cliente.
- ✧ Educaci3n. El proceso de enseńanza-aprendizaje para el cliente, incluye la adquisici3n de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de conducta relacionados.
- ✧ Prestaci3n de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

Documentación

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería.¹¹

4.1.6.5.-Etapa de Evaluación:

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

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 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).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- ✧ Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- ✧ Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados según Iyer, son las siguientes:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- ✧ Observación directa, examen físico.
- ✧ Examen de la historia clínica

2 .- Señales y Síntomas específicos

- ✧ Observación directa

¹¹ Iyer, P. Proceso y diagnóstico de enfermería, págs. 213-218.

- ✧ Entrevista con el paciente.
- ✧ Examen de la historia
- 3.- Conocimientos
 - ✧ Entrevista con el paciente
 - ✧ Cuestionarios (test),
- 4.- Capacidad psicomotora (habilidades).
 - ✧ Observación directa durante la realización de la actividad
- 5.- Estado emocional :
 - ✧ Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
 - ✧ Información dada por el resto del personal
- 6.- Situación espiritual:
 - ✧ Entrevista con el paciente.
 - ✧ Información dada por el resto del personal

Los resultados esperados a los que podemos llegar son:

- ✧ El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- ✧ El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- ✧ El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. ¹²

En el siguiente apartado abordaremos el marco teórico del lupus eritematoso sistémico, para tener un panorama más amplio ya que en esta patología es donde se aplica el proceso de enfermería.

¹² Iyer, P. Proceso y diagnóstico de enfermería, págs. 218-222.

4.2.-LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

4.2.1.-Antecedentes Históricos

La historia del lupus eritematoso sistémico se puede dividir en tres periodos: el clásico, el neoclásico y el moderno.

4.2.1.1.-El periodo clásico comienza cuando la enfermedad fue reconocida por primera vez en la Edad Media y se vio la descripción de la manifestación dermatológica de la enfermedad. El término lupus se atribuye al médico del siglo veinte Rogerius, quién lo utilizó para describir el eritema malar clásico.

4.2.1.2.-El periodo neoclásico se anunció con el reconocimiento de Moritz Kaposi en 1872 de la manifestación sistémica de la enfermedad.

4.2.1.3.-El periodo moderno empieza en 1948 con el descubrimiento de las células LE (aunque el uso de estas células como indicadores de diagnóstico ha sido ahora abandonado en gran parte) y se caracteriza por los avances en nuestro conocimiento de la fisiología patológica y las características clínicas y de laboratorio de la enfermedad, así como los avances en el tratamiento.

La medicación útil para la enfermedad fue descubierta por primera vez en 1894, cuando la quinina fue divulgada por vez primera como una terapia efectiva.

Cuatro años después, el uso de salicilatos en conjunción con la quinina demostró ser todavía más beneficioso. Éste fue el mejor tratamiento disponible para los pacientes hasta mediados del siglo veinte cuando Hench descubrió la eficacia de los corticoesteroides en el tratamiento del LES.¹³

¹³ Bevrá Hannahs Hahn, M.D. | Title=Systemic lupus erythematosus and accelerated atherosclerosis New England Journal of Medicine Volumen 349 18 Dic 2003 Pág. 2379-2380

4.2.2.-Concepto

“El Lupus Eritematoso Sistémico o (L.E.S.) es una enfermedad inflamatoria autoinmune, crónica de los tejidos conjuntivos que produce cambios bioquímicos y estructurales en piel, articulaciones y músculos, habitualmente con afectación de múltiples órganos; el número de órganos afectados hace que este trastorno simule muchas otras enfermedades”.¹⁴

“El L.E.S. 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 y, a menudo, afecta a otros órganos internos entre los que se incluyen el riñón, los pulmones y el corazón”.¹⁵

“El Lupus es una enfermedad autoinmunitaria, lo que significa que hay un problema con la respuesta del sistema inmunitario normal del cuerpo. Normalmente, el sistema inmunitario ayuda a proteger el cuerpo de sustancias dañinas, pero en los pacientes con una enfermedad autoinmunitaria, el sistema inmunitario no puede establecer la diferencia entre las sustancias dañinas y las sustancias sanas. El resultado es una respuesta inmunitaria hiperactiva que ataca a las células y tejidos que, a excepción de esto, son sanos. Esto lleva a una inflamación crónica (prolongada)”.¹⁶

¹⁴ Martin tucker, Canobbio, Varga paquete, Fyfe wells, Normas de cuidados del paciente vol. 3 6° Edición, Editorial Océano pag. 956

¹⁵ J. Font, M. Khamastha y M. Vilardell, Información para el paciente en Lupus eritematoso sistémico, de Laboratorios Menarini, 1996, pág.425.

¹⁶ Harris ED, Budd RC, Genovese MC, Firestein GS, Sargent JS, Sledge CB. Kelley's Textbook of Rheumatology. 7th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 2005

4.2.3.-Etiología

Aún no se conoce su etiología; las pruebas indican que los factores autoinmunitarios, genéticos y virales pueden tener algún papel. Hay también una forma de LES por fármacos (procaínamida e hidralacina). Suele ser más común en mujeres jóvenes con síntomas y signos referidos a las articulaciones y la piel, se caracteriza por remisiones espontáneas y exacerbaciones a menudo es difícil validar el diagnóstico.¹⁷

El Lupus Eritematoso Sistémico 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.¹⁸

Aun cuando no se conoce su etiología, se han identificado tres factores básicos relacionados con LES: genéticos, hormonales y ambientales.

4.2.3.1.-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.

¹⁷ L.sholtis brunner, D. Smith suddarth Manual de la enfermera tomo 3, edición 4°, editorial interamericana McGraw-Hill ,México D.F. 1991 pag. 747

¹⁸ Noble J. *Textbook of Primary Care Medicine*. 3rd ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2001, pág. 401.

- ✧ Asociación de LES con enfermedades hereditarias por deficiencia de complemento: C1r, C1s, C1, INH, C4, C2, C5 y C8, principalmente con deficiencia de C2.
- ✧ 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.

4.2.3.2.-Factores hormonales

- ✧ Predominio en mujeres, inicio con frecuencia en los periodos cercanos a la menarca, 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.

4.2.3.3.-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 proteicocalórica.¹⁹

¹⁹ García-Consuegra Molina J. Lupus eritematoso sistémico. En: Enrique González Pascual. Manual Práctico de Reumatología Pediátrica. Editorial mra SL, 1999, pág. 575.

4.2.4.-Clasificación

4.2.4.1.-Lupus Eritematoso Discoide ó Cutáneo: Principalmente afecta la piel. Genera manchas rojizas, por lo general en la cara, con sensación de calor y ardor. En ocasiones hay complicaciones articulares.

4.2.4.2.-El Lupus Eritematoso Sistémico: Pertenece al grupo de enfermedades autoinmunes. En este tipo de enfermedades, el sistema inmunológico daña los órganos y sistemas del cuerpo, como la piel, las articulaciones, el riñón, el hígado, el corazón los pulmones, el sistema nervioso, entre otros. El sistema inmunológico no diferencia entre los virus, bacterias o cuerpos extraños o nocivos al organismo y los anticuerpos que sí necesita. Este padecimiento es difícil de diagnosticar, puesto que no tiene una patología definida, y puede confundirse con otras enfermedades. Existe una serie de criterios físicos y químicos (análisis de laboratorio) para poder diagnosticarla.

4.2.4.3.-Lupus Inducido por Medicamentos: Algunos medicamentos empleados para el tratamiento de arritmia cardíaca, o hipertensión, ocasionan síntomas semejantes, pero una vez suspendidos los fármacos, el lupus desaparece.

4.2.4.4.-Lupus Neonatal: puede afectar a bebés recién nacidos de mujeres con LES u otros tipos de desordenes inmunológicos. Bebés con lupus neonatal pueden tener deficiencias cardíacas muy graves. Otros bebés pueden tener sarpullidos, anormalidades en el hígado o bajos números en conteos sanguíneos. Hoy en día los médicos pueden identificar a pacientes con alto riesgo de LES, permitiendo un pronto tratamiento del infante al nacer. Lupus neonatal es muy poco común y la mayoría de los hijos de madres con LES son bebés completamente sanos.²⁰

²⁰ Orozco-Medina, J. Humberto Lupus, Guía de Pacientes y Familiares Fundación Mexicana del Lupus, A.C. págs. 210-214.

Es de gran importancia subrayar que el Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad mortal si no se detecta a tiempo, o no se administra el tratamiento adecuado. El lupus, tanto discoide como sistémico, es una enfermedad crónica, por lo que una vez diagnosticada, el paciente deberá atenderse el resto de su vida, siguiendo el régimen establecido por su médico de cabecera y acudiendo a chequeos periódicos.²¹

4.2.5.-Epidemiología

4.2.5.1.-Internacional

La epidemiología en la enfermedad es de distribución mundial, afecta a todas las razas con gran predominio en la raza negra; en menor incidencia en las razas de origen Caucásicas, hispanas, asiáticas e indígenas. Se presenta un alto índice en las mujeres en edad reproductiva de 20 a 40 años, aunque de igual manera se puede ver en niños y adolescentes. La prevalencia en la población varía en los distintos grupos étnicos, oscilando entre 300 a 400 pacientes por cada 100.000 habitantes. Los índices de morbilidad y mortalidad varían según a los avances de las técnicas diagnósticas y de los sistemas de monitorización. Esto ha mejorado los índices de supervivencia y mantenimiento de la enfermedad hasta un 95% de los casos severos 5 años desde el momento del diagnóstico.

Cada año se presentan mas de 16,000 nuevos casos de lupus en norteamericanos. En la actualidad, se estima que existen entre 500,000 y un millón y medio de casos diagnosticados de lupus en Norteamérica.²²

4.2.5.2-Local

Por cada hombre hay diez mujeres que padecen enfermedades reumáticas, mismas que llegan a afectar hasta en 50 por ciento de los casos, su actividad productiva. En el Seguro Social de Morelia (H. G. R. N. 1), de manera mensual se presentan diez nuevos casos, y de forma anual se atienden en promedio a

²¹ www.lupusnuevoleon.org.mx/lupus.htm consultada el día 11 de noviembre de 2007

²² Barret J: Inmunología médica. Editorial Interamericana. 5° edición. Argentina, 1.990

cuatro mil personas, lo anterior fue revelado por el especialista en Reumatología de esta institución médica.

Actualmente, dentro de las enfermedades reumáticas aparecen cerca de 200 tipos de éstas, sin embargo las más frecuentes son en primer lugar osteoartritis, artritis reumatoide y lupus eritematoso, mismas que llegan a afectar hasta en 60 por ciento la vida laboral de quien la padece, y en casos muy extremos los deja inactivos.²³

4.2.6.--Signos y Síntomas

²³ <http://www.cambiodemichoacan.com.mx/vernota.php?id=44786> consultada el día 15 de noviembre de 2007

Datos Subjetivos

Malestar
Anorexia
Náuseas
Dolor Abdominal
Cefalea
Fotofobia

Alopecia parcial

Ulceraciones bucales/nasales

Aparato Respiratorio

Pleuritis
Infiltrados Pulmonares
Hemorragia Pulmonar

Datos Objetivos

Fiebre, Debilidad
Anemia Hemolítica
Trombocitopenia

Sistema Oftálmico

Cuerpos cistoides retinianos
Conjuntivitis
Diplopía

Aparato Digestivo

Vómito
Diarrea
Pérdida de Peso
Hepatoesplenomegalia

Cambios de la Personalidad

Depresión
Psicosis²⁴

Aparato Urogenital

Hematuria
Cilindros celulares
Proteinuria

Sistema Cardiovascular

Hipertensión
Cardiomegalia
Edema
Pericarditis
Soplos
Arritmias

Sistema Neurovascular

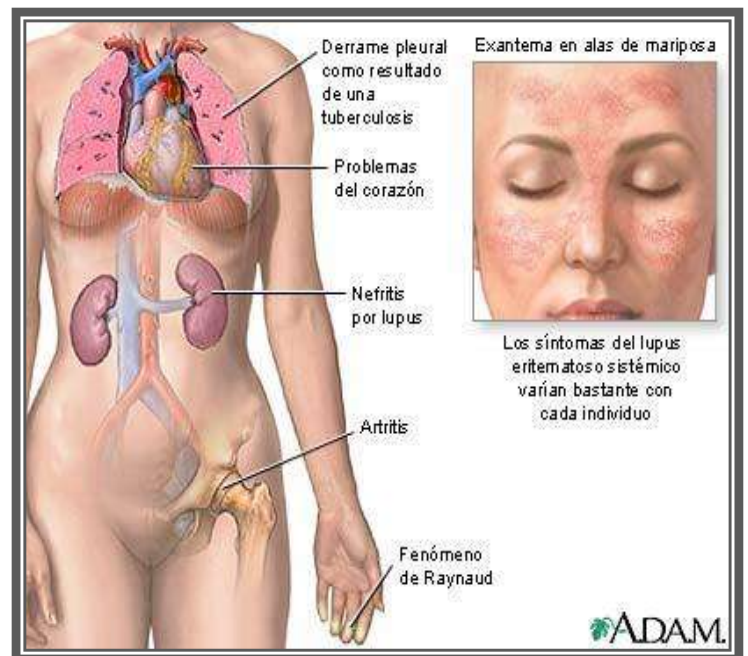
Neuritis
Convulsiones
Fenómeno de Raynaud
Vasculitis

Sistema musculoesqueletico

Artritis no deformante
Calor y tumefacción articular

Sistema Tegumentario

Sensibilidad al sol
Eritema lesión en forma de mariposa
sobre las mejillas y el puente nasal



²⁴ Martin tucker, Canobbio, Varga paquete, Fyfe wells, Normas de cuidados del paciente vol. 3, 6ª Edición, Editorial Oceano pag 956 y 957

4.2.6.1.-Manifestaciones generales y específicas de lupus eritematoso sistémico

Generales: cansancio fácil, pérdida de peso inexplicable y fiebre prolongada que no se debe a ninguna infección.

Articulaciones y músculo: dolor e inflamación de las articulaciones (artritis) sobre todo de los dedos de las manos, las muñecas, los codos, las rodillas y los pies, o bien dolores musculares.

Piel: la más conocida es la llamada "eritema en alas de mariposa", que consiste en un enrojecimiento de la piel de las mejillas y la nariz. Es frecuente la caída del cabello que se recupera con el tratamiento y la sensibilidad de la piel a la luz solar por lo que los enfermos que la padezcan deben protegerse del sol utilizando cremas protectoras (factor de protección mayor de 15 y que proteja para los rayos ultravioleta A y B) y utilización de ropa que cubra todo el cuerpo en lo posible para evitar una posible reactivación de la enfermedad.

Corazón y pulmones: puede provocar inflamación de la membrana que recubre al corazón o al pulmón (pericarditis o pleuritis), lo que provoca dolor en el pecho o en el costado y a veces fiebre, y que responden generalmente bien al tratamiento. En casos muy raros puede afectar a las válvulas cardíacas o a los pulmones provocando insuficiencia cardíaca o respiratoria.

Riñón: se afecta con frecuencia y la gravedad es muy variable, soliendo ser tratada con éxito. Lo más frecuente es la inflamación o nefritis, lo que provoca que no se eliminen bien los productos de desecho del organismo y se acumulen en la sangre (urea) o que se eliminen otras sustancias por la orina, como las proteínas, provocando entonces hinchazón de la cara o de las piernas. A veces la lesión del riñón produce un aumento de la presión arterial. La mayoría de estas alteraciones no provocan síntomas por lo que es conveniente realizar controles de análisis periódicos para detectarlas.

Cerebro: en general, si se afecta, tiene poca importancia, pudiendo provocar dolor de cabeza o depresión, y en casos más raros otras manifestaciones como epilepsia o alteraciones del comportamiento.

Infecciones y "lupus": Los pacientes son más sensibles a las infecciones por la propia enfermedad y a veces por los tratamientos que se utilizan, por lo que siempre se debe consultar al médico en caso de aparecer fiebre.

Problemas con el embarazo: La paciente con "lupus" es igual de fértil que la mujer sana, aunque con un riesgo algo mayor de tener abortos y partos prematuros, lo que sucede con más frecuencia en las que tienen unos anticuerpos en la sangre que se denominan antifosfolípido. Las contraindicaciones formales del embarazo son cuando el "lupus" está activo, existen complicaciones de la enfermedad como la nefritis o se están tomando medicamentos que sean dañinos para el feto. Si no se dan estas circunstancias, el embarazo no tiene porqué desaconsejarse. Los niños nacidos son tan sanos como el resto, aunque ellos y el resto de los familiares tienen una mayor predisposición a padecer la enfermedad.

Control de la natalidad: Si la enfermedad está activa es necesario controlar la natalidad preferiblemente con preservativos y cremas que aumenten la barrera a los espermatozoides, ya que la "píldora" podría provocar brotes de la enfermedad y el DIU puede favorecer algunas infecciones, aunque esta última no es una mala medida.²⁵

4.2.7.-Diagnóstico

Un paciente debe presentar cuatro de los once síntomas, ya sea simultáneamente o en serie, durante un determinado periodo de observación, para ser clasificados como LES.

1. Rash malar (eritema en las mejillas)
2. Lupus discoide (manchas rojas y escamosas en la piel que causa heridas)
3. Fotosensibilidad (reacción adversa a la luz solar)
4. Úlceras orales

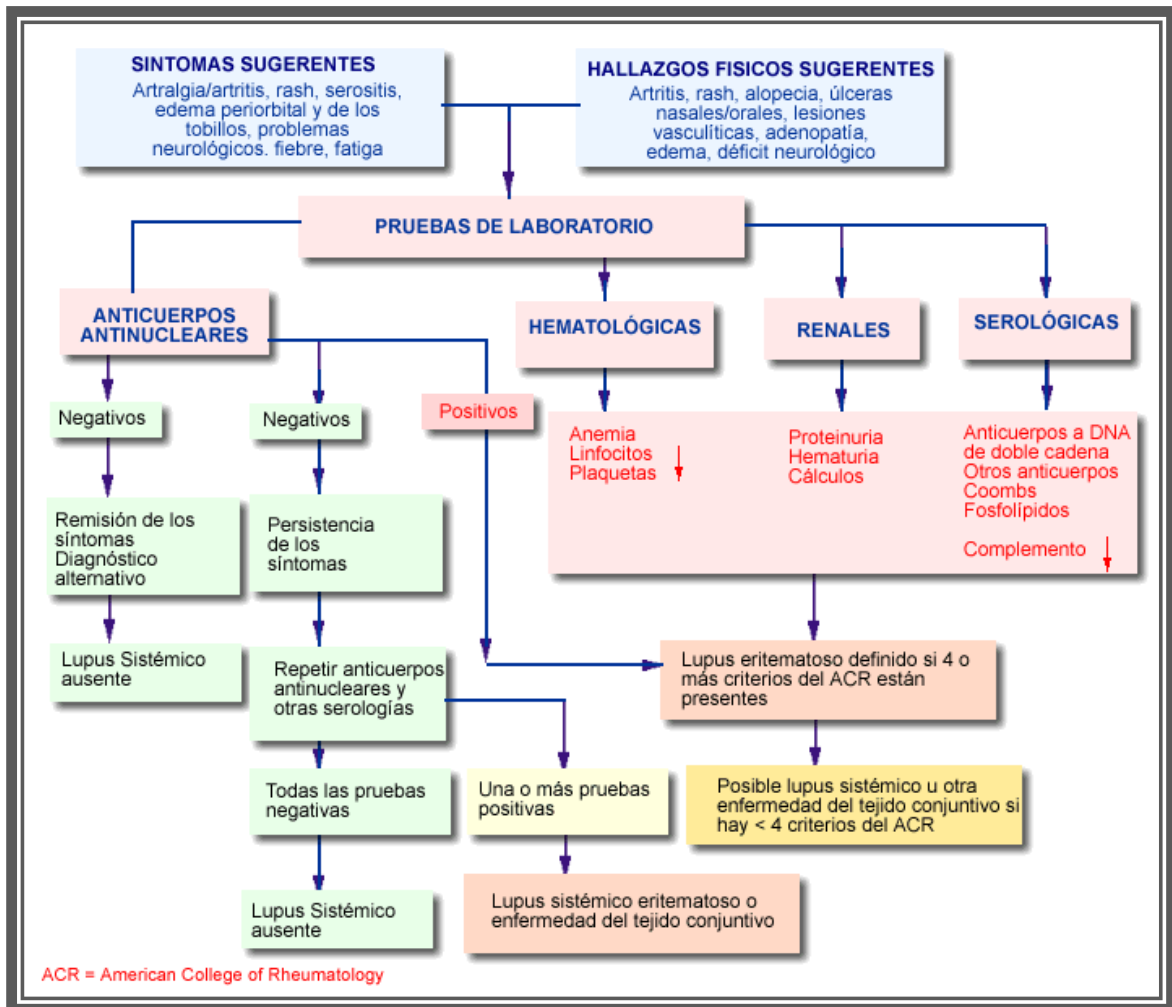
²⁵ J. Font, M. Khamastha y M. Vilardell, Información para el paciente en Lupus eritematoso sistémico, de Laboratorios Menarini, 1996, pág. 430 y 431.

5. Artritis
6. Afectación Renal. (Más de 0,5 g/día de proteína en la orina, o restos de células vistos en la orina bajo un microscopio)
7. Neurológico:
 - ✧ Convulsiones
 - ✧ Psicosis
8. Serositis
 - ✧ Pleuritis (inflamación de la membrana de los pulmones)
 - ✧ Pericarditis (inflamación de la membrana del corazón)
9. Hematológicos
 - ✧ Anemia hemolítica (bajo recuento de glóbulos rojos) con reticulosis.
 - ✧ leucopenia (bajo recuento de glóbulos blancos)
 - ✧ linfocitopenia (bajo recuento de linfocitos)
 - ✧ trombocitopenia (bajo nivel plaquetario)
10. Inmunológicos:
 - ✧ Anticuerpos anti-ADN
 - ✧ Anticuerpos anti-Sm
 - ✧ falso positivo en estudio serológico para sífilis (VRDL falso por 6 meses) o anticuerpos antifosfolípidicos positivos.
11. Estudio fluorescente de anticuerpos antinucleares positivo (ANA positivos)

Algunos pacientes pueden tener LES sin presentar cuatro de los síntomas y el LES se asocia a otras manifestaciones además de las mencionadas en el cuadro.²⁶

²⁶ Lehman TJA. Current concepts in immunosuppressive drug therapy of systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 1992; (suppl 33) págs. 19 y 20.

El Dr. Graham R.V. Hughes, una autoridad del lupus en Reino Unido, publicó un cuadro alternativo para diagnosticar el LES.



4.2.8.-Tratamiento

4.2.8.1.-Medidas generales:

Puede llevar una vida absolutamente normal. Las lesiones cutáneas no son contagiosas. La alimentación debe ser completa y variada, y solo se debe restringir la sal en caso de problemas con el riñón o tensión arterial alta. Si existe sensibilidad a la luz solar debe evitar tomar el sol.

4.2.8.2.-Medicamentos:

El "lupus" no se cura con medicamentos, pero con ellos se puede controlar de forma que el paciente no tenga problemas durante muchos años, para lo cual se deben realizar controles periódicos.

Los medicamentos que se utilizan son:

4.2.8.2.1.-Antiinflamatorios No Esteroides (AINES): Alivian el dolor de las artritis, los dolores musculares, las pericarditis o pleuritis, y también pueden mejorar los síntomas generales. Muchos enfermos pueden ser tratados exclusivamente con estos fármacos. Sus efectos secundarios más frecuentes son las molestias en el estómago como el ibuprofeno, Existe una tendencia actual al uso de inhibidores selectivos de la ciclooxygenasa evitándose los efectos secundarios sobre el riñón y el sistema digestivo como el meloxicam y celebrex .

4.2.8.2.2.-Antipalúdicos: Se emplean para la artritis, algunas lesiones de la piel, las pericarditis o pleuritis y también pueden mejorar los síntomas generales. Se suelen tolerar muy bien y su principal problema es que pueden ser tóxicos para la retina, por lo que es necesario hacer controles periódicos por el oftalmólogo, los más usados son la cloroquina y la hidroxicloroquina.

4.2.8.2.3.-Corticoides: Son los medicamentos más importantes para controlar muchos de los síntomas, sobre todo cuando tienen cierta importancia, y su problema es que tienen más efectos secundarios, como retención de líquidos

en el cuerpo, hinchazón de la cara, aumento del vello y otros, que disminuyen si se administra la dosis más baja posible que sea eficaz.

Una vez controlada la enfermedad se disminuye progresivamente la dosis hasta retirarlos si es posible. El más utilizado es la prednisona

4.2.8.2.4.-Inmunosupresores: Los más utilizados dentro de este grupo son: la azatioprina, Ciclofosfamida, metotrexate y clorambucilo y se emplean únicamente cuando hay complicaciones importantes de la enfermedad. Pueden dar lugar a efectos secundarios importantes por lo que se precisa un estricto control médico, pero el beneficio de su empleo puede ser muy grande.

4.2.8.2.5.-Otros medicamentos: En algunas ocasiones y dependiendo de la alteración de determinados órganos, será preciso tomar otros medicamentos, como por ejemplo para descender la TA o para mejorar la circulación de la sangre, que están destinados a mejorar la calidad de vida de los pacientes.²⁷

4.2.8.3.-Tratamiento de las Manifestaciones Generales.

Dentro de los síntomas constitucionales más frecuentes del LES se encuentra la fiebre cuya presencia obliga a descartar como primera causa la infección.

La fiebre por Lupus activo puede manejarse con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), aunque en la mayoría de las oportunidades se hace necesario utilizar antipalúdicos y dosis pequeñas o moderadas de prednisona (inferiores a 30mgs).

El síntoma fatiga es muy frecuente en estos pacientes debiéndose tener presente antes de justificarla por actividad sin estar presente criterios objetivos la asociación de esta afección con fibromialgia.

4.2.8.4.-Tratamiento de las lesiones Cutáneas.

Es obligada la protección a la luz solar sobre todo en pacientes con fotosensibilidad. Las lesiones de Lupus discoides y cutáneo subagudo deben ser tratadas con Glucocorticoides tópicos, teniendo en cuenta que en la cara se

²⁷ A. Balsa, E. Batlle, E. Martín Mola, J. Mulero, A. Olivé y J. Tornero. Información para el paciente 1996, pág. 530-532.

deben utilizar los de baja potencia (hidrocortisona).

En el tratamiento de estas manifestaciones los esteroides tópicos y los antipalúdicos, la cloroquina a 4mg/kg (250-500mgs) y la hidroxicloroquina a 6,5mg/kg (200-400mg) son las opciones más efectivas. Las lesiones cutáneas pueden responder a Dapsone, Talidomida, Azatioprina, Metotrexato o Retinoides en casos refractarios a los antipalúdicos.

4.2.8.5.-Tratamiento de las manifestaciones músculo esqueléticas

Los AINES, los antipalúdicos y dosis pequeñas de prednisona (5-15mgs diario) son efectivos para el tratamiento de las artralgias y artritis. Los pacientes refractarios desde el punto de vista articular pueden mejorarse con metotrexate semanal (7,5-15mgs).

La miopatía que puede presentar la enfermedad requiere dosis altas de glucocorticoides y en ocasiones la asociación de azatioprina o metotrexate. Debe considerarse ante esta manifestación los cuadros secundarios al uso de esteroides y antipalúdicos.

4.2.8.6.-Tratamiento de las manifestaciones cardiopulmonares.

El derrame pleural y pericardico ligero o moderado responde a los AINES, principalmente a la indometacina, aunque en ocasiones se requieren dosis de prednisona de 15 a 20mgs.

La miocarditis y Neumonitis lupídica requiere dosis elevadas de prednisona de 1mg/kg/día y por la severidad de las manifestaciones muchas veces pulsos de metilprednisolona.

En relación con la Neumonitis lúpica hay que considerar que las infecciones constituyen la causa más frecuente de infiltrados pulmonares y el error diagnóstico y la no utilización precoz de antibioticoterapia amplia suele ser fatal.

4.2.8.7.-Tratamiento de la afección Hematológica

La anemia hemolítica clínicamente significativa requiere dosis elevada de prednisona (1mg/kg/día) al igual que la trombocitopenia de menos de 50.000/mm³.

La no respuesta en el caso de la trombocitopenia después de 3 o 4 semanas de tratamiento obliga a considerar pulsos de Ciclofosfamida mensuales, gammaglobulina intravenosa, Danazol, Vincristina e inclusive la esplenectomía.

4.2.8.8.-Tratamiento de las manifestaciones neuropsiquiátricas.

Deben considerarse dos grupos:

1. Manifestaciones difusas: psicosis, convulsiones, depresión, síndrome orgánico cerebral, probablemente alteraciones debidas a anticuerpos específicos contra estructuras nerviosas. Este grupo requerirá altas dosis de prednisona 1mg/kg/día y probablemente Ciclofosfamida en bolos mensuales a dosis de 1g/m² de superficie corporal durante 6 meses.
2. Accidentes isquémicos cerebrales asociados a síndrome antifosfolípidos. Este grupo requerirá tratamiento anticoagulante.

4.2.8.9.-Tratamiento de la nefritis por LES

La afectación renal en la enfermedad tiene diversas formas de expresión, la biopsia renal es definitoria para establecer el estadio de la misma y esta indicada en los enfermos con sedimento urinario activo (hematuria, cilindruria, proteinuria).

El estudio histológico del riñón proporciona información sobre el tipo de lesión, así, como sobre el índice de actividad y cronicidad, útiles para definir la terapéutica y establecer un pronóstico. Los pacientes con nefritis mesangial y membranosa pura (Grado II y V) tienen un buen pronóstico y el tratamiento no difiere del que se efectúa para controlar otras manifestaciones de la enfermedad.

Los enfermos con formas proliferativas de nefritis tanto focales como difusas (Grado III y IV) cuando están activas requieren un tratamiento intensivo que

incluye la combinación de glucocorticoides e inmunosupresores, jugando un rol fundamental en el mejor resultado la ciclofosfamida.

Al parecer una forma de tratamiento bastante aceptada es la que incluye la combinación de:

- ✧ Prednisona 0,5mgs/kg durante 4 a 6 semanas con dosis decreciente ulteriormente hasta 10 o 15 mg diarios.
- ✧ Ciclofosfamida 1g/m² de superficie corporal en bolo endovenoso administrado mensualmente durante 3,6,12 meses continuándose con dosis trimestrales por 24 meses.

Existen enfermos que al ser la nefritis no muy activa, para evitar los efectos tóxicos de la Ciclofosfamida, esta se sustituye por azatioprina de 2 a 3 mg/kg./día. La utilización en casos muy agudos de pulsos de metilprednisolona en dosis de 1 gramo durante 3 o 5 días es aceptado y en ocasiones pulsos una vez al mes son usados para evitar dosis elevadas orales de prednisona. En todos los pacientes con nefritis demostrada el control de la presión arterial es fundamental. Los tratamientos disponibles han mejorado notablemente la supervivencia del LES, llegando a alcanzar cifras de 95 y 87% a los 5 y 10 años respectivamente, siendo determinante el uso racional de los medicamentos disponibles.

La no efectividad absoluta de estos hacen que existan algunas opciones para casos refractarios que incluyen:

- ✧ La combinación de inmunosupresores.
- ✧ Dosis altas de gammaglobulina endovenosa.
- ✧ Ciclosporina.
- ✧ Plasmaféresis.
- ✧ Dihidroepiandrosterona (DHEA)
- ✧ Bromocriptina
- ✧ Terapias biológicas(anticuerpos monoclonales).
- ✧ Diálisis y Transplante renal²⁸

²⁸ http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/conferencias/reumatologia_miguel_estevez.htm consultada el día 6 de noviembre de 2007.

4.2.9.-Prevención

No existen pautas para prevenir el lupus debido a que su causa es desconocida.

Para prevenir la aparición espontánea de síntomas:

- ★ Chequeo médico programado regularmente con el médico.
- ★ Tratar rápida y agresivamente cualquier infección.
- ★ Evitar la exposición a la luz solar y utilice ropa que lo proteja de él cuando esté al aire libre.
- ★ Alimentarse con una dieta sana, con alto porcentaje de granos, frutas y vegetales y baja en grasas saturadas.
- ★ Disminuir el estrés emocional.
- ★ Descansar adecuadamente.
- ★ Hacer ejercicios moderadamente (tanto como lo permita su condición), con la autorización del médico.
- ★ Consultar al médico si se cree que la aparición espontánea de lupus es inminente.²⁹

²⁹ <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=8482e079-8512-47c2-960ca403c77a5e4c&chunkid=103596#prevention> consultada el día 9 de noviembre de 2007.

V.- METODOLOGÍA

Para realizar la valoración se utilizó el modelo de Virginia Henderson, basado en las necesidades humanas, que van a determinar el grado de independencia / dependencia del individuo.

Se aplicó el método científico o proceso de atención de enfermería compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

En la primera fase se lleva a cabo la valoración por necesidades con base al modelo conceptual de Virginia Henderson el cual considera catorce necesidades humanas fundamentales que deben de ser satisfechas, posteriormente se elaboran los correspondientes diagnósticos utilizando la taxonomía aprobada por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros (NANDA), en la etapa de planeación se elabora los objetivos y plan de estrategias para prevenir, corregir o disminuir los problemas identificados, durante la ejecución se llevan a cabo los cuidados programados y en la última etapa se realizan evaluaciones de los resultados obtenidos del plan de intervenciones.

5.1.-Teoría de Virginia Avenel Henderson

5.1.1.-Principales Conceptos y Definiciones

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria 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 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 denominada 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.

5.1.1.1.-Enfermería

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.

5.1.1.2.-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.

5.1.1.3.-Entorno

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

5.1.1.4.-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.

5.1.2.-Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

- ✧ Respirar normalmente.
- ✧ Comer y beber de forma adecuada.
- ✧ Evacuar los desechos corporales.
- ✧ Moverse y mantener una postura adecuada.
- ✧ Dormir y descansar.
- ✧ Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- ✧ Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- ✧ Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- ✧ Evitar peligros y no dañar a los demás.
- ✧ Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.

- ✧ Profesar su fe.
- ✧ Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- ✧ Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- ✧ Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.³⁰

5.1.3.-Supuestos Principales

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.

5.1.4.-Afirmaciones Teóricas

5.1.4.1.-Relación enfermera – paciente:

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

5.1.4.1.1La 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.

³⁰ Furukawa, C.Y. Howe, J.K (1995) Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group.

5.1.4.1.2.-La enfermera como auxiliar del paciente

Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

5.1.4.1.3.-La enfermera como compañera del paciente

La enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

5.1.4.2.-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.

5.1.4.3.-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.³¹

5.1.5.-Causas de la Dependencia

Dependencia “Se define como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales”

Cuando una necesidad se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia.

Constituye signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por si mismo esta necesidad. Son en si mismas una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel.

³¹ Henderson, V.A. (1966) an Overview of Nursing Research. Nursing Research October. Págs. 10, 11, 16.

La dependencia se instala en el momento que el cliente debe recurrir a otro para que asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por si mismo.

La dependencia se manifiesta en el cliente por medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia.

Cuando el cliente se recupera su dependencia comienza a ser decreciente y el rol de la enfermera, en este momento consiste en mantener esta progresión descendiente y ayuda al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía a pesar de que en ocasiones subsistan ciertas limitaciones.

Si a pesar de los cuidados apropiados, prestados por la enfermera el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en este momento en permanente o crónica.

Uno de los conceptos más importantes de este modelo consiste en lo que denominamos fuentes de dificultad. Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que le impiden responder a ellas de forma autónoma.

5.1.5.1.-Causas o fuentes de dificultad

- ✧ **Factores de orden físico:** Por insuficiencia, desequilibrio o sobrecarga
- ✧ **Factores de orden psicológico:** Relacionadas con la inteligencia, el la ansiedad, las etapas del crecimiento o adaptación de la enfermedad, a las situaciones de crisis.
- ✧ **Factores de orden sociológico:** Ligadas a las dimensiones cultural, económico y medioambiental.
- ✧ **Factores con repercusiones espirituales:** Relacionadas con interrogantes trascendentales, con conflictos de valores, con determinadas limitaciones en la práctica religiosa.

- ✧ **Factores ligados a la insuficiencia de conocimientos:** Por falta de conocimientos de sí mismo y de los otros de la salud y de la enfermedad, del medio físico y social.³²

VI.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata paciente femenino M.M.M.R., 26 años de edad, originaria y residente de Uruapan, Michoacán, estudio hasta 2º año de preparatoria, Casada, Católica, vive con su esposo, su mamá y sus 2 hijos.

La familia no cuenta con antecedentes heredofamiliares de Lupus Eritematoso Sistémico.

Al momento de la exploración se encuentra con palidez de tegumentos generalizada, edema en cara y abdomen, ulceraciones en región glútea, lesiones en cara, con signos vitales: Tensión Arterial 120/70 mmHg, frecuencia cardiaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, temperatura 37 grados centígrados

Pesa 48 kilogramos y una talla de 1.55 metros lo cual indica que se encuentra dentro de los rangos normales para su peso y talla. Tiene una ingesta habitual libre de carnes rojas, y balanceada en cuanto a cantidad y calidad apetito de calidad normal; con una ingesta de líquidos < de 1 litro por día. En los últimos seis meses a tenido una pérdida de 5 kilogramos de peso.

Presenta una eliminación urinaria de 3 veces por día color amarillo claro, intestinal de una vez por día, heces negras, duras y en poca cantidad, menstruación irregular, secreciones vaginales normales.

Expresión facial inexpresiva, comportamiento motor inhibido, postura decaída, modo de andar lento, no practica ningún deporte.

Duerme 11 horas por la noche, descansando una hora por las tardes, refiere tener problemas de sueño al inicio la causa es la televisión, sueño excesivo; su sensación después de dormir es de descanso.

³² Marrier Ann, Raile Alligood Martha, Modelos y Teorías de Enfermería, Quinta Edición, Editorial mosby, págs. 100-102.

Actualmente es capaz de vestirse por si sola, no es alérgica a ningún tejido; le da mucha importancia a su aspecto físico, su forma de vestir es adecuada a la circunstancias.

Se baña diariamente, el cepillado de dientes lo hace dos veces por día, su piel es seca, uñas quebradizas y su cabello es seco y se rompe con facilidad.

Nivel de consciencia y actitud frente al entorno confuso e hipervigilante. Se encuentra orientada en las tres esferas (tiempo, espacio y persona).

Se autodescribe como una persona alegre y tímida, se autoevalúa en cuanto a logros negativamente y esto le genera sentimientos de tristeza y depresión.

La organización del pensamiento-lenguaje es coherente y organizado su forma de expresión es claro, organizado y coherente, su estado de ánimo es deprimido y triste.

Actualmente se encuentra en el Hospital General de Uruapan Dr. Pedro Daniel Martínez, en el servicio de medicina interna con un Diagnóstico médico de lupus Eritematoso sistémico

Tratamiento Médico

- ★ Dieta Líquida
- ★ Solución Fisiológica de 500 cc mas una ampula de KCL para 24 horas
- ★ Furosemide 20 mg intravenoso cada 24 horas
- ★ Cloroquina 150 mg vía oral cada 24 horas
- ★ Enoxoparina 40 mg subcutánea cada 24 horas
- ★ Telmisartan 80 mg vía oral cada 24 horas
- ★ Nifedipino 30 mg vía oral cada 12 horas
- ★ Prednisona 50 mg vía oral cada 24 horas
- ★ Elequine 500 mg vía oral cada 24 horas
- ★ Pantozol 40 mg intravenoso cada 24 horas
- ★ intraconazol 100 mg vía oral cada 24 horas
- ★ Signos vitales por turno
- ★ Control de líquidos
- ★ Destrostix por turno

- ✿ Perímetro abdominal diario en ayuno

6.1.-Valoración de Enfermería

NECESIDAD DE RESPIRACION/OXIGENACIÓN

DATOS:

Frecuencia respiratoria de 24 por minuto

Calidad respiratoria normal

Sin ruidos a la auscultación

Tensión arterial de 120/70 mmHg

Frecuencia cardiaca de 80 por minuto

Pulsaciones fuertes

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

DATOS:

Peso: 48 Kg

Talla: 1.55 Mts.

Dieta libre de carnes rojas

Alimentación regular en cantidad y calidad

Ingesta de agua < de 1 litro diario

Apetito normal

Perdida de peso (5 Kg) en los últimos seis meses

Piel y mucosas en buen estado de hidratación

NECESIDAD DE ELIMINACION

DATOS:

Intestinal: 1 vez al día, heces negras, duras y en poca cantidad

Urinario: 3 vez al día de características normales

Periodo menstrual irregular (cada 40 días) sangrado normal

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DATOS:

Expresión facial inexpresiva
Comportamiento motor inhibido
Postura decaída
No práctica ningún deporte

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DATOS:

11 horas de sueño nocturno
Siesta de una hora por las tardes
Sueño interrumpido al inicio a causa de la televisión
Sueño excesivo
Sensación de descanso después de dormir

NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

DATOS:

Actualmente es capaz de vestirse por si misma
Le da mucha importancia a su aspecto físico
Su forma de vestir es adecuada al lugar y circunstancias

NECESIDAD DE TERMORREGULACION

DATOS:

Temperatura corporal normal (37°C)
No es capaz de tomarse por si misma la temperatura corporal

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

DATOS:

Baño diario
Cepillado de dientes dos veces por día
Uñas descuidadas

Piel y cabellos secos que se rompen con facilidad

Úlceras en región glútea

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

DATOS:

Nivel de consciencia y actitud hacia el entorno es hipervigilante y confuso

Orientada en tiempo, persona y espacio

Autodescripción; alegre

Competencia personal negativa

NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

DATOS:

Curso de pensamiento inhibido

Lenguaje coherente y organizado aunque escaso y lento

Vive con sus 2 hijos y esposo

Todo el día esta acompañada.

Gesta: 2 partos: 1 cesárea:1

Fecha de última menstruación 2 de Agosto del 2007.

Método de planificación familiar: dispositivo intrauterino

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

DATOS:

Práctica la religión católica

Cuenta con sus familiares para fortalecer sus creencias

Su familia es lo más importante para ella

En caso de no poder tomar decisiones le gustaría que su mamá lo hiciera por ella

NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**DATOS:**

Su diversión es ver televisión y platicar con su familia para lo cual reserva el tiempo necesario, en el hospital no puede realizar las actividades que mas le gustan.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE**DATOS:**

Interactúa poco con el personal, solo escucha y en ocasiones pregunta y se adapta a la situación, la paciente expresa su necesidad de tener mas conocimientos sobre su enfermedad y su estado de salud.

6.2.-Problemas Interdependientes

Lupus Eritematoso Sistémico secundario a enfermedad autoinmunitaria manifestado por Rash Malar (eritema en mejillas en forma de alas de mariposa), fotosensibilidad, anemia, malestar, depresión, alopecia, edema, perdida de peso.

OBJETIVO

La paciente mejorar su sintomatología en 2 semanas.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

Instalación de venoclisis

Administración de fármacos

Signos vitales por turno

Control de líquidos

Perímetro abdominal en ayunas

Destroxis por turno

Las lesiones cutáneas se mantendrán libres de infecciones.

Cambiar de posición a la paciente cada hora, para evitar la aparición de más lesiones.

Tendido de cama para evitar posibles lesiones.

Utilizar bloques o almohadas para proporcionar un efecto de puente; para evitar que la parte afectada toque la superficie de la cama y evitar la presión.

Lavado de manos antes y después de tener contacto con la paciente.

Realizar curaciones con técnica estéril.

Instruir a la paciente y familiares sobre las prácticas asépticas adecuadas.

Extremar las medidas de asepsia.

EJECUCIÓN

Se instaló venoclisis en vena periférica del miembro superior izquierdo con solución fisiológica de 500 cc más una ampula de KCL para 24 horas

Se administraron fármacos según prescripción médica.

- ★ Furosemide 20 mg intravenoso cada 24 horas (12 horas)
- ★ Cloroquina 150 mg vía oral cada 24 horas (12 horas)
- ★ Enoxaparina 40 mg subcutánea cada 24 horas (12 horas)
- ★ Telmisartan 80 mg vía oral cada 24 horas (12 horas)
- ★ Nifedipino 30 mg vía oral cada 12 horas (8-20 horas)
- ★ Prednisona 50 mg vía oral cada 24 horas (12 horas)
- ★ Elequine 500 mg vía oral cada 24 horas (12 horas)
- ★ Pantoprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas (12 horas)
- ★ intraconazol 100 mg vía oral cada 24 horas (12 horas)

Se registraron signos vitales (T/A 130/80 mm/Hg, FC 72 x', FR 26 x', TEMP. 37 °C) y un control de líquidos positivo con 300 ml.

Se tomo Destroxitis (94 gr/dl en ayunas y 130 gr/dl postprandial).

Se midió perímetro abdominal en ayunas (con un promedio de 82-85 cm).

Se realizaron curaciones con técnica estéril por razón necesaria.

La cama se mantuvo libre de arrugas.

Se cambio de posición a la paciente cada hora (decúbito lateral izquierdo, decúbito lateral derecho, ventral).

Se le colocaron almohadillas para evitar la presión sobre las lesiones.

EVALUACIÓN

La paciente logro disminuir la sintomatología con el tratamiento prescrito, se continúa con el mismo plan para evitar la aparición de la misma sintomatología.

Anemia secundaria a Lupus Eritematoso Sistémico manifestada por piel pálida, fatiga, debilidad, sueño excesivo, hemoglobina de 10 gr/dl. Y hematocrito de 35%.

OBJETIVO

El paciente aumentará sus niveles de hemoglobina y hematocrito.

ACCIONES

Transfusión de paquete globular.

Dieta rica en hierro.

Mantener en observación la coloración de la piel.

Signos vitales 2 veces por turno.

Biometría hemática de control una vez por semana posterior a transfusión.

EJECUCION

Se trasfundi6 paquete globular en 4 horas tipo O+

Se proporciono una dieta rica en hierro.

Se tomaron constantes vitales 2 veces por turno. (7:00 a.m. T/A 130/80 mm/Hg, FC 72 x', FR 26 x', TEMP. 37 °C, 13:00 p.m. T/A 120/75 mm/Hg, FC 80 x', FR 24 x', TEMP. 37.6 °C)

Se tomo muestra para biometría hemática al día siguiente de la trasfusión con los siguientes resultados hemoglobina a 13 gr/dl y un hematocrito de 45%.

EVALUACION

La paciente logro aumentar sus niveles de hemoglobina a 13 gr/dl y un hematocrito de 45% en un periodo de 3 días, con lo cual se da por terminado el plan de cuidados.

6.3.-Diagnósticos Enfermeros Reales

DIAGNÓSTICO No. 1

6.3.1.-AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFECTIVO Relacionado con Estado de estrés prolongado, problemas de autoestima, ausencia de un ser querido, efectos de enfermedad crónica y cambios notorios en el estilo de vida, manifestado por expresión verbal de incapacidad para afrontar la situación, incapacidad para cumplir con el rol y solucionar problemas, irritabilidad, sueño excesivo.

DEFINICIÓN

“Estado en el que el individuo experimenta o está en alto riesgo de experimentar una incapacidad para controlar los factores de estrés internos o ambientales por carecer de los recursos adecuados (físicos, psicológicos, de conducta, o cognitivos)”³³.

OBJETIVO

La paciente expresará un autoconcepto positivo y será capaz de resolver problemas adecuadamente, en un período de un mes.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Ganarme la confianza y empatía de la paciente.

Que la paciente identifique sus defectos y virtudes y orientarla para que aprenda a vivir con ellos.

³³ J. Carpenito Lynda, Diagnóstico de enfermería, 5° Ed, Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA, México D.F. 2001 pág. 148

Platicar con la paciente para que exprese sus sentimientos.

Practicar técnicas de relajación con la paciente (música, aromaterapia, masoterapia, lectura)

EJECUCIÓN

Platicar con la paciente y de esta manera expresó sus sentimientos y fue así como gane su confianza; también practicamos algunas técnicas de relajación del agrado de la paciente como escuchar música, leer, masoterapia, aromaterapia, y al mismo tiempo ella fue aprendiendo a sentirse bien con ella misma.

EVALUACIÓN

El objetivo se logro parcialmente en cuanto a la toma de decisiones, pero en relación al autoconcepto a pesar de sentirse bien con ella misma continúa infravalorándose, por lo cuál se modificará el plan de cuidados y se considerará el apoyo psicológico.

DIAGNÓSTICO No. 2

6.3.2.-DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS Relacionado con Hospitalización prolongada, tratamiento prolongado, incapacidad para participar en actividades recreativas (por su enfermedad) manifestado por expresiones de aburrimiento, deseos de tener algo que hacer, las aficiones usuales no pueden ser realizadas en el hospital.

DEFINICIÓN

“Estado en el que un individuo o grupo experimenta o está en riesgo de experimentar una disminución de los estímulos o el interés por las actividades recreativas”³⁴.

³⁴ J. Carpenito Lynda, Ibidem. Pág. 721

OBJETIVOS

La paciente expresará una disminución en su aburrimiento.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Estimular a la paciente a mantener su tiempo libre ocupado, platicar con ella y que exprese que le gusta hacer en su tiempo libre y ver la posibilidad de que lo realice en el hospital.

Realizar terapia ocupacional (escuchar música, leer, dibujar).

Deambulación durante 30 minutos cada 12 horas, a las 10 y 18 horas.

EJECUCIÓN

Se identificaron las actividades favoritas de la paciente, cabe mencionar que ella considera la televisión como su principal distracción.

Realizó terapia ocupacional (leer a las 16:00 horas durante 40 min., escuchar música de 19 a 20:00 horas.)

La paciente camina diariamente a las 10:00 horas, durante 20 minutos.

EVALUACIÓN

El objetivo se logró ya que la paciente mantuvo su tiempo libre ocupado y expresó que su estancia hospitalaria fue menos aburrida, y se interesó en las actividades recreativas, y evitamos la televisión como principal distracción, ya que ella menciona ser la de mayor agrado.

DIAGNÓSTICO No. 3

6.3.3.-ESTREÑIMIENTO Relacionado con aporte insuficiente de líquidos, poco ejercicio, permanencia en cama, estrés manifestado por Sensación de presión

rectal, dolor abdominal, frecuencia de eliminación intestinal disminuida, heces duras y esfuerzo excesivo para la defecación.

DEFINICIÓN

“Estado en el que el individuo experimenta o esta en riesgo de experimentar una estasis del intestino grueso, lo que da como resultado una eliminación poco frecuente o heces secas y duras”.³⁵

OBJETIVO

La paciente mejorará su función intestinal.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Aumentar la ingesta de líquidos a 2 litros diariamente.

Confeccionar en conjunto con el usuario una dieta rica en fibra

Deambulación durante 30 minutos cada 12 horas, a las 10 y 18 horas.

Orientar a la paciente para que acuda a evacuar inmediatamente que tenga la sensación para evitar perder el reflejo de defecación.

EJECUCIÓN

La paciente tomo solo un litro de agua diariamente.

Se le dio una dieta rica en fibra.

La paciente camino a las 10:00 horas pero solo por 20 minutos.

EVALUACIÓN

³⁵ J. Carpenito Lynda, Ibidem. Pág. 431

La paciente aceptó la dieta, pero no se logró el objetivo debido a la falta de interés y cooperación de la misma, se seguirá con el mismo plan durante 15 días hasta volver a evaluar los resultados.

VII.-CONCLUSIONES

El proceso de enfermería es un elemento fundamental e indispensable para el desempeño de la profesión.

Con la aplicación del proceso de enfermería en un caso de LES, se puede brindar una mejor calidad de vida a este tipo de pacientes, ya que es una enfermedad crónica, y en ocasiones con acciones que parecen tan simples se les ayuda mucho.

Para lograr los objetivos planteados en el Proceso de Enfermería es necesaria la colaboración de la paciente, de la familia y personal de enfermería. Por lo que mediante las acciones ejecutadas, la paciente logro disminuir la sintomatología a su ingreso a la institución ayudándole a afrontar la situación, y conocer las libertades y limitaciones que esta conlleva.

La teoría de Virginia Henderson también es un elemento muy importante para la elaboración del proceso de enfermería, debido a que esta valora las 14 necesidades humanas básicas, determina la dependencia o independencia del individuo y de esta manera facilita la elección de los diagnósticos.

VIII.-SUGERENCIAS

Que se unifiquen los criterios en cuanto a la aplicación del proceso de enfermería durante la formación de licenciados en enfermería.

Que durante la formación de licenciados en enfermería se haga énfasis sobre la importancia del proceso de enfermería para un buen desempeño profesional.

Promover dentro de la facultad foros sobre el proceso de enfermería, con la finalidad de que los alumnos conozcan y aprendan a elegir adecuadamente los diagnósticos enfermeros y elaboren sus respectivos planes de cuidados.

Implementar cursos donde se aborde esta enfermedad, ya que día con día va en aumento su incidencia.

Que el personal de enfermería participe en la promoción de los programas de fomento a la salud sobre esta enfermedad, y de esta manera prevenir las posibles complicaciones, para que las personas que la padecen tengan una mejor calidad de vida.

IX.-BIBLIOGRAFIA

1. ATKINSON L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2ª ed. México: Ed Manual Moderno; 1983, pág. 7.
2. IYER, P. Proceso y diagnóstico de enfermería. (3º ed) Mc GRAW HILL INTERAMERICANA; México 1995, págs. 180-222.
3. BEVRA Hannahs Hahn, M.D. | Title=Systemic lupus erythematosus and accelerated atherosclerosis New England Journal of Medicine Volumen 349 18 Dic 2003 Pág. 2379-2380.
4. MARTIN tucker, Canobbio, Varga Normas de cuidados del paciente vol. 3, paquete, Fyfe wells, 6º Edición, Editorial Océano págs. 956 y 957.
5. LEHMAN TJA. Current concepts in immunosuppressive drug therapy of systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 1992, págs. 19 y 20.
6. A. Balsa, E. Batlle, E. Martín Mola, J. Mulero, A. Olivé y J. Tornero. Información para el paciente 1996, págs. 530-532.
7. J. FONT, M. Khamastha y M. Vilardell Información para el paciente. En Lupus eritematoso sistémico, de, Laboratorios Menarini, 1996, págs. 425, 430-431.
8. HARRIS ED, Budd RC, Genovese MC, Firestein GS, Sargent JS, Sledge CB. Kelley's Textbook of Rheumatology. 7th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 2005, pág. 435.

9. L.SHOLTIS BRUNNER, D. Smith suddarth, Manual de la enfermera tomo 3 edición 4°, editorial interamericana McGraw-Hill ,México D.F. 1991 pág. 747.
- 10.NOBLE J. Textbook of Primary Care Medicine. 3rd ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2001, pág. 401.
- 11.GARCÍA-Consuegra Molina J. Lupus eritematoso sistémico. En: Enrique González Pascual. Manual Práctico de Reumatología Pediátrica. Editorial mra SL, 1999, pág. 575.
- 12.OROZCO-Medina, J. Humberto Lupus, Guía de Pacientes y Familiares Fundación Mexicana del Lupus, A.C. págs. 210-214.
- 13.BARRET J: Inmunología médica. Editorial Interamericana. 5° edición. Argentina, 1.990
- 14.MARRIER Ann,Raile Alligood Martha, Modelos y Teorías de Enfermería, Quinta Edición, Editorial mosby, págs. 100-102.
15. J. CARPENITO Lynda, Diagnóstico de enfermería, 5° Ed, Editorial MCGRAW-HILL INTERAMERICANA, México D.F. 2001 pág. 148, 721 y 431.
- 16.FURUKAWA, C.Y. Howe, J.K (1995) Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group.
- 17.HENDERSON, V.A. (1966) an Overview of Nursing Research. Nursing Research October. Págs. 10, 11, 16.

18. <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3200utilizacion.htm> consultada el 20 de agosto de 2007.
19. <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> consultada el día 20 de agosto de 2007.
20. <http://www.feoc.ugto.mx/super/obtenga/F0033.ppt> consultada el 23 de agosto de 2007.
21. <http://www.eseo.ipn.mx/map/map001/e2.htm#ejemplos> consultada el día 27 de agosto de 2007.
22. <http://www.lupusnuevoleon.org.mx/lupus.htm> consultada el día 11 de noviembre de 2007.
23. <http://www.cambiodemichoacan.com.mx/vernota.php?id=44786> consultada el día 15 de noviembre de 2007.
24. http://www.fcmfajardo.sld.cu/cev2002/conferencias/reumatologia_miguel_estevez.htm consultada el día 6 de noviembre de 2007.
25. <http://www.healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=8482e079-8512-47c2-960c-a403c77a5e4c&chunkiid=103596#prevention> consultada el día 9 de noviembre de 2007.

X.-GLOSARIO

Anemia hemolítica: es una afección en la cual hay un número insuficiente de glóbulos rojos en la sangre y es ocasionada por la destrucción prematura de éstos, puede ser adquirida.

Anticuerpos: Son glucoproteínas (proteínas unidas a azúcares), también llamadas inmunoglobulinas. Secretadas por un tipo particular de células, los plasmocitos, los anticuerpos tienen una altísima afinidad por moléculas llamadas antígenos. Los plasmocitos son el resultado de la proliferación y diferenciación de los linfocitos B que han sido previamente activados. Su propósito es reconocer cuerpos extraños invasores como las bacterias y virus para mantener al organismo libre de ellos. La producción de anticuerpos forma parte de la respuesta inmune humoral.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES): Son sustancias químicas con efecto antiinflamatorio, analgésico y antipirético, efectos que son similares a los de los corticoides pero sin las consecuencias secundarias. Actúan bloqueando la síntesis de prostaglandinas.

Autoinmunidad: Situación anormal en que el sistema inmunológico (sistema defensivo del organismo) ataca los propios tejidos del organismo.

Corticosteroides o corticoides: Son una variedad de hormonas del grupo de los esteroides (producida por la corteza de las glándulas suprarrenales) y sus derivados. Los corticosteroides están implicados en una variedad de mecanismos fisiológicos, incluyendo aquellos que regulan la inflamación, el sistema inmunitario, el metabolismo de hidratos de carbono, el catabolismo de proteínas, los niveles electrolíticos en plasma y, por último, los que caracterizan la respuesta frente al estrés.

Dependencia: Necesidad compulsiva de alguna sustancia, o persona para realizar actividades cotidianas o para sentirse bien.

Diagnóstico de enfermería: Es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/ problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente. El proceso de enfermería consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Diagnóstico médico: Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica). Es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado, se establece a partir de síntomas, signos y los hallazgos de exploraciones complementarias, qué enfermedad padece una persona.

Entrevista: Vista, concurrencia y conferencia de dos o más personas en algún lugar, para tratar o hacer preguntas y respuestas sobre un determinado tema.

Epidemiología: Es la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad. La epidemiología se considera una ciencia básica de la medicina preventiva y una fuente de información para la formulación de políticas de salud pública. La epidemiología estudia, sobre todo, la relación causa-efecto entre exposición y enfermedad.

Estas sustancias pueden sintetizarse artificialmente y tienen aplicaciones terapéuticas, utilizándose principalmente debido a sus propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras y a sus efectos sobre el metabolismo.

Etiología: Causas u orígenes de una enfermedad

Heterocigoto (*hetero*, desigual; *cigoto*, huevo) (o híbrido): Es en Genética un individuo diploide que para un gen dado (locus), tiene en cada uno de dos cromosomas homólogos un alelo distinto, (se expresa, por ej.: Aa), que posee dos formas diferentes de un gen en particular; cada una heredada de cada uno de los progenitores. Cada persona tiene 46 cromosomas agrupados en 23 pares.

Lupus eritematoso sistémico (LES o lupus): Es una enfermedad autoinmune crónica. En ésta, el sistema inmunológico ataca a las células del organismo y los tejidos, produciendo inflamación y daño debido a la unión de auto anticuerpos a las células del organismo, y al depósito de complejos antígeno-anticuerpo. Una enfermedad autoinmune caracterizada por acción de los efectores inmunológicos hacia componentes de la propia biología corporal. Es decir que el sistema inmunitario se convierte en el agresor y ataca a partes del cuerpo en vez de protegerlo.

N.A.N.D.A.: (asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería) Es la principal organización que ha desarrollado el diagnóstico enfermero. Su objetivo es identificar el estado de salud de un cliente y los problemas relativos al cuidado de su salud.

Pericarditis: Es una enfermedad producida por la inflamación del pericardio, la capa que cubre al corazón.

Pleuritis (o pleuresía): Es la inflamación de la pleura, membrana que recubre los pulmones, provocando que la superficie de contacto entre una hoja pleural y la otra se vuelva áspera. Se puede clasificar en "pleuritis seca" y "pleuritis húmeda".

Prevalencia: En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

XI.-ANEXOS

11.1.-Guía de Valoración por Necesidades

1.- Necesidad De Oxigenación.

Respiración:

Frecuencia/minuto: 18 a 20x min. () 21 a 30 x min. () 30 a más x min ()

Ruidos

auscultación _____ descripción _____ localización _____

Intensidad: _____ Tos: si _____ no _____ seca _____

productiva _____ Dolor al respirar: si _____ no _____

Tabaquismo: si _____ no _____ cuantos cigarros al día _____

Media cajetilla _____ un paquete al día _____ cuando lo dejo _____ drogas _____

tipo _____ cada cuanto _____.

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

Peso actual _____ talla _____ IMC _____ peso ideal _____

Ingesta habitual _____

desayuno _____ almuerzo _____ comida _____

cena _____ merienda _____ que come _____ frutas _____

verduras _____ carnes _____ cereales _____ huevos _____

tortillas _____ dieta especial _____ intolerancia ha los

alimentos _____ a que _____ vomita _____ indigestión _____

Ingesta de líquidos _____ un litro al día _____ dos litros _____

Más de dos _____ apetito _____ bueno _____ regular _____

nauseas _____ flatulencia _____ en los últimos tres meses _____

Perdió peso _____ si _____ no _____ kg. perdidos _____ ganados _____

Problemas de masticación _____ usa prótesis dental _____

Deglución _____ si _____ no _____ solido _____ liquidos _____ ambos _____

Digestión _____ si _____ no _____ dolor _____ ardor _____ pesadez _____

Piel hidratada _____ necesita ayuda para comer _____

Para trozar los alimentos _____ hay algún alimento que no la gusta _____

Mucosa oral hidratadas _____ encías _____ lengua _____ uñas _____

3.- NCESIDAD DE ELIMINACION.

Intestinal y urinaria

Todos los días _____ estreñimiento _____ diarrea _____ dolor _____

Problemas de: hemorroides _____ sangrado _____ heces negras _____

acolia _____ oliguria _____ poliuria _____ disuria _____

hematuria _____ retención _____ incontinencia _____
 Color claro _____ amarillo _____ oscuro _____ naranja _____
 rojo _____ padecido infección urinaria _____ sonda vesical _____
 si _____ no _____ porque _____ cuanto tiempo _____
 goteo _____ salida de orina _____ glucosuria _____
 esfuerzo al defecar _____.

Cutánea

Color de piel _____ aspecto _____ sudoración cutánea _____
 olor _____ menstruación _____ cada cuanto _____ cuantos días _____
 abundante _____ regular _____ con cólicos _____ tomar algún te _____
 Infección vaginal _____ secreción _____ color _____ olor _____
 Abundante _____.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Expresión facial adecuado _____ inexpresivo _____ alerta _____
 hostil _____ comportamiento motor inhibido _____ agitación _____
 temblores _____ rigidez _____ incordinacion _____
 Inquietud _____.

Postura

Requiere de otra persona para ayuda _____ modo de caminar _____
 normal _____ acelerado _____ tambaleante _____ lento _____
 Limitación física temporales _____ permanente _____ cuales _____
 Aparato de ayuda _____ bastón _____ muletas _____ andador _____
 prótesis _____ amputación _____.
 Vértigo _____ si _____ no _____ dolor o rigidez articular _____ si _____ no _____
 Hace ejercicio _____ si _____ no _____ tipo _____ caminata durante el día _____
 Cuanto tiempo _____ practica algún deporte _____ si _____ no _____ cual _____.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Habituales.

Horas de sueño nocturno _____ otros descansos _____
 Problemas de sueño: bostezos _____ irritación _____ ojeras _____
 parpados inflamados _____ irritable _____
 Al inicio _____ interrumpido _____ (no. de veces) _____
 despertar temprano _____ Sueño excesivo _____ pesadillas _____
 (tipo) _____
 Calidad del sueño.
 Sensación después de dormir: descansado _____ cansado _____
 confuso _____ otros _____ Factores que afectan el sueño _____
 Ayudas para favorecer el sueño: lectura _____ baño _____

fármacos _____ otros _____.

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE.

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si misma? Si _____ no _____
con limitaciones _____

Alergias a determinados tejidos: si _____ no _____ ¿Cuáles? _____

¿Que _____ importancia _____ da _____ su _____ aspecto?

Poca _____ bastante _____ mucha _____

¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancia?

Si _____ no _____ Otros datos de interés _____.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

Temperatura corporal: normal _____ hipotermia _____ hipertermia _____
T /a _____.

Sudoración cutánea: si _____ no _____ ¿están fríos sus pies y/o manos?

Si _____ no _____.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Hábitos de higiene corporal: baño _____ ducha _____
frecuencia _____ todos los días _____

Cepillado de dientes: si _____ no _____ frecuencia _____
tres veces al día _____

Autónomo: si _____ no _____ Necesita ayuda. si _____ no _____
especificar _____

Descuidado en: cabello _____ dientes _____ uñas _____

Su piel es: seca _____ grasa _____

¿Ha notado alguna lesión? (ulcera, eccema) Descríbalo _____

Sus cabellos son: secos _____ grasos _____ se rompen con facilidad _____

¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? Si _____ no _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento _____ Confuso _____ Apatico _____

Hipervigilante _____ Distruido _____ Fluctuante _____

No responde a estímulos _____ Solo sigue instrucciones _____

Orientación Espacio- tiempo-Temperatura.

Tiempo: (estación, día, mes año) Especificar _____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar _____

Persona: (reconoce personas significativas) Especificar _____

Alteraciones perceptivas: Auditivas _____ Visuales _____ Táctiles _____

olfativas _____

Localización de la percepción: interna _____ externa _____
 Auto descripción de si mismo:
 Alegre _____ Triste _____ Confiada _____
 Desconfiada _____ Tímida _____ Inquieta _____
 Sobre valoración de logros _____ Exageración de errores _____
 Auto evaluación general y competencia personal: positiva _____ negativa _____
 Sentimientos respecto a ello: inferioridad _____
 Superioridad _____ Tristeza _____
 Culpabilidad _____ Inutilidad _____
 Impotencia _____ Ansiedad _____ Miedo _____
 Rabia _____ Depresión _____ Otros _____
 Alergias a alguna sustancia o medicamento: si _____ no _____
 cuales _____.
 El estado de la persona puede constituir un peligro para ella _____ o
 para otros _____ Especificar _____
 Precauciones: mas vigilancia _____ poner barandillas _____
 contención mecánica _____.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD.

Organización del pensamiento- lenguaje:
 Contenido: coherente y organizado _____ distorsionado _____
 Descripción de la alteración. _____
 Curso del pensamiento:
 Inhibido _____ Acelerado _____ Perseverancia _____
 Incoherencia _____ desorganizado _____
 Formas de expresión:
 Claro _____: Organizado _____ Coherente _____
 Confuso _____ Desorganizado _____
 Incoherente _____ Tartamudeos _____ Autista _____
 Humor:
 Deprimido _____ Eufórico _____ Ansioso _____
 Triste _____ Apático _____ otros _____
 Lenguaje:
 Velocidad: rápido _____ lento _____ paroxístico _____
 Cantidad: abundante _____ escaso _____ lacónico _____
 Tono y modulación: alterado _____ tranquilo _____ hostil _____
 Vive: solo _____ acompañado _____ lugar que ocupa en la familia. Rol _____
 Personas más significativas. _____
 Principal confidente. _____
 Personas con las que se relaciona a diario. _____
 Su relación es: satisfactoria _____ insatisfactoria _____ indiferente _____
 Tiempo que pasa solo y porque. _____
 Tiempo que pasa con amigos y compañeros. _____
 Inicio de vida sexual activa _____
 Sexualidad: Ultima regla _____ Anticoncepción: si _____ no _____

método _____
Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si _____
no _____ motivos _____
No. de embarazos _____ partos _____ abortos _____
cesáreas _____
realiza auto examen: si _____ no _____
Enfermedades de transmisión sexual. Partos _____
abortos _____.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

¿Qué es lo más importante para usted en la vida? _____
Religión: católica romana _____ protestante _____
judía _____ otra _____
Desea realizar prácticas religiosas: si _____ no _____
¿visita del capellán?: Si _____ no _____

Mitos y creencias _____
Existencia de conflictos internos sobre creencias _____
En caso de no poder tomar decisiones, ¿Qué persona le gustaría que lo hiciera por usted? _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si _____ no _____
Si la respuesta es si, explíquese. _____
Problemas laborales: si _____ no _____
cuales. _____
Tiempo dedicado al trabajo _____. Tiempo dedicado al ocio. _____
Capacidad de decisión: si _____ no _____ Resolución de
problemas si _____ no _____
Grado de incapacitación personal atribuida _____
¿Que hace durante el día? _____ Tipo de trabajo _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

¿Reserva algún tiempo para divertirse? Poco _____
mucho _____ suficiente _____
¿Cuál es su diversión preferida? _____
Pérdida de interés por las actividades recreativas: si _____ no _____
Cambios en las habilidades o funciones físicas corporales _____
Asistir a eventos: Culturales _____ Sociales _____
Reuniones familiares _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Alteración en la memoria: reciente_____ remota_____
Inteligencia general: adaptado al momento _____
retrazo en el desarrollo _____
Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:
Pregunta _____ Escucha _____
Interés _____ Desinterés _____
Sabe leer: si _____ no _____
Escribir: si _____ no _____